



VINCULOS

La revista del Colegio de Médicos de Salta

AÑO 15 - N° 36 - MAYO 2021



| Biografías: Dr. Raúl Cáceres | Parálisis Hipopotasémica Tirotóxica: Serie de casos | Síndrome de Takotsubo: Miocardiopatía en ascenso | El cerebro está de moda | Historia del envenenamiento y envenenamientos famosos (Primera Parte) | La mujer barbuda | Los Clínicos le decimos a la comunidad, a los colegas y a los legisladores | El 44º Abril Cultural Salteño tuvo su paso por COLMEDSA | Anexo Sede Institucional: Un sueño hecho realidad | Guía de Trámites | Nuevos Matriculados | Tribunales / Comités / Comisiones



DISTINCIÓN AL HUMANISMO EN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN MÉDICA 2021

El Colegio de Médicos de la Provincia de Salta ha dispuesto otorgar una **DISTINCIÓN AL HUMANISMO EN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN**. El ejercicio de la medicina es un verdadero apostolado de entrega al prójimo, enfermo de cuerpo y alma, situación por la que muchos médicos hicieron de su profesión un trabajo lleno de altruismo, sencillez y entendimiento del enfermo en su realidad social, cultural y familiar. En ocasiones los profesionales desarrollan sus actividades en lugares inhóspitos, tanto en lo geográfico como en la precariedad de los medios que cuentan para ejercer la medicina, por lo que es un deber de la sociedad toda y en especial del Colegio de Médicos de la Provincia de Salta, rescatar, resaltar y distinguir el aspecto humanista de los médicos en el ejercicio de su profesión.

DISTINCIÓN:

Consistirá en DIPLOMA y MEDALLA DE ORO

PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS:

Hasta el 30/09/2021

ENTREGA DE DISTINCIÓN:

Acto Académico Noviembre 2021

BASES Y REQUISITOS en:

www.colmedsa.com.ar

COORDINACIÓN A CARGO:

MESA DIRECTIVA

COLABORACIÓN:

COMITÉ DE BIOÉTICA





Colegio de Médicos de la Provincia de Salta

Marcelo T. de Alvear N° 1310

C.P. (4400) Salta

Tel.: (0387) 4212527 / 4213355

Fax: (0387) 4714703

Email: info@colmedsa.com.ar

Web: www.colmedsa.com.ar

 Colegio de Médicos de Salta

VINCULOS

La revista del Colegio de Médicos de Salta

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
Dra. Carolina Saravia Figueroa
Dra. María Jimena Pérez Frías
Dr. Bernabé Loutayf Terán
Dr. Agustín Oviedo
Dra. Mercedes Armengol

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.

SUMARIO

AÑO 15 - NUM. 36 MAYO 2021

Biografías: Dr. Raúl Cáceres

Pág. 3

Parálisis Hipopotasémica Tirotóxica: Serie de casos

Pág. 5

Síndrome de Takotsubo: Miocardiopatía en ascenso

Pág. 8

El cerebro está de moda

Pág. 10

Historia del envenenamiento y envenenamientos famosos
(Primera Parte)

Pág. 12

La mujer barbuda

Pág. 16

Los Clínicos le decimos a la comunidad, a los colegas y a los
legisladores

Pág. 18

El 44º Abril Cultural Salteño tuvo su paso por COLMEDSA

Pág. 20

Anexo Sede Institucional: Un sueño hecho realidad

Pág. 22

Autoridades 2018-2020 (Mandato prorrogado hasta 2021 por Pandemia
COVID-19)

Pág. 24

Guía de Trámites

Pág. 25

Nuevos Matriculados

Pág. 26

Tribunales / Comités / Comisiones

Pág. 28

Tal vez todo aquel colega que lee estas líneas no imaginó jamás vivir una pandemia y las duras repercusiones que implicarían en su vida profesional, familiar, económica y social.

Experiencia que expuso décadas de falencias en el frágil sistema sanitario (especialmente público) de nuestro país. Hospitales mal equipados, profesionales con salarios vergonzosos, especialistas concentrados en las grandes urbes buscando mejoras en sus condiciones laborales, lo que provoca indefectiblemente un perjuicio en la calidad de nuestra medicina.

En la primera ola, que tuvo su pico en septiembre de 2020, el sistema de salud de nuestra provincia vivió tal vez el estrés sanitario más severo jamás recordado. Los médicos fueron soldados en una guerra contra un enemigo oculto y silencioso que provocó bajas en nuestras filas y nadie sabía cuándo le podía tocar... La lucha desigual encontró un equipo fuerte, decidido a no bajar los brazos y a hacerle frente con nuestras mejores armas: el conocimiento, el compromiso incuestionable con los pacientes y nuestra tremenda tolerancia al agotamiento físico y mental.

Muchos colegas salteños dejaron su vida en aquella “primera ola”. No fuimos entrenados en la facultad ni en la residencia para situaciones semejantes, sin embargo los miembros del equipo de salud de Salta tuvieron un desempeño admirable y digno de orgullo. Nadie dejó de atender sus pacientes un solo día a pesar de no disponer de vacunas, sobrecarga de horas de trabajo, falta de insumos y equipos de protección personal no siempre apropiados.

En más de doce meses de pandemia hemos recibido agravios y discriminaciones que luego se transformaron en aplausos y canciones de aliento. Seguramente sirvieron para fortalecernos en los momentos de mayor dolor por la muerte de algún colega, familiar o simplemente para ayudarnos a seguir día a día y sin descanso en nuestra dura tarea.

Una segunda ola con intensidad desconocida se aproxima y toda la sociedad está esperando que nuevamente nos pongamos a su servicio y ahí estaremos todos una vez más. Tal vez más organizados, con más conocimientos adquiridos, con menos miedo al contagio permanente.

Los médicos hemos dado una lección al mundo del verdadero significado de la ética profesional, la profunda vocación y el compromiso con que ejercemos nuestra profesión. La pandemia pasará y dejará mucho dolor pero sin dudas habremos aprendido que somos capaces de luchar en condiciones desiguales, que el cansancio y el estrés no nos ha podido vencer, que cada paciente que logramos recuperar de un COVID grave es una batalla ganada. También aprendimos que debemos todos juntos reclamar por una profesión mejor remunerada, con mejores condiciones hospitalarias y respeto por parte de la sociedad y autoridades en general, no solo en situaciones de pandemia...

Dr. Francisco Aguilar
Médico Cirujano
Presidente del Comité Operativo de Emergencias Salta

BIOGRAFÍAS

Dr. Raúl Cáceres

Nació el 17 de mayo de 1960 en General Güemes, Provincia de Salta. Hijo de Teresa Colque, cafayateña, jefa de enfermería en pediatría del Hospital Dr. Joaquín Castellanos de Gral. Güemes, trabajadora incansable de la cual heredó su amor por la medicina, y de Don Luis Cáceres, santiagueño, trabajador ferroviario en Güemes, de quien heredó la fortaleza de espíritu y el compromiso al trabajo y al cuidado de la familia. El hijo del medio de 3 hermanos, el más pequeño Marcelo Cáceres, contador y su hermano mayor, Luis "Pilin" Cáceres, militar de fuerzas aéreas, con quienes transcurrió su infancia feliz.

Realizó la primaria en la Escuela Nacional N° 29, Justo José de Urquiza y la secundaria en el Colegio Nacional Mariano Moreno, abanderado y destacado en sus estudios anunciaba desde chico un futuro prominente.

Desde niño fue amante del fútbol, amante de los colores blanco y celeste de su Racing Club querido, las empanadas de su madre y una vocación innata por ayudar a los demás, lo que hizo a sus cortos 17 años partiera a San Miguel de Tucumán donde ingresó a la Universidad Nacional de Tucumán para estudiar medicina. Se recibió de médico en 1986, un alumno dedicado, responsable, con una carrera brillante, forma de ser que convirtió en su estilo de vida...

Allí conoció al amor de su vida, Elsa Raquel Aguaisol, médica, especialista en Dermatología, compañera de tardes de estudios y finales sufridos. Juntos trascurrieron el hermoso y sorprendente camino de la vida. Algunos dicen que las almas que se unen no se separan jamás, y así fue. Fue padre de 2 varones, Facundo Raúl Cáceres, el primogénito, actualmente abogado (el inteligente de la familia dicen algunos colegas por no haber elegido medicina) quien lleva su nombre y su fortaleza tatuada en el alma, y de Agustín Gabriel Cáceres, médico, a quien inculcó el amor por la clínica médica, su pequeño aprendiz. Vaya el amor que les tenía que no los hizo de Racing, siempre sufrido, dejando a sus abuelos hacerlos de River y San Lorenzo respectivamente.

Terminados sus estudios regresó a la ciudad de Salta Capital donde ingresó como residente de clínica médica al Hospital San Bernardo, lugar que fue su segundo hogar, al cual dedicó felizmente gran parte de su vida. Fueron 34 años de servicio, en los cuales fue jefe e instructor de residentes. Comprometido con la docencia fue un maestro, educó, buscaba hacer crecer y resaltar cada acierto de sus médicos residentes, y entre mates y risas, planteaba un problema, obligaba a pensar y ensañaba que la vida y la medicina es eso, una mezcla de incertidumbres con certezas, alegrías con tristezas y que ser médico tiene que ver con eso, con no quedarse quieto, con nunca rendirse. Crecer con cada paciente y en equipo, en el



hospital, siempre fue para él la única forma de no dormirse.

En diciembre de 1991 fue socio fundador de la terapia intensiva de la Clínica Leandro Alem, en la ciudad de General Güemes, pionera en cuidados de alta complejidad en su querido Güemes natal. Fueron en total 22 años de trabajo incansable junto a grandes colegas y amigos.

Fue un incansable trabajador de la salud, tanto en el ámbito público como privado, en sus diversos consultorios de centros médicos como su querida Clínica Güemes de Salta Capital donde trabajó hasta sus últimos días y el Centro Amugenal donde fue Director Médico.

Durante su vida profesional también formó parte de la Comisión Directiva del Colegio Médico de Salta, acompañando la gestión de un gran amigo, referente y colega, "Juanjo" como le llamaba él, el Dr. Juan José Loutayf Ranea.

Capítulo aparte fue su vida futbolera. Casi al mismo tiempo que empezó a ser médico, comenzó su carrera futbolística en su querida Loma (Complejo ACDPUS), donde todos los sábados lo esperaban partidos a los cuales no podía faltar según él, ya sea luchando por el ascenso, la permanencia o en sus

épocas gloriosas por el campeonato. No faltaba nunca, y menos al tercer tiempo. Cuentan que alguna vez llegó con la nariz rota y tarde al bautismo de uno de sus hijos, imagínense... Llevaba la número 8 tatuada en la espalda, tanto en la vida como en la cancha entregaba todo y exigía por igual. Allí hizo compañeros y amigos inseparables, y la leyenda del "Cañón Cáceres" por sus tremendos tiros libres perdurará por siempre.

El día 19 de septiembre de 2020 se fue jugando un partido difícil contra un rival que conocíamos muy poco. Pero siempre metiéndole para adelante, frente a esta pandemia, jugándose por los pacientes y dejando su camiseta de médico en lo más alto del compromiso y la humildad.

Duele su ausencia en casa, en la sala de médicos, en el mediocampo de la cancha... pero enseñó a ver en el mirar, a oír en el escuchar y a sentir en el palpar. Enseñó a confiar y ayudó a crecer a muchos médicos. Salvó muchas vidas y alivió tantas penas. Fue un padre y esposo ejemplar y dejó mucho amor en su familia y amigos. Solo resta decir GRACIAS POR TODO MAESTRO.

Esposa e Hijos

AREA ADMINISTRATIVA

GERENCIA

SECRETARÍA DE GERENCIA

SECTOR CONTABLE

SECTOR ESPECIALIDADES

SECTOR HABILITACIONES

MATRICULACIONES / POSTGRADO

EDUCACIÓN MÉDICA

MESA DE ENTRADAS

Jorge Aramayo

Diego Loza

Gustavo Gariboli / Mauricio Villarroel

Fabián Tapia / Cristian Olarte

Lucas Rodríguez

Anabella Alvarez Rojas

Luis Aramayo

Ana Sol Amorós / Nicolás Rada

HORARIO DE ATENCIÓN: Lunes a Viernes de 07:00 a 15:00 hs.

INFORMÁTICA

Ing. Francisco Fernández

COMUNICACIONES

Lic. María Inés Yarade

MANTENIMIENTO

César Arias / Carina Flores

Parálisis Hipopotasémica Tirotóxica

Serie de casos

Autores:

Dres. Godoy Rocío, Cerioni Valeria y Campero Aida.
Servicio de Endocrinología Hospital Arturo Oñativia

INTRODUCCIÓN

La parálisis periódica hipopotasémica tirotóxica es una rara complicación del hipertiroidismo, poco frecuente en nuestro medio. Se caracteriza por debilidad muscular aguda con hipopotasemia. Es más común en asiáticos. Puede ser la forma de presentación de la enfermedad. Es más frecuente en hombres. Junto con la parálisis esporádica y la familiar forman el grupo de parálisis periódicas hipopotasémicas, que se caracterizan por la movilización de potasio del espacio extracelular al intracelular. Con frecuencia puede no ser reconocido en el primer ataque debido a la baja prevalencia en la población caucásica y generalmente mínimos o ausentes síntomas de hipertiroidismo. Por su presentación, potencial letalidad, múltiples diagnósticos diferenciales y excelente respuesta al tratamiento adecuado se presenta esta entidad a través de 5 casos clínicos.

Caso 1. Masculino 53 años se presenta con paresia de miembros inferiores y superiores. Paciente con antecedente de hipertiroidismo desde hace 3 meses, que recibió tratamiento con propanolol desde el mismo y recibió Dosis Terapéutica de I131 12 mCi 48hs previas a la consulta. Inicia en horas de la madrugada con parestesias en miembros inferiores y superiores, con pérdida de la fuerza muscular rápidamente progresiva que le ocasiona incapacidad para incorporarse. Niega consumo de alcohol, tabaco y drogas. Examen físico: Lucido TA 120/80, FC 76, cuello con bocio difuso, MMSS fuerza muscular 3/5 MMII 2/5, reflejos osteotendinosos disminuidos, sensibilidad conservada. Laboratorio en guardia: K 2 mEq/L, resto dentro de parámetros normales. ECG, Ritmo sinusal, FC 84, trastorno difuso en onda T. Se indicó tratamiento con reposición de potasio, con lo

que revirtieron las manifestaciones clínicas y parámetro de laboratorio. El diagnóstico se fundamentó en el escenario de los antecedentes del paciente.

Caso 2. Masculino 38 años, derivado de otro nosocomio por diagnóstico de hipertiroidismo con hipopotasemia. Año previo presentó episodio súbito de cuadriplejía flácida con alteración del estado de conciencia sin relajación de esfínteres, con diagnóstico de mielitis transversa por el cual recibió tratamiento con glucocorticoides. Durante el último año presentó episodios similares asociados a pérdida de peso, palpitaciones, sudoración, temblor, astenia y cambios de carácter. Refiere que días previos a la internación realizó ingesta rica en hidratos de carbono presentando luego un cuadro de debilidad progresiva en MMII y MMSS. Al examen físico, FC 80 lpm, cuello bocio difuso, MMII fuerza muscular 2/5. Laboratorio: K 1.2 mEq/L, TSH 0.005, t4 16.5 resto normal. ECG, Normal. Se indicó tratamiento con danantizol y reposición de potasio con buena evolución.

Caso 3. Masculino 22 años. Derivado por diagnóstico de hipertiroidismo, se indicó dosis de I 131 10 mCi. A la semana de la dosis ingresa por guardia medicado con propanolol 40mg c/6h, con parestesias de MMII e impotencia funcional, además refiere ingesta copiosa de hidratos de carbono la noche previa a la consulta. Al examen físico, FC 106 lpm, Cuello Bocio difuso GII. Laboratorio: K 2,05 mEq/L resto normal. Tratamiento: reposición de potasio, dieta baja en hidratos de carbono. Alta a las 24.

Caso 4. Masculino 29 años. Consulta por debilidad de MMII. Refiere diagnóstico reciente de Hipertiroidismo, medicado con Danantizol 5 mg/día

y Alprazolam 0,5 c/12h. Presentaba debilidad muscular y palpitations desde hace días, con empeoramiento de los síntomas en las últimas 48hs por lo que consulta a la guardia. Refiere ingesta de alimentos ricos en hidratos de carbono. Al examen físico FC 104, paresia muscular marcada. Plummer y lahey positivos. Laboratorio: K 3.1 mEq/L, TSH: 0,01, T4 12.64, T4L 4.69 T3:304,6, ATPO (+). Se aumenta Danantizol a 30 mg/día. Queda con reposición de potasio. Con laboratorio posterior K: 3.52 mEq/L. Indicación de alta continua con Danantizol 30mg, actualmente 5 mg.

Caso 5. Masculino 35 años. Derivado del Hospital San Bernardo para recibir dosis de I131 por diagnóstico de hipertiroidismo. Refiere internaciones reiteradas por parálisis hipocalemica, en última internación se hace diagnóstico de hipertiroidismo por lo que se deriva al hospital Oñativia. Medicado con potasio de mantenimiento vía oral y propanolol 20 mg c/6 horas. Recibe Dosis de 10 mCi de I 131. Se otorga alta con K 3,8 mEq/L y potasio vía oral, 20 mEq/día. A las 3 semanas ingresa por guardia por debilidad de MMSS y MMII y crisis de Asma asociado, se indica con nebulizaciones con B2 e Hidrocortisona. Al examen físico, paresia MMII Y MMSS. Laboratorio K 2,7 mEq/L. se realiza tratamiento con potasio endovenoso, danantizol 30 mg. Al alta se indica bromuro de ipratropio para nebulizaciones, ClK 20 mEq cada 8 horas, Danantizol 30 mg. Vuelve recién a los 4 años con TSH de 65 se inicia Lt4.

DISCUSIÓN

La parálisis hipopotasémica tirotoxicosa es un trastorno de baja prevalencia 1/100.000. Más frecuente en asiáticos, donde se presenta en el 1,8 al 1,9% de los pacientes hipertiroideos. Más frecuente en hombres, relación 20:1.2. Generalmente precedido por síntomas de Hipertiroidismo. Se presenta con la triada clásica, parálisis flácida, signos de tirotoxicosis, hipopotasemia. Se debe hacer diagnóstico diferencial con Parálisis Periódica Familiar y esporádica. En general se presenta luego de factores Precipitantes; alta ingesta de hidratos de carbono o sal, ejercicio extenuante, traumatismos, alcohol, infecciones, exposición a altas o bajas temperaturas, estrés, menstruación, medicamentos (insulina, corticoides, diuréticos, quinolonas, aminoglucósidos, estrógenos) entre otros.

En todos los casos vemos la presencia del diagnóstico de hipertiroidismo, sexo masculino con síntomas de paresia a predominio de miembros inferiores con hipocalemia en el laboratorio. En cuanto a los factores precipitantes el 60 % (3) refería ingesta rica en hidratos de carbono, 60% recibieron Dosis de I131 previa a la parálisis, uno de ellos presentando ambos factores. En la PPHT las hormonas tiroideas pueden incrementar la actividad de la Na/K-ATPasa, puede ser de forma directa o indirecta a través del sistema adrenérgico principalmente en músculo esquelético, lo cual produce un rápido y masivo ingreso de potasio del espacio extracelular al intracelular. Lo habitual es que los episodios se presenten en horas de la noche, o después de una ingesta copiosa de carbohidratos o situaciones estresantes. Solo uno de ellos presento los síntomas en contexto de aumento de catecolaminas (salbutamol). El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos y bioquímicos, un perfil tiroideo de hipertiroidismo e hipocalemia en un paciente con episodios recurrentes de debilidad muscular proximal, que afecta principalmente a los miembros inferiores y sin historia familiar de parálisis.

TRATAMIENTO

Restablecer el nivel de potasio para evitar complicaciones cardiovasculares. Uso de beta bloqueantes, como el propanolol, tanto en el ataque agudo, como en la prevención de nuevos episodios. Evitar los factores precipitantes de las crisis: ingesta de alimentos ricos en carbohidratos, alto consumo de sal, alcohol o ejercicio extenuante. Corrección a un estado eutiroides para prevenir episodios posteriores, determinar la causa de la tirotoxicosis y decidir un tratamiento del mismo.

CONCLUSIÓN

La PHT es una entidad rara y potencialmente grave. Es importante tenerla presente entre los diagnósticos diferenciales en un paciente con parálisis muscular, ya que el tratamiento debe ser oportuno para evitar complicaciones potencialmente fatales. Los episodios de parálisis por lo general preceden el diagnóstico de hipertiroidismo. Una parálisis aguda con hipopotasemia debería inducir al médico a sospecharla y evaluar función tiroidea. Deberíamos tener presente esta entidad como diagnóstico

diferencial de debilidad muscular aguda ya que su incidencia parece estar incrementando en nuestro medio.

BIBLIOGRAFÍA

- Cedillo, P. E. V., Astudillo, E. R. V., Astudillo, E. J. L., & Carrión, M. A. V. (2016). Caso Clínico: Parálisis Hipokalémica Tirotóxica, una Patología Infradiagnóstica Prevalente?. Revista Médica HJCA, 8(3), 282-285.
- Correia, M., Darocki, M., & Hirashima, E. T. (2018). Changing Management Guidelines in Thyrotoxic Hypokalemic Periodic Paralysis. The Journal of emergency medicine, 55(2), 252-256.
- Meseeha, M., Parsamehr, B., Kissell, K., & Attia, M. (2017). Thyrotoxic periodic paralysis: a case study and review of the literature. Journal of community hospital internal medicine perspectives, 7(2), 103-106.
- Ross, D. S., Burch, H. B., Cooper, D. S., Greenlee, M. C., Laurberg, P., Maia, A. L., ... & Walter, M. A. (2016). 2016 American Thyroid Association guidelines for diagnosis and management of hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis. Thyroid, 26(10), 1343-1421.
- Ruiz, P. M., & Pramparo, S. E. (2011). Parálisis periódica tirotóxica hipopotasémica. Revista argentina de endocrinología y metabolismo, 48(4), 212-215.
- Singh, A. K., Maurya, P. K., Kulshreshtha, D., Thakkar, M. D., & Thacker, A. K. (2017). Analysis of Clinical and Metabolic Profile of Acute Neuromuscular Weakness Related to Hypokalemia. Acta Neurologica Taiwanica, 26(3), 97-105.

LANZAMIENTO



Nuestro objetivo es estar cada vez más cerca,
brindándole toda la información que necesitas.

¡Queremos establecer una red!

Seguí nuestras novedades en redes sociales



@Colmedsa



@ColegioMedicoSalta



@ColegioMedico

¡Sumate!

Síndrome de Takotsubo: Miocardiopatía en ascenso

Autores:

Dres. Delgado, Jezabel Karina; Zalazar Carlos Correa; Avalos Pablo; Páez, Rosa; Dip, Amado y Arroyo Arturo.
Hospital San Bernardo - Salta Capital

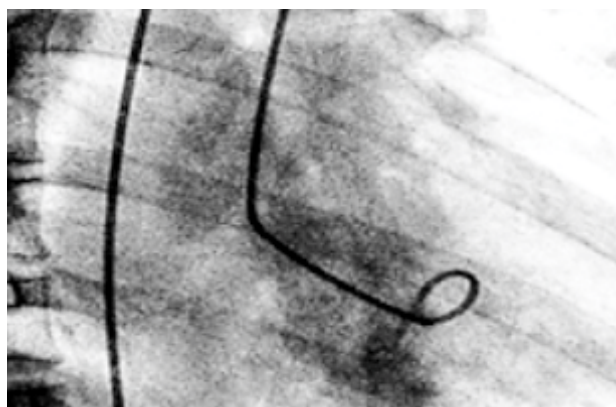
RESUMEN

La Miocardiopatía por Takotsubo es una patología poco estudiada en muchos casos infradiagnóstica que ocurre con más frecuencia en la población femenina caracterizado por cambios electrocardiográficos, aumento de marcadores séricos y alteración de la motilidad sistólica regional del Ventrículo izquierdo que es reversible. Lo interesante es no solo diagnosticarla si no también generar interés en su etiología y por eso presentamos caso aislado de nuestro Hospital de una mujer de 38 años con antecedentes de estrés psíquico que ingresó con una presentación.

Palabras Clave: Takotsubo- Marcadores séricos- Cambios Electrocardiográficos- Alteración de la motilidad del Ventrículo izquierdo- Estrés Psíquico

INTRODUCCIÓN

La Miocardiopatía por Takotsubo se caracteriza por la disfunción sistólica regional transitoria en el ventrículo izquierdo donde las áreas de disfunción se extienden más allá del territorio de perfusión de una arteria coronaria y se identifican frecuentemente en la zona circunferencial apical, medioventricular o basal (invertido) debido a un aumento momentáneo de catecolaminas (por estrés físico o emocionales). Además puede encontrarse cambios electrocardiográficos y aumento de marcadores séricos con una recuperación de la función ventricular sistólica en estudios de imágenes y en días o semanas posteriores. Es habitual en mujeres en edad posmenopáusica y en el ventriculograma presenta de manera característica por la afección en el ventrículo izquierdo donde se observa un



balonamiento apical que simula a una trampa de pulpo japonés

CASO CLÍNICO

Paciente de 38 de sexo femenino.

Antecedentes patológicos: Sobrepeso, Niega hábitos tóxicos. Refiere en la última semana conflicto familiar por la partida de una hija hacia otra Ciudad.

1. MC: Alteración de la conciencia y paro cardiorrespiratorio
2. Examen físico: Vigil desorientada en tiempo y espacio, TA: 103/74 mmHg, FC: 81 lpm, SAT O2: 92%, T: 36.5°
3. Ap. respiratorio: roncus bilaterales, secreciones en ambos campos pulmonares, Ap. CV: ruidos cardiacos normofonéticos, sin soplos, pulso regular sin signos de fallo de bomba

Exámenes complementarios:

ECG: Ritmo sinusal- Fc 100 lpm- QS en v2-v3. Mala progresión precordial

RX tórax: índice cardiotorácico aumentado
Redistribución de flujo

Laboratorio: GB: 34.000 (PMN:), glucemia: 320 HB:
11,7 troponinas US: 10258.8 ng/l, LDH: 2166, CPK:
1379, CPK MB: 198.

Ecocardiograma: evidenciaba diámetros
ventriculares conservados, **Aquinesia anterior
medio, inferior medio y de todos los segmentos
apicales**, con deterioro moderado de función
sistólica con fracción de eyección de 40%.

Cinecoronariografía: arterias coronarias sin lesiones
angiográficamente significativas.

Ventriculograma: Se observó hipoquinesia de los
segmentos apicales con hipercontractilidad de los
basales dando como resultado balonización del
ventrículo izquierdo durante la sístole.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: MIOCARDIOPATIA DE TAKOTSUBO

Evolución: durante la internación intercorre con un
cuadro respiratorio y fiebre compatible con
neumonía brocoaspirativa con cultivos negativos a
las 48 horas complicada con derrame se realiza
tratamiento antibiótico cursa una evolución
favorable. Se otorga el alta hospitalaria a los 8 días
con betabloqueantes.

En su Ecocardiograma de control presenta solo
Hipoquinesia de los segmentos apicales con
deterioro leve de la Función sistólica del VI
(FEY47%).

En su control a los 3 meses presenta mejoría de la
motilidad leve Hipoquinesia apical con FEY de 57%
conservada.

DISCUSIÓN

Se comparó con otros casos reportes y casos clínicos
aislados donde se asocia la Miocardiopatía por
Takotsubo no solo a estrés psíquico o emocional si
no también físico, por aumento catecolaminérgicos
ya sea por enfermedades como hemorragia
subaracnoidea, traumatismo encefalocraneano,
feocromocitoma, a uso de drogas ilícitas que
estimulen a nivel simpático y a la abstinencia de

drogas o medicamentos que no sean
catecolaminérgicas. El estrés de tipo emocional
puede deberse a emociones positivas o negativas
como en este caso. Además presentó una disfunción
apical de todos los segmentos con un deterioro de la
fracción de eyección, asociada a cambios
electrocardiográfico y aumento de enzimas cardíacas
con cinecoronariografía sin lesiones o evidencia de
trombo o erosión de placa; además de mejoría de la
función ventricular a los 6 días de su ingreso en su
control ecográfico.

CONCLUSIÓN

Se concluye que este caso se produjo un aumento de
catecolaminas por estrés emocional o físico asociado
a la instauración de catecolaminas exógenas que
produjeron esta Miocardiopatía por lo cual al
encontrarse aquinesia de los segmentos apicales con
mejoría de los mismos podemos concluir que nos
encontramos ante un Síndrome de Takotsubo
cumpliendo los criterios para la misma.

Debido a los antecedentes de estrés emocional en la
última semana que pudieron desencadenar esta
miocardiopatía.

Por otra parte nos gustaría indagar más sobre este
caso en un futuro mediano y ampliar otras posibles
causas que pudieron precipitar dicho síndrome y
continuar estudiando a esta paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Peter C Olson Takotsubo M.D Cardiomyopathy precipitated by opiate withdrawal El Sevier Journal Heart and Lung. Heart & Lung xxx (2017) 1e3.
- Rodríguez de Antonio LA, Aguilar-Amat Prior MJ, Iváñez-Mora V, Díez-Tejedor E. Miocardiopatía de Takotsubo como complicación de un estado epiléptico. Rev Neurol 2011; 53: 673-6.
- European Heart Journal (2018) 39, 2032–2046 CONSENSUS PAPER doi:10.1093/eurheartj/ehy076.
- Yasukatsu Izumi, MD, PhD Drug-induced Takotsubo Cardiomyopathy Heart Failure Clin 9 (2013) 225–231.
- Yoshihiro Jakashi Modification of Diagnostic Criteria in Takotsubo Syndrome Rev Argent Cardiol 2018;86:81-83.

El cerebro está de moda

En las últimas décadas, las neurociencias han tenido una expansión considerable a partir del desarrollo de las nuevas tecnologías de imágenes que, desde la perspectiva científica, generaron la posibilidad de ver el cerebro en acción.

La investigación sobre el cerebro a partir de estas tecnologías habilitó la progresiva identificación de las bases neuronales de una diversidad de estados mentales, conductas y comportamientos sociales. En este contexto, la emergencia de discursos y prácticas centradas en el cerebro excedió la esfera científica para convertirse en un fenómeno cultural de amplia magnitud que se evidencia, entre otros aspectos, en la creciente presencia de las neurociencias en los medios de comunicación y en la proliferación de disciplinas que, bajo la impronta de lo “neuro” (neuromarketing, neuroteología, neuroeducación, entre otras), construyen sus abordajes profesionales con mayor o menor intensidad. La difusión de los discursos científicos sobre el cerebro se inscribe en el fenómeno del crecimiento de la popularización de la ciencia en general. El cerebro está de moda y las neurociencias son convincentes. Cualquier cosa que uno diga suena más seria y creíble si se la adorna con lenguaje neurológico y si se añaden un par de imágenes del cerebro ya suena a verdad revelada. El siglo XXI está lleno de neurocomunicadores que difunden programas de entrenamiento para usar más y mejor un mayor porcentaje del cerebro, mejorar la autoestima. Se puede reconocer la existencia de un neuroboom y se observan las consecuencias problemáticas de esta moda con indeterminación de límites claros construyendo un espacio confuso. La definición de neurociencias admite sentidos múltiples e indefinidos. El científico define a las neurociencias como una rama del conocimiento que responde a preguntas ancestrales. En ambos casos, la concepción valorativa de la definición de las neurociencias colabora en dotar a las mismas de un carácter ambiguo y enigmático. Se piensa a las neurociencias como una manera de comprender a los otros y a uno mismo. De hacernos entender. De comunicarnos. Desde esta perspectiva, la neurociencia es una herramienta más en esta



búsqueda ancestral de la humanidad de expresar acaso de manera rudimentaria los tintes, colores y matices de lo que sentimos y lo que pensamos, para que sea comprensible para los otros y, cómo no, para nosotros mismos.”(Sigman, 2015). La neurociencia atraviesa todas las áreas fundamentalmente a la filosofía, al entendernos, al darnos respuestas de qué somos. Qué nos diferencia de una computadora, qué nos diferencia de un animal, qué nos diferencia de nosotros mismos. Entonces desde ese lado responde preguntas que son ancestrales. Diferentes versiones de las neurociencias cumplen o no con los criterios de legitimidad, en este acto de clasificar son los mismos científicos que logran imponerse como poseedores no sólo del capital simbólico de nombrar, ordenar y juzgar los productos del neuroboom, sino también como aquellos que están por fuera de esos criterios y no pueden ser juzgados. El arco del llamado pensamiento positivo se ha centrado en el desarrollo de las emociones como la felicidad, la alegría o el amor, el optimismo, la creatividad, la gratitud o la resiliencia. Más tardíamente tiene un antecedente en la denominada “psicología humanista” de Abraham Maslow y Carl Rogers.

En nuestras cabezas tenemos una muy poderosa computadora, no muy rápida en comparación con los estándares convencionales de hardware, pero capaz de representar la estructura de nuestro mundo mediante varios tipos de vínculos asociativos dentro de una vasta red de varios tipos de ideas. La propagación de la activación en la máquina asociativa es automática, pero nosotros tenemos cierta capacidad para controlar la búsqueda.

Algo que ocupe espacio en la memoria operativa reduce la capacidad de pensar. Pensamos también con el cuerpo, no solo con el cerebro. La creatividad es memoria asociativa que trabaja excepcionalmente bien. La inteligencia no es solo la capacidad de razonar; es también la capacidad de encontrar material relevante en la memoria y enfocar la atención cuando se necesita. Hay que evitar el pecado de la pereza intelectual estando más alerta, intelectualmente más activos, menos dispuestos a quedarse satisfechos con respuestas superficialmente sugerentes, y ser más escépticos con las intuiciones.

Los individuos que siguen acriticamente sus intuiciones sobre opciones son también proclives a aceptar cualquier tipo de sugerencias. Son particularmente impulsivos e impacientes.

El estado de ánimo afecta de modo evidente a las operaciones del pensamiento: cuando estamos incómodos o tristes, perdemos la sintonía con nuestra intuición. Estos hallazgos refuerzan nuestro convencimiento, cada vez mayor, de que el buen humor, la intuición, la creatividad, la credulidad y la confianza favorecen el aprendizaje. En el polo opuesto, la tristeza, la cautela, el recelo, el proceder de forma analítica y el esfuerzo aumentado impiden el aprendizaje.

La gente se forma opiniones y hace elecciones que expresan directamente sus sentimientos y su tendencia básica a buscar o evitar algo, a menudo sin saber que lo hacen. Las evaluaciones emocionales de hechos, los estados somáticos y las tendencias a la búsqueda y a la evitación asociados a ellos desempeñan un papel capital como guías de las decisiones. La perspectiva actual de las funciones del cerebro se explican por dos sistemas que modelan cómo pensamos. El sistema 1 es rápido, intuitivo y emocional, mientras que el sistema 2 es más lento, deliberativo y lógico.

Dr. Leonardo Strejilevich

Sr. Colegiado

Invitamos a Ud. a participar de los próximos números de la Revista Vínculos, haciéndonos llegar artículos científicos y/o cualquier material que considere de utilidad, a la siguiente dirección de correo electrónico:

dloza@colmedsa.com.ar

Comisión Consultiva de Jóvenes Médicos



Historia del envenenamiento y envenenamientos famosos (Primera parte)

PREHISTORIA

La utilización del efecto tóxico de algunas sustancias naturales en animales, y posteriormente en humanos, ha sido inventada en la prehistoria.

Los hombres de las cavernas notaban que los animales que comían ciertas plantas morían. Gracias a esta observación comenzaron a empapar las puntas de sus flechas y dardos con el jugo de estas plantas tóxicas para cazar animales.

El veneno más popular era el curare, el cual se aislaba de la planta *strychnos toxifera*. Este alcaloide es una neurotoxina que bloquea inmediatamente la respiración a través de la inhibición de la acción de la acetilcolina sobre la placa motora.

Si bien inicialmente el curare se utilizó para matar animales, luego se usó para matar enemigos. Tal es el caso de la tribu Maasai en Kenia, que cientos de años atrás embebían las puntas de sus flechas con plantas venenosas para enfrentamientos en guerras.

EDAD ANTIGUA

Uno de los escritos más antiguos que hace foco en la toxicología es el Papiro de Ebers (1550 AC) (Fig. 1). Este papiro egipcio fue descubierto en 1872 y comprado luego por el egipciólogo alemán George Ebers al que debe su nombre y traducción. Contiene más de 900 apartados que incluyen numerosas enfermedades de diferentes campos de la medicina. Se pueden encontrar pasajes sobre opio, arsénico, glucósidos cianogénicos y alcaloides como la aconitina y la fisostigmina.

En la África antigua las habas de Calabar (reservorio de fisostigmina) eran frecuentemente usadas como veneno. Aquellas personas acusadas de brujería

debían beber el extracto lechoso de la planta mezclado con agua. Si el acusado moría, se consideraba una prueba de culpabilidad; por el contrario, si sobrevivía, generalmente debido a vómitos, era considerado inocente y posteriormente liberado.

Probablemente el envenenamiento más famoso del periodo Helénico, sea la ejecución del filósofo griego Sócrates, quien fue condenado a morir bebiendo cicuta (planta que contiene alcaloides neurotóxicos) (Fig. 2). La condena se basaba en que las ideas de Sócrates iban en contra de los dioses y además corrompía a los jóvenes de Atenas.

La muerte de Alejandro Magno (Fig. 3) a sus 32 años de edad (323 AC), está rodeada de secretos y especulaciones. Como era habitual en aquella época, una posible causa fue el envenenamiento, y la



Figura 1



Figura 2

principal sospechosa su esposa Roxana. Presuntamente la mujer utilizó un veneno poco conocido para la época: La Estricnina.

Según los historiadores, el móvil del crimen fue pasional debido a los celos de Roxana por otras mujeres o incluso por un fiel amigo de Alejandro Magno llamado Hefestión, quien se creía era su amante.

Poco se sabía de la estricnina ya que solo crecía en India. Dos años previo a la muerte de Alejandro, él y su esposa habían visitado la India. Roxana durante el viaje mostró especial interés en las costumbres y tradiciones del pueblo indio, quienes consumían bajas dosis de estricnina para inducir alucinaciones que eran consideradas discursos de los Dioses.

En la Roma antigua, los envenenamientos se volvieron muy populares, incluso el suicidio por envenenamiento era legal. Si existía una razón convincente, el estado otorgaba aconitina (alcaloide tóxico) y cicuta a sus ciudadanos. En muchos casos, los convictos luego de ser juzgados, bebían voluntariamente el veneno.

En el imperio romano era muy común deshacerse de los rivales ofreciendo una copa de vino envenenada. Era habitual en esa época la profesión de degustador para asegurar el buen estado de las comidas y

bebidas. La costumbre de chocar las copas aparece en la roma antigua; así en un choque de copas parte del vino caía de una copa a otra asegurando que ambas personas bebieran lo mismo.

EDAD MEDIA

En la época medieval, los venenos y las intoxicaciones también formaron parte de los medios para lograr objetivos políticos y personales.

Las formas de envenenamiento progresaron desde la adición trivial de veneno a comidas o bebidas a formas más sofisticadas tales como guantes embebidos con pasta de arsénico, camisas y pelucas envenenadas, esquinas de páginas de libros conteniendo veneno, etc.. Es así que durante esta época, la búsqueda de nuevas sustancias tóxicas y sus correspondientes antidotos se tornó muy relevante

Se considera que el primer toxicólogo real fue un médico renacentista de origen Suizo llamado Paracelso (1492-1514). Paracelso llegó a la conclusión de que la toxicidad de las sustancias venenosas era su acción química sobre el organismo. También descubrió que las propiedades terapéuticas y tóxicas de las sustancias son indistinguibles hasta un solo parámetro: la dosis. Por lo tanto, según Paracelso, todos los compuestos son venenos.

La reina de Francia, Catalina de Medici (1519-1589), apodada “la reina envenenadora” manejó perfectamente las técnicas de envenenamiento para lograr sus objetivos políticos. Según la novela histórica de Alejandro Dumas “Reina Margot”, Catalina estuvo involucrada en la muerte de su rival política Juana de Albert, madre del futuro rey de Francia, Enrique IV. Catalina en un encuentro con



Figura 3



Figura 4

Juana de Albert, le obsequió un regalo engañoso: guantes envenenados.

Dentro de la misma novela, Dumas describe el error fatal de la reina Catalina, quien decide destituir a Enrique IV luego de la muerte de su madre ordenando que se le entregara un libro sobre el arte de la caza, el cual se encontraba envenenado. Desafortunadamente, el libro llegó a manos del propio hijo de Catalina, Carlos IX, quien murió en una terrible agonía.

Dentro de las crónicas que describen el reinado de Iván IV el Terrible en Rusia, podemos encontrar información de las muertes por envenenamiento que rodeaban a la familia del Zar. El fallecimiento de su madre y su segunda esposa, apuntaban a envenenamientos intencionales. Según el protocolo de la época, para asistir a determinados eventos, las mujeres nobles debían blanquearse la cara con cosméticos blanqueadores que contenían pigmentos a base de mercurio, arsénico y plomo. La investigación de los cabellos de la madre y la esposa del Zar reveló una concentración de mercurio que excedía 1000 veces la concentración del metal presente en la gente de esa época

La época de oro del rey Luis XIV de Francia no se asoció solo con el desarrollo del país, sino también con el apogeo del ocultismo, la adivinación y la magia negra.

Una de las proveedoras de veneno más populares de la época fue Catherine Monvoisin (Fig. 4). Entre sus productos venenosos más deseables estaba el “polvo hereditario” que podía matar a la víctima en pocos segundos. Además de los venenos, según las fuentes históricas, se le ordenaba la fabricación de polvos afrodisíacos para el rey Luis XIV.

A finales del siglo XVII, se encontraba en Italia la famosa envenenadora Giulia Tofana, quien se cree fue responsable de la muerte de más de 600 personas. Tofana fue la creadora de un producto llamado “agua tofana” vendida en pequeñas botellas como “mana de San Nicolás de Bari”.

El agua tofana, tenía consistencia acuosa, era inodora e insípida. Supuestamente 5 a 6 gotas de esta agua mágica eran suficientes para matar una persona. El inicio del efecto era gradual, indoloro, sin fiebre y sin signos de inflamación. La muerte se producía por debilidad, pérdida de apetito y sed incesante.

Entre los clientes más frecuentes que adquirirían las pequeñas botellas se encontraban las mujeres que deseaban deshacerse de sus maridos. Hasta el día de hoy se desconoce el contenido exacto del agua tofana.

El fallecimiento del compositor Wolfgang Amadeus Mozart (Fig. 5), originó varias teorías, entre ellas el envenenamiento. Según la leyenda el veneno utilizado para matar a Mozart fue agua tofana. Sin embargo, otras versiones se inclinan por el



Figura 5

envenenamiento por mercurio al calcular mal la dosis en el tratamiento contra la sífilis que padecía. Otra teoría afirma que Mozart fue asesinado por parásitos de la familia Trichinella, que se encontraban en chuletas de cerdo mal asadas. Curiosamente los síntomas observados en Mozart coinciden con signos de triquinosis.

La muerte de Napoleón Bonaparte (Fig. 6) dio origen a múltiples especulaciones. La salud del emperador, exiliado en la Isla de Santa Elena, se deterioraba rápidamente en el otoño de 1820. Se quejaba de náuseas, debilidad y dolores de estómago. Un año antes de su muerte dos sirvientes mueren en condiciones misteriosas, Napoleón estaba convencido que estaban envenenados y que él sería la próxima víctima.

Según conclusiones oficiales, la causa de su muerte fue un cáncer de estómago. Sin embargo otras teorías afirman que los síntomas previos a la muerte de Napoleón, coinciden con la intoxicación por arsénico. Esta suposición ha sido confirmada por el análisis de los cabellos del emperador que mostraron una concentración 40 veces superior en comparación a la gente de esa época.



Figura 6

25 de Mayo

Día de la PATRIA



**211° Aniversario del primer
grito de LIBERTAD**



La mujer barbuda

En 1630, el Virrey de Nápoles se enteró de la existencia de esta mujer barbuda, Magdalena Ventura, a la que invitó a su palacio para ser retratada. En esa época estaba de moda retratar enanos y personajes con deformidades y el Virrey quiso inmortalizar a este fenómeno de la naturaleza por medio del mejor artista que conocía. Así, encargó a su protegido, José de Ribera, el retrato de Magdalena.

El hirsutismo es el crecimiento excesivo de vello en la mujer siguiendo un patrón de distribución masculino, en zonas andrógeno-dependientes: patillas, barbilla, cuello, areolas mamarias, tórax, áreas cercanas al ombligo, muslos y espalda. Frecuentemente se asocia a acné, calvicie con patrón masculino (alopecia androgénica) e irregularidades menstruales. Es un trastorno que afecta aproximadamente al 10% de las mujeres en edad fértil, y puede ser leve, lo que representa una variación del patrón de crecimiento normal, y en raras ocasiones es signo de un trastorno subyacente grave. Por lo general es idiopático, pero puede estar relacionado al exceso de andrógenos, como el síndrome de ovario poliquístico o la hiperplasia suprarrenal congénita.

El cuadro *La mujer barbuda* (Figura 1), pintado por José de Ribera en 1631, es el cuadro más conocido de los que reflejan el hirsutismo. Es una buena muestra del interés que suscitaban la enfermedad y lo monstruoso en los años del Barroco. Los enanos acondroplásicos o con otras enfermedades eran exhibidos en las cortes de los monarcas. Se publicaban libros sobre monstruosidades (reales o legendarias) y la enfermedad era objeto de estudio más como rareza que como auténtico sufrimiento humano.

De una concepción de la enfermedad como castigo divino en los tiempos medievales, se había pasado en el siglo XVI a otra concepción: la del sufrimiento como prueba y premio de la virtud de los místicos. En el siglo XVII, la patología era considerada bajo otro punto de vista: como rareza, como exotismo. Se



Figura 1

observaban las alteraciones del cuerpo como quien contempla a los animales salvajes en un zoológico. La enfermedad es explicada y comentada de forma muy teatral. Este fue un paso previo al estudio descriptivo de la etapa morfológica que llegará a finales de los siglos XVIII y XIX, y que dará lugar a los primeros intentos de clasificación científica de las enfermedades.

El autor del cuadro es el pintor, dibujante y grabador español José de Ribera (Figura 2), quien desarrolló toda su carrera en Italia, donde seguiría las huellas de Caravaggio (1571-1610). Siendo aún adolescente inició su viaje, primero al norte (Cremona, Milán y Parma) para ir luego a Roma, donde conoció tanto la pintura clasicista de Guido Reni (1575-1642) y

Ludovico Carracci (1555- 1619) como el áspero tenebrismo que desarrollaban los caravagistas holandeses residentes en la ciudad. Finalmente, Ribera decidió instalarse en Nápoles, buscando una mayor clientela. La región era un virreinato español y vivía una etapa de opulencia comercial que fomentaba el mecenazgo artístico. La Iglesia Católica y coleccionistas privados (varios de ellos españoles como él) serían sus principales clientes. El uso del tenebrismo de Caravaggio fue su punto fuerte, si bien en su madurez evolucionaría hacia un estilo más ecléctico y luminoso.

Ribera pintó en este cuadro a una mujer real, Maddalena Ventura, la mujer barbuda, quien había nacido hacia 1580 en Accumoli, un pueblo de la región de los Abruzzos, en Italia. Cuando fue pintada por Ribera tenía 52 años. El título original de la obra, en italiano, es Maddalena Ventura con il marito e suo figlio. Ella estaba casada con Felici di Amici y el matrimonio tenía tres hijos. A los 37 años empezó a aparecerle pelo en la cara, que fue creciendo hasta formar una poblada barba. Fue entonces cuando decidió dejar el pueblo y trasladarse a Nápoles. No tardaron en aparecer otros signos de masculinización como una alopecia con entradas cada vez más acusadas hasta llegar a una calvicie andrógina avanzada. También su voz se volvió más grave. Era, según todos los síntomas, un caso claro de hirsutismo.



Figura 2

El cuadro es inquietante: de un fondo oscuro surge la figura de la mujer barbuda, de pie, amamantando al menor de sus hijos, quien había nacido 15 años después de que le comenzase a aparecer la barba. Ribera pone especial empeño en el contraste que supone la cara viril, calva y con barba con lo que tal vez es el atributo más claro de la femineidad: la lactancia a un hijo recién nacido. El pecho de la mujer situado demasiado arriba aparece de forma poco natural. Es posible que este detalle se pintara posteriormente para subrayar la condición de mujer de la retratada. El autor provoca así la perplejidad del espectador que se encuentra ante un conflicto entre la identidad masculina y la femenina, planteándolo a partir de un problema patológico. Una situación por cierto muy del gusto del barroco ya que una de sus características era el interés por lo raro, lo excepcional y lo monstruoso. Precisamente sobre la lápida de piedra aparece un detalle de naturaleza muerta: un huso y una concha marina. El huso alude a una actividad desempeñada tradicionalmente por las mujeres: el hilado. La concha marina es un símbolo de hermafroditismo. Por encima de su hombro derecho aparece, como una sombra, la figura del esposo, con semblante preocupado y ceño fruncido. Aunque es también un retrato remarcable, está claro que su aparición espectral es de mera comparsa, como una mera acreditación de que Magdalena está casada y que el matrimonio tiene varios hijos. La parte contraria del lienzo está totalmente ocupada por las lápidas, en las que se relata, detalladamente, la historia de la barbuda de los Abruzzos, para subrayar que la tela refleja un caso real, no imaginado.

El aspecto general del cuadro es sobrecogedor. Está realizado con la técnica caravaggiana del claroscuro, lo que confiere todavía más dramatismo a la escena. Lo monstruoso surge teatralmente de un hogar cotidiano y nos mira fijamente a los ojos con una mirada taladrante, interrogándonos sobre las causas de este raro fenómeno.

El cuadro, pintado al óleo sobre lienzo con unas dimensiones de 196 x 127 cm, pasó una serie de vicisitudes. Formaba parte originariamente de la colección del Duque de Medinaceli. Durante la ocupación napoleónica fue confiscado y trasladado al Museo de París. Restituido por Luis XVIII, aparece en los catálogos de la Academia de San Fernando de 1818 a 1829, fecha en que fue recuperado por la familia Medinaceli. Hoy día se encuentra en el Museo del Prado en Madrid en calidad de depósito.

Los Clínicos le decimos a la comunidad, a los colegas y a los legisladores

Las Sociedades del Foro Argentino de Medicina Clínica queremos expresar nuestra opinión respecto a la propuesta hecha pública acerca de la nueva Ley de Mala Praxis que propone enjuiciar a los médicos por errores diagnósticos o terapéuticos (Ley Nicolás de Mala Praxis médica):

- Nos solidarizamos con todas las personas que han atravesado situaciones críticas, y con todas sus familias y especialmente con quienes sufrieron la pérdida de seres queridos.
- Pero consideramos que “pre-judicializar” las acciones médicas es nocivo para la sociedad. Aunque quienes impulsan esta norma lo nieguen, se trata de una condena anticipada, tal como es posible observar cuando se alude a la suspensión “preventiva” de la matrícula ante una denuncia.
- De aplicarse este concepto de responsabilidad previamente adjudicada violamos el principio de inocencia que involucra a toda persona que, por medio de una acción profesional, pudo haber generado un supuesto daño o perjuicio.
- Esta propuesta de ley, supondría un juicio social irrevocable y el perjuicio a los profesionales de la Medicina estaría garantizado de manera continua (aún si la acusación no prosperase). Se constituye como una amenaza, una espada de Damocles sobre la profesión médica, una condena social asegurada, irreversible y maliciosa.
- No aceptamos la creación de un registro único de médicos imputados (potencialmente teñido de denuncias maliciosas, o reales pero equivocadas) que coarte la libertad de trabajo como proponen en la ley.
- ¿Se considera ante una lesión sin intención de producirla que puede tener lugar en el trabajo, que tuvo como fin perjudicar a quien la sufre? ¿Por qué motivo se coloca a la profesión médica en una posición de perjuicio, desconociendo sus derechos legales – que son los mismos que cualquier otra profesión, arte, oficio o empleo- y se pretende diferenciarlos de otras actividades que pueden dar lugar a perjuicios o daños?
- Recordamos que ya existe la ley 26.529 de los derechos de los pacientes en relación a los profesionales de la Salud. Los derechos de los pacientes se garantizan con la formación adecuada en grado y posgrado, con la unión ineludible de universidades, ministerios de salud, colegios médicos y sociedades científicas.
- Criminalizar los actos médicos no garantiza estos derechos, puede reducirlos.
- Las ciencias de la salud no son exactas, no se pueden asegurar resultados; sí se pueden asegurar procesos diagnósticos y terapéuticos basados en la evidencia, sumados a las experticias propias y a las decisiones compartidas con los pacientes. El uso de protocolos ayuda a limitar el margen de error. Un deber ineludible de la responsabilidad es no asegurar nunca resultados, se trata del despliegue de una actividad prudente y diligente, tal como la ejercen la mayoría de médicas y médicos en nuestro país.
- Los resultados deseados pueden no alcanzarse por multiplicidad de causas, muchas no adjudicables a la voluntad y capacitación médica: pretender culpabilizar por ello a la profesión médica es otorgarle una potestad omnipotente que no tiene y que jamás pretendimos poseer (no decidimos maliciosamente ninguna acción perjudicial: “primun non nocere” -primero no dañar- es el principio guía de la profesión).
- Los profesionales de la salud no son robots, son humanos, y suelen estar sometidos a presiones laborales, exceso de horas de trabajo, salarios insuficientes, necesidad de pluriempleo para mantener su hogar. Los profesionales de la salud somos humanos, tenemos limitaciones y errores, como cualquier otro profesional

de otra índole: dichas situaciones ya se encuentran enmarcadas en los conceptos de impericia, imprudencia y negligencia que regulan la evaluación judicial de la responsabilidad médica.

- Hay situaciones donde, a pesar de la adecuada actuación médica, no se logra el resultado esperado: ¿Cuál sería la situación frente a una reacción adversa que posee el tratamiento indicado si el beneficio esperable es superior? Este ejemplo representa situaciones frecuentes. Aplicar esta ley implicaría la imposibilidad de aplicar cualquier acción médica (basta pensar que son muy pocas las intervenciones que no poseen posibilidad de efectos adversos).
- Ninguna persona y ninguna sociedad GANAN con esta Ley. Quienes buscan judicializar con base en el dolor, y las empresas de seguros médicos son quienes obtendrán el rédito en este contexto. PIERDEN las personas que necesitan atención, las instituciones públicas y privadas preocupadas por los nuevos riesgos que impone la amenaza de la judicialización permanente que los distrae de los objetivos de cuidar a las personas que acuden a ellos; PIERDEN los profesionales (fundamentalmente pierden salud, se suman padecimientos que se configuran en el ya conocido síndrome de Burnout).
- La supuesta norma se asocia a la práctica de la “medicina defensiva” (que surge de hacer múltiples estudios en exceso, tan solo para protegerse de una eventual demanda). Siguiendo conceptos mundiales (prevención cuaternaria, elecciones sabias) la medicina defensiva ha demostrado ser cara, ineficiente y aumenta el riesgo de estudios que pueden poner en riesgo a los pacientes, y muchas veces hacerlos sentir más enfermos y con más miedos. Medios de comunicación inescrupulosos aprovechan la ocasión para alentar un debate estéril donde se pierden de vista los argumentos de fondo y las necesidades del sistema de salud y de todos sus actores.
- Si hubiera alguna duda respecto de un actuar profesional médico, serán las vías de prueba correspondientes las que definirán la situación, no la mera acusación, la angustia, ansiedad, intereses u opinión de terceros. Criminalizar a los médicos equivale a criminalizar a la Medicina, una de las nobles profesiones. Intentar enfocar una sanción mayor o específica contra profesionales de la Medicina implica una conducta discriminatoria negativa estigmatizante de la profesión en el supuesto absolutamente erróneo y tendencioso de pensar que la Medicina mata.
- Además, señalamos lo inoportuno de quienes llevan adelante este proyecto, cuando los profesionales necesitan ser apoyados en esta pandemia, que enferma, interna y mata no solo a los pacientes sino a quienes los cuidan.



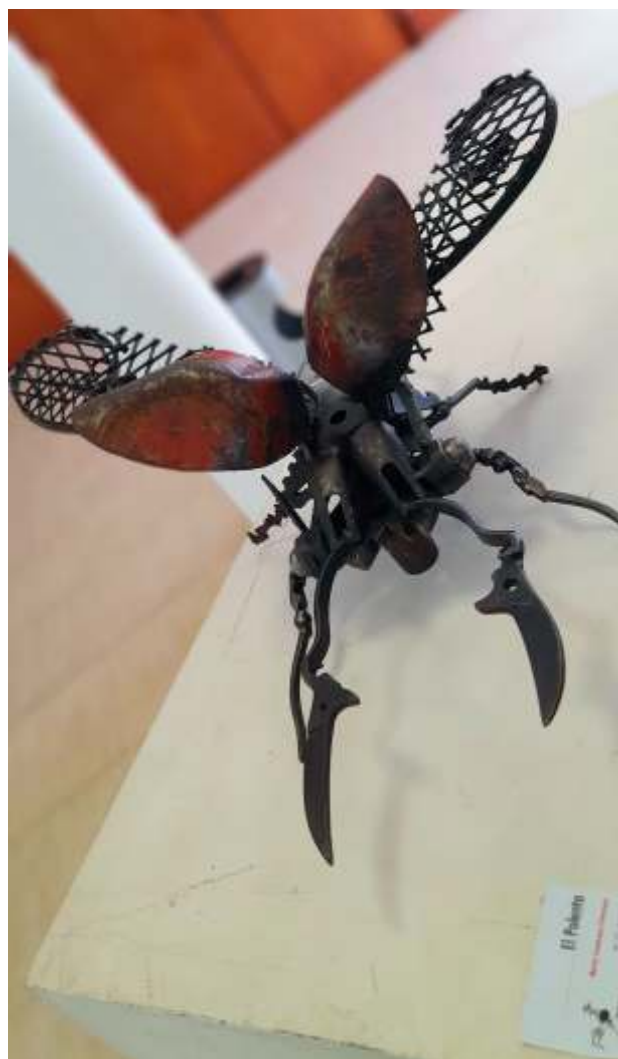
El 44º Abril Cultural Salteño tuvo su paso por COLMEDSA

La Comisión de Cultura de COLMEDSA presentó la exposición del escultor Martín Zambrano Echenique, en el marco del 44º Abril Cultural Salteño.

Concebida en tiempos de cuarentena, el artista de profesión arquitecto bautizó la exposición bajo el título "El raro bicho que te ha dicho". Durante más de un mes: colegiados, familiares y el público en general tuvieron la posibilidad de deleitarse con esculturas de insectos, de todos los tamaños.

La obra compuesta en su totalidad de chatarra y madera, causó gran admiración en quienes podían encontrar objetos de la vida cotidiana hechos arte.

¿La gran noticia? La donación de "Mala Sangre", uno de los insectos de la serie, de una escala considerable y caracterizado por sus grandes alas y largo pico. El "bicho" adquirido por los miembros que componen la Comisión de Cultura, pasará en adelante a formar parte del Hall del Salón Bicentenario.





Anexo Sede Institucional: Un sueño hecho realidad





NOMINA DE AUTORIDADES

PERIODO 2018- 2020

(Mandato prorrogado hasta 2021 por Pandemia COVID-19)

CONSEJO DE DISTRITOS

SECRETARIA Dra. SOCORRO DEL VALLE EGÜES

MESA DIRECTIVA

Presidente	Dr. JUAN JOSÉ LOUTAYF RANEA
Vicepresidente	Dr. JUAN JOSÉ ALBORNOZ
Secretario	Dr. AGUSTÍN GISONE
Tesorera	Dra. IRMA ADRIANA FALCO
Vocal Titular	Dr. OCTAVIO GUANCA
Vocal Suplente 1º	Dr. EDMUNDO FALÚ
Vocal Suplente 2º	Dra. MÓNICA GELSI

TRIBUNAL DE ETICA Y EJERCICIO PROFESIONAL

Miembro Titular	Dr. HÉCTOR POLITI
Miembro Titular	Dr. FRANCISCO AGUILAR
Miembro Titular	Dr. VICENTE DOMINGO ALTOBELLI
Miembro Suplente	Dr. GUSTAVO D'UVA

TRIBUNAL DE APELACIONES

Miembro Titular	Dr. HÉCTOR MARIO CERRUTTI
Miembro Titular	Dr. LUIS ROBERTO D'MAYO
Miembro Titular	Dra. TERESITA ELIZABETH ROYANO
Miembro Suplente	Dr. RAFAEL AZAÑERO ANAYA
Miembro Suplente	Dr. LUIS NICOLÁS BARROS

REVISORES DE CUENTAS

Miembro Titular	Dr. MIGUEL ANGEL GARITTA
Miembro Titular	Dr. LEANDRO ABAROA

GUIA DE TRAMITES

REQUISITOS PARA LA OBTENCIÓN DE LA MATRÍCULA: Acreditar Título Universitario original o Certificado original del Título en trámite, más (2) fotocopias autenticadas por Universidad o Escribano Público. Certificado analítico (original y fotocopia). Certificado de Residencia de Domicilio en la Provincia de Salta. Fotocopia del DNI (Anverso y Reverso). Proveer de (3) fotografías de 3 cm. x 3 cm. Estampillado fiscal "100 Unidades Tributarias" (Valor por Unidad Tributaria \$3.50 x 100 = \$350). Debe adquirirse en ventanilla del Banco Macro, ubicado en dependencia de Rentas – DGR (calle España Nº 625).- 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 la Provincia o Nación. ARANCEL: \$6900,00.-

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: \$ 900,00.-

DUPLICADO DE CREDENCIAL: Denuncia Policial. (1) Foto Carnet 3 cm. x 3 cm. Arancel: \$450,00.-

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 \$ 7200,00 (Inscripción fuera de término (\$10125,00). 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.-

ACTUALIZACIÓN DE DOMICILIO, TELÉFONOS Y CORREO ELECTRÓNICO: Presentar Declaración Jurada. Completar el formulario con todos los datos requeridos.

SALÓN DE CONFERENCIA: Capacidad: 150 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 07:00 a 15:00 hs.-

REQUISITOS PARA LA OBTENCIÓN DE LA MATRÍCULA ESPECIAL (J) PARA MÉDICOS JUBILADOS: Fotocopia de la 1º y 2º hoja del D.N.I. del solicitante. Fotocopia de la 1º y 2º hoja del D.N.I. de los familiares a cargo. Certificado médico de aptitud psico – física del solicitante. Proveer de 2 fotografías de 3 cm. x 3 cm.

NUEVOS MATRICULADOS

BIENVENIDOS!!!

M. P. N°	APELLIDO Y NOMBRE
6533	Dr. Alfaro, David José María
6534	Dr. Irahola Arévalo, Miguel Angel
6535	Dra. Sánchez Labra, Rosalía Gabriela
6536	Dr. Pastrana, José Américo
6537	Dra. Preciado Carranza, Liz Dayana
6538	Dr. Reinoso, Raúl Rodolfo
6539	Dra. Arias, Camila Mariana
6540	Dr. Arias, Pablo María
6541	Dr. Mollo Vergara, Iván Gerónimo
6542	Dra. Lescano, Analía Soledad
6543	Dr. Tache, Darío Alejandro
6544	Dra. Vides, Andrea Noelia
6545	Dr. González, Ramón Gustavo
6546	Dra. Alvarez, Julieta Analía
6547	Dra. Muchut, Lilen
6548	Dra. Burgos, Brenda Romina
6549	Dr. Oca Mauriel, Jimmy Alonzo
6550	Dra. Ortíz Sanso, Agustina del Valle
6551	Dr. Zárate Godoy, Leandro Emanuel
6552	Dra. Juárez Castiñeiras, Analía Verónica
6553	Dra. Prados Rezzonico, María Eugenia
6554	Dr. Ferraz Marques, Víctor
6555	Dr. Flausino Perine, Henrique
6556	Dra. Estofe Souza, Indiara
6557	Dra. Grandi Rivera, Ana Paula
6558	Dr. Retambay Liendro, Rocío Alejandra
6559	Dra. Orellana, Débora Daiana
6560	Dr. Castro, Luis Alberto
6561	Dra. Caride, Mariana
6562	Dr. Museli Sylvester, José Tomás
6563	Dra. Pérez, Cecilia Mariana
6564	Dra. Samson, Sara Elisa
6565	Dra. Trejo Filipovich, Carla Elina
6566	Dr. Tolaba, Rodrigo Emmanuel
6567	Dra. González Flores, Cinthia Rubi
6568	Dra. Limachi Toconas, Rilma Jhandira
6569	Dra. Quiroga, María Macarena
6570	Dra. Oviedo Castelli, María Belén
6571	Dra. Peralta, Gina Marine
6572	Dr. Sánchez Guillou, Martín Adrián
6573	Dra. Estremadoiro, Micaela Patricia

M. P. N°	APELLIDO Y NOMBRE
6574	Dra. Sanguinetti Naharro, Natacha Silvina
6575	Dr. Serapio, Alejandra Daiana
6576	Dr. Albero Serrano, Walter Darío
6577	Dra. Martiarena Romero, Amanda Jorgelina
6578	Dra. Armengot, Mónica Gabriela
6579	Dra. Mendoza Arteaga, Jeraldine Elizabeth
6580	Dra. Milich, Mayra Melina
6581	Dra. Capiello, Silvia Josefina
6582	Dra. Ríos, Olga Vicenta
6583	Dra. Otta, María Constanza
6584	Dra. Cabrera de la Rosa, María Lourdes
6585	Dra. Tapia, Cintya Gisella
6586	Dra. Sánchez Fuya, Noelia Margarita
6587	Dra. Rodríguez, Marcela Ayelén
6588	Dr. Pailler, Manuel del Valle
6589	Dr. Rocabado, Marco Antonio
6590	Dr. Dantur, Adib Bernardo
6591	Dr. Saravia Ibáñez, Carlos
6592	Dra. Espilocin, Agustina
6593	Dr. Gutiérrez, Marisol Anahí
6594	Dr. Guerrero, Lucas Fernando
6595	Dra. Ramírez, Gabriela Rocío del Valle
6596	Dra. Portal, Jimena Lucila
6597	Dra. Cajal, María Nelly
6598	Dra. Martínez Arias, Magdalena
6599	Dr. Alvaredo Soria, Manuel Alejandro
6600	Dra. Julián, Josefina
6601	Dr. Azamor, Carlos Martín
6602	Dr. Cedolini Font, Agustín
6603	Dra. Santillán Márquez, María Eugenia
6604	Dr. Rivero, Ricardo Ezequiel
6605	Dra. Torrez, María Gabriela Elizabeth
6606	Dra. Chilo, Cyntia Daniela
6607	Dra. Maza, Florencia Yamila
6608	Dra. Lucas, Lucía Alejandra
6609	Dra. Martínez Navarrete, Johanna Vanina
6610	Dr. Pariente, Pablo Marcelo
6611	Dra. Farfán, Cintia Lorena
6612	Dra. Sánchez, Mariana Andrea
6613	Dr. Camaño, Rubén Antonio
6614	Dr. Fili Gómez, Franco Leandro
6615	Dra. Zerpa, María Beléen Evangelina
6616	Dr. Quiroga, Pablo Fernando
6617	Dr. Fernández, Sebastián Elías
6618	Dra. Maza, Agustina
6619	Dr. Blanco, Mariano Guillermo
6620	Dr. Tames, Gabriela Denise

TRIBUNALES / COMITES / COMISIONES

COMISION/COMITE/TRIBUNAL	INTEGRANTES	FECHA DE REUNION
TRIBUNAL DE ESPECIALIDADES	Dr. Juan José Albornoz Dr. Federico Mangione Dr. Rubén Abraham Gurevech Dr. Jorge Leonardo Vasvari Dr. Demetrio Herrera	Lunes 21:00 hs.
COMITE DE BIOETICA	Dr. Oscar Cornejo Torino Dr. José Tomás Museli Dr. Julio Raúl Mendez Prof. Alfonsina Giraldez Lic. Sonia Cañizares de Fabián Dr. Rafael Cornejo Dr. Carlos Ernesto Wendichansky Dr. Carlos Franco Lic. Alejandra Martínez Robles Lic. Romina Yáñez	1º y 3º Jueves 21:00 hs.
COMISION DE EDUCACION MEDICA	Dr. Carlos Frau Dr. Alberto Robredo (Círculo Médico de Salta) Dra. María Paola Russo Dr. Félix Aldana	Lunes 12:00 hs.
COMISION CONSULTIVA DE JOVENES MEDICOS	Dra. Carolina Saravia Figueroa Dra. María Jimena Pérez Frías Dr. Bernabé Loutayf Terán Dr. Agustín Oviedo Dra. Mercedes Armengol	Martes 20:30 hs.
COMITE CIENTIFICO ASESOR	Dr. Carlos Cúneo Dr. Jorge E. Llaya Dr. Miguel A. Basombrío Dr. Oscar David Rivero Dr. Juan Pablo Zorrilla Dra. María Macarena Galíndez	
COMISION DE INSPECCION SERVICIOS ASISTENCIALES	Dr. Ramiro Pablo Choke Dra. Stella Maris Galdeano Dr. Carlos Alberto Martínez Dr. Antonio Wayar	Jueves 12:00 hs.
COMISION DE POSTGRADO	Dr. Ramón Jorge Fiqueni Dr. Welindo Toledo Dr. Gerardo Torletti Dr. Ricardo Altobelli Dr. Luis Alberto Sorroza Dr. Maximiliano Javier Farfán	Martes 21:00 hs.
COMISION PROYECTOS COMUNITARIOS	Dra. Mónica Beatriz Gelsi (Coordinadora) Dr. Juan Carlos Alberto Larrahona (Coordinador) Lic. Maritza Ortega Dra. Patricia Ovejero Dra. María Carolina Alvero Dr. César Guillermo Lemir	Jueves 11:00 hs.
COMISION DE CULTURA	Dr. José Oscar Adamo Dr. Carlos Alberto Musicante Prof. Telma Palacios Dr. José Lucas Gato Prof. Susana Godoy Pablo Di Marco Dra. María Nélida Koconos	Martes 10:30 hs.

PREMIO ANUAL

COLEGIO DE MEDICOS DE SALTA

2021



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

PREMIO:

Consistirá en DIPLOMA y MEDALLA DE ORO.

FECHA ENTREGA DE TRABAJOS:

Hasta el 30/07/2021.

ENTREGA PREMIO:

Acto Académico Noviembre 2021.

BASES Y REQUISITOS en:

www.colmedsa.com.ar

COORDINACIÓN A CARGO:

COMISIÓN CONSULTIVA DE JÓVENES MÉDICOS.

COLABORACIÓN:

COMITÉ ASESOR CIENTÍFICO.

COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE SALTA

HONORARIO MINIMO ETICO PROFESIONAL

CONSULTA A CONSULTORIO:

\$ 1650,00 (Pesos, Mil Seiscientos Cincuenta)

CONSULTA A DOMICILIO:

\$ 1950,00 (Pesos, Mil Novecientos Cincuenta)

RESOLUCIÓN N° 217/2020. MESA DIRECTIVA

VALORES VIGENTES DESDE EL 01/01/2021 HASTA EL 30/06/2021.

HORA DE TRABAJO MÉDICO:

\$ 5850,00 (Pesos, Cinco Mil Ochocientos Cincuenta)

RESOLUCIÓN N° 218/2020. MESA DIRECTIVA

VALORES VIGENTES DESDE EL 01/01/2021 HASTA EL 30/06/2021.

HORA DE GUARDIA MÉDICA:

\$ 1950,00 (Pesos, Mil Novecientos Cincuenta)

RESOLUCIÓN N° 219/2020. MESA DIRECTIVA

VALORES VIGENTES DESDE EL 01/01/2021 HASTA EL 30/06/2021.

