



VINCULOS

La revista del Colegio de Médicos de Salta

AÑO 3 - N° 5 - SETIEMBRE 2009



FIESTA DEL SR. Y LA VIRGEN DEL MILAGRO - MEDICINA DEL TRABAJO
GRIPE ESTACIONAL Y NUEVA GRIPE H1N1 - LA INVENCION DEL ESTETOSCOPIO
BIOGRAFÍAS: DR. ARNE HOYGAARD - EL ABC DE: ARTERITIS DE LA TEMPORAL
TRIBUNALES / COMITÉS / COMISIONES - EDUCACIÓN MÉDICA 2009

PERIODO 2008 -2010

NOMINA DE AUTORIDADES

CONSEJO DE DISTRITOS

PRESIDENTE	Dr. Wady Ruperto Mimessi
SECRETARIO	Dr. Jorge Isa Barcat

MESA DIRECTIVA

Presidente	Dr. Juan José Loutayf Ranea
Vicepresidente	Dra. Mary Rita Elisabeth Amatte
Secretario	Dr. Gerardo Darío Torletti
Tesorero	Dr. Raúl Cáceres
Vocal Titular	Dr. Gustavo Daniel D'uva
Vocal Suplente 1°	Dra. Irma Adriana Falco
Vocal Suplente 2°	Dr. Vicente Domingo Altobelli
Vocal Suplente 3°	Dr. Rodolfo Aníbal Nazar

TRIBUNAL DE ETICA Y EJERCICIO PROFESIONAL

Miembro Titular	Dr. Eduardo Van Cauwlaert
Miembro Titular	Dr. Guillermo Enrique Soldini
Miembro Titular	Dr. Luis Eduardo Cornejo Revilla
Miembro Suplente	Dr. Jorge Maximiliano Vasvari
Miembro Suplente	Dr. Cristóbal Licudis

TRIBUNAL DE APELACIONES

Miembro Titular	Dr. Pedro Angel Wouterlood
Miembro Titular	Dr. José Marcos Ampuero
Miembro Titular	Dr. Luis Oscar Jáuregui
Miembro Suplente	Dra. Graciela Cristina Astigueta
Miembro Suplente	Dra. Teresita Elizabeth Royano

REVISORES DE CUENTAS

Miembro Titular	Dr. Raúl Caro
Miembro Titular	Dr. Omar Gustavo Abdala

SUMARIO

AÑO 3 - NUM. 5 - SETIEMBRE 2009

Autoridades Período 2008/10	pág. 2
Fiesta del Sr. y Virgen del Milagro	pág. 5
Gripe Estacional y Nueva Gripe H1N1	pág. 6
Medicina del Trabajo	pág. 11
La invención del estetoscopio	pág. 15
Autoridades Período 1972/74	pág. 16
El ABC de: Arteritis de la Temporal	pág. 17
Educación Médica Continua	pág. 18
Biografías: Dr. Arne Hoygaard	pág. 19
Tribunales / Comités / Comisiones	pág. 21
Guía de Trámites	pág. 22
Humor Médico	pág. 23

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. José H. Causarano
Dr. Daniel A. Sánchez
Dra. Soledad Solís
Dra. Carolina Licudis
Dr. Marcelo H. Andreani

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

No caben dudas que la relatividad de las cosas absolutas y la absolutización de las relativas es una característica de la fragilidad de nuestros tiempos, y que se ensayan una y otra vez "recetas" para corregir el rumbo de nuestra sociedad.

No caben dudas que la realidad del mundo ha cambiado, y los cambios han sido tan profundos, que prácticamente no hay sector de nuestra sociedad que pueda haber quedado ajeno a tal fenómeno, "mundo globalizado", dicen los entendidos, los cambios...

No solo ha impactado la innovación tecnológica, comercial, social, en nuestras costumbres, sino que también, y en los que nos interesa, en la actividad profesional del médico y que dista de la que recordamos en nuestra infancia, en aquella añorada imagen del médico de familia.

Bien vale rescatar, qué aspectos hacían de tal personaje un ser muy querido y apreciado, no solo por el paciente, sino por toda la familia.

El tiempo; aquella dispensa a todo escenario de prisa, dedicado para poder escuchar y descubrir sin más que el ojo clínico avezado, la dolencia que aquejaba al paciente, la visita al médico era todo un rito, como lo era la visita al domicilio, y servía tal vez para propósitos culinarios, por qué no, convidarle al médico la maicena que había preparado la abuela. Era todo un homenaje recíproco a la buena manera, al don de gente, tiempos valiosos que se dedicaban al prójimo sin que el reloj interfiera en su ministerio, y que ciertamente hacían del médico una persona de valía para todo el entorno familiar, no solo en la enfermedad, sino que también era participe de cualquier otro acontecimiento familiar, con lo cual se integraba a la familia, era un amigo, una persona de confianza.

Los valores; columna vertebral de todo buen profesional, eran tan elocuentes que inspiraban respeto y admiración, y se reflejaban en sus gestos y conducta como el blanco color de la chaquetilla y la verde cruz que lucía en el automóvil, y hacían del médico un ser tan auténtico que todos no querían sino ser como él, la propia autoridad le daba paso y hasta tenía libre estacionamiento, es que gozaba de prestigio en su actividad.

La sencillez, la bonhomía en el trato, la humildad. No había lugar para la soberbia y la egolatría, aquellos cimientos de una buena educación familiar y ratificados durante la vida

universitaria, en la que los profesores, verdaderos “maestros” de la medicina y también de la vida lograban dar forma definitiva a la personalidad del profesional. Eran tiempos en los que los logros profesionales eran auténticos ejemplos para los pares y se compartía el saber sin egoísmos ni celos profesionales, imperaba el respeto al silencio que traducía la pasión por el conocimiento. Así era, tales personas abundan en la historia de la medicina salteña, y aún hoy son recordados con estima y honra.

Cierto es que el asunto da para seguir, pero también el perseverar en la amplitud conspiraría al propósito del presente comentario, lo que justifica de hecho la pretensión de que estas breves líneas sirvan de motivación para bregar por restaurar la noble profesión de médico, que bien se ha dicho en nuestros tiempos está mancillada, cuestionada y no valorada, por algunos, por culpa de seguro pocos que no honran el ministerio de ejercer la medicina con verdadero sentido humanitario, y que es lo que en definitiva, sin dudas, hace trascendente al mismo ser humano. Y más allá de su propia existencia.

Rodrigo Frías

Asesor Letrado Colegio de Médicos



VISITE NUESTRO SITIO WEB:

www.colmedsa.com.ar

FIESTA DEL SEÑOR Y LA VIRGEN DEL MILAGRO

Del 6 al 15 de septiembre de cada año, Salta goza en la Fiesta del Milagro, una de las manifestaciones de fe más importantes del Norte Argentino. Entre esos días, el pueblo salteño renueva la devoción por sus santos patronos: el Señor del Milagro y la Virgen del Milagro.

Según cuenta la vieja leyenda, en junio de 1592, diez años después de la fundación de Salta la linda, se divisaron dos grandes cajones flotando sobre las aguas del océano Pacífico, en las cercanías del puerto de Callao en Perú. Uno de los cajones traía grabada a fuego la frase "Una Virgen del Rosario para el Convento de predicadores de la ciudad de Córdoba" y el otro decía: "Un Cristo Crucificado para la Iglesia Matriz de la ciudad de Salta". Nunca se pudo saber que navío las traía desde España y que fue del mismo.

El Virrey del Perú, don García Hurtado de Mendoza, entonces, ordenó que se cumpliera con el mandato que consignaban las pesadas cajas y fueron llevadas a lomo de mula y en andas por un multitudinario cortejo de militares y creyentes hasta sus destinos prescritos, salvo la Virgen que también quedó en Salta. Desde entonces pasaron cien años de olvido, desde septiembre de 1592, fecha en que la imagen del Señor del

Milagro fue depositada, en la sacristía de la Iglesia de la Compañía de Jesús.

En septiembre de 1692, se produjeron una serie de devastadores temblores con epicentro en la ciudad de Salta que destruyeron localidades enteras como la ciudad de Esteco, creando un pánico aterrador entre los habitantes.

El entonces padre José Carrión, tuvo una revelación, que los terremotos no cesarían hasta tanto la imagen del Señor del Milagro no fuese rescatada de su olvido y llevada en peregrinación por la ciudad. Y así guió al pueblo de Salta a sacar en procesión, el 15 de setiembre de 1962 al olvidado Cristo crucificado. Apenas la imagen salió a la calle, la tierra se apaciguó... El milagro se había producido.

Pero la historia no terminó allí ya que cuando algunos fieles regresaron a la Iglesia casi en ruinas, descubrieron que la imagen de la Virgen María estaba totalmente intacta al pie del altar, tres metros más debajo de su ubicación habitual. Su rostro sonriente había cambiado por el de angustia y súplica.

Entonces se comprendió que se debía sacar también a la Virgen para la celebración de la Fiesta del Milagro que, todos los años, reúne a todo el pueblo de Salta y a sus peregrinos en un emocionante acto de fe por el cual renuevan el pacto de fidelidad prometido a los santos patronos, hace varios siglos ya.

Fuente:
www.destinosalta.com



GRUPE ESTACIONAL Y NUEVA GRUPE H1N1

Dra. Adriana Falco - Presidente de la Asoc. Salteña de Infectología y Microbiología

La gripe o influenza es una enfermedad respiratoria aguda, generalmente autolimitada, producida por la infección por el virus de la Influenza tipos A y B, que ocurre en brotes de intensidad habitualmente en invierno. Es una importante causa de mortalidad y muerte y ocasiona grandes pérdidas en la productividad laboral.

Las dos características más importantes de la Influenza son su naturaleza epidémica y la mortalidad asociada producida principalmente por sus complicaciones pulmonares.

Cuando hablamos de gripe debemos diferenciar varios términos:

Gripe estacional: es una enfermedad respiratoria aguda causada por el virus de la influenza que circula habitualmente, desde 1977 circulan los virus de Influenza tipo A, subtipo H3N2 y H1N1 junto con el B que no presenta subtipos.

Nueva Gripe A H1N1: es la influenza causada por el virus de Influenza A H1N1 que contiene segmentos genéticos de 4 tipos de influenza diferentes: Porcina de Norte América, Aviar de Norte América, Humana de Norte América y Porcino Euroasiático y que por ser un nuevo virus ocasionó la pandemia de Gripe.

Gripe aviar: es causada por el virus de influenza aviar y naturalmente afecta a las aves y solo ocasionalmente al humano.

Gripe porcina: es una enfermedad respiratoria de cerdos, causada por virus

influenza tipo A que regularmente causa brotes de influenza entre cerdos. Normalmente no infecta humanos. Los casos humanos de gripe porcina suceden en personas que están alrededor de cerdos, pero también es posible la transmisión de hombre a hombre.

Características Epidemiológicas

- La gripe se presenta en forma de brotes epidémicos más o menos intensos habitualmente todos los años y durante otoño e invierno.
- Las tasas de ataque durante los brotes pueden ser de 10 al 40 % en un periodo de 5 a 6 semanas.
- Se producen epidemias cada 1 a 2 años con:
 - 1 billón de casos anuales.
 - 3 a 5 millones casos severos/ año
 - 300.000 a 500.000 muertes/año.
 - Aumentos de 5 veces las tasas de internación durante los brotes.
- En Argentina en el año 2007 se reportaron (Datos del Boletín Epidemiológico N°53, 28 de Marzo de 2008):
 - 1258704 casos de enfermedad tipo influenza.
 - 22 mil internaciones.
 - 3600 muertes.

Pandemia Actual

La Organización Mundial de la Salud (OMS), alertó el viernes 24 de abril de 2009 sobre la existencia de varios centenares de casos humanos sospechosos de gripe porcina en México y Estados Unidos, incluyendo unos 60 que resultaron mortales en el país latinoamericano.

El 11 de junio de 2009, la

Organización Mundial de la Salud (OMS) elevó el nivel de alerta de pandemia de influenza desde la fase 5 a la fase 6 (Pandemia) que se caracteriza por la propagación sostenida del virus de persona a persona en más de una región de la OMS.

Características del Virus

- Son virus RNA de la familia Orthomyxoviridae (del griego myxa: mucus, por su afinidad a las mucosas). En la envoltura hay glicoproteínas de codificación vírica con forma de proyecciones o espículas superficiales de dos tipos: hemaglutinina y neuraminidasa.
- La hemaglutinina (H) es responsable de la fijación y entrada del virus a la célula huésped del epitelio respiratorio e induce la producción de anticuerpos neutralizantes. Por lo tanto, la H es responsable principal de la infecciosidad del virus gripal.
- La neuraminidasa (N) destruye el mucus de la superficies del epitelio respiratorio facilitando el transporte del virus e interviene en la liberación del virus de la célula huésped, impide la agregación del virus y facilita la difusión de célula a célula.
- Los virus de la gripe se clasifican por sus antígenos profundos, fundamentalmente la NP, en dos tipos antigénicos, A y B. El tipo A se subdivide en subtipos por los antígenos superficiales (H y N), y cada subtipo incluye un número ilimitado de variantes definidas.
- Una de las propiedades más notables del virus de la gripe es la capacidad para cambiar sus

características antigénicas. Se conocen dos tipos o cambios antigénicos:

Variaciones menores o drift: pequeñas mutaciones de las secuencias del ARN viral son suficientes para cambiar la HA o NA, de manera que no pueden ser reconocidos por el sistema inmune - Esto explica las epidemias anuales y la necesidad de reformular la vacuna cada año.

Variaciones mayores o shift: son variaciones súbitas y drásticas de la HA con o sin variaciones de la NA. Se producen solo en el virus de la influenza A como consecuencia de recombinaciones genéticas con intercambio de segmentos entre dos cepas diferentes de virus A que infectan a un mismo huésped "reassortment", habitualmente el cerdo. Las cepas parentales pueden ser virus animales y humanos. Las pandemias de gripe ocurren como consecuencia de la aparición de esta variación mayor (H2N2, H3N2; H1N1).

Transmisión

• La transmisión del virus de la Influenza se produce por vía aérea, por contacto de persona a persona con las secreciones de nariz y garganta que las personas enfermas eliminan al toser, hablar

o estornudar que contienen millones de partículas virales las cuales ingresan por mucosa de boca, nariz y ojo

• **Contacto Indirecto:** También es posible que una persona se infecte al tocar objetos intermediarios contaminados, como manos contaminadas, u objetos inanimados (fómites), tales como cubiertas de mostrador, cerraduras, teléfonos, toallas, dinero, ropas, platos, libros, jeringas que contiene virus y luego se toque la boca, la nariz o los ojos.

• El virus puede permanecer viable 24 a 48 hs en superficies lisas, 8 a 12 hs. en telas, tejidos y papel y 5 minutos en las manos.

• **Excreción viral (período de contagio):** Las personas son infecciosas desde 24 hs antes del comienzo de los síntomas hasta 4 a 7 días después. En niños la excreción viral puede prolongarse hasta 10 días y hasta varias semanas en huéspedes inmunocomprometidos.

• **Período de Incubación:** desde el contagio hasta la aparición de los síntomas. Es de 2 a 5 días, hasta 7 días en niños y en la Influenza AH1N1.

Manifestaciones Clínicas

La gripe no complicada se caracteriza por su comienzo

brusco tras un período de incubación breve (24-48 hs) que permite en muchos de los casos epidémicos "identificar" la fuente de contagio entre los convivientes del enfermo. En los casos típicos el inicio de los síntomas sin pródomos es tan rápido que el individuo refiere en qué momento del día pasó de sentirse bien a desarrollar los síntomas. La sintomatología principal incluye:

- Manifestaciones Sistémicas
 - Fiebre95 %
 - Astenia.....80 %
 - Escalofríos70 %
 - Cefaleas.....65 %
 - Anorexia 60 %
- Síntomas respiratorios
 - Tos seca.....85 %
 - Secreción nasal..... 60 %
 - Odinofagia.....50 %
- Otros Síntomas
 - Otalgia.
 - Dolor retroorbitario, fotofobia, lagrimeo.

La evolución del cuadro es generalmente benigna y autolimitada. El período de máxima intensidad del cuadro sistémico y síntomas mayores dura entre 3 y 4 días por término medio, aunque la astenia y la tos pueden persistir 1 e incluso 2 semanas más en algunos casos.

Es importante diferenciar la gripe de los resfríos comunes producidos por otros virus:

Presentación	Gripe	Resfrío común
Espectro Clínico	Sistémico	Local- Nariz y garganta
Velocidad de Comienzo	Abrupto	Gradual
Fiebre	Habitualmente elevada	Leve
Presentación	Escalofríos, mialgias, malestar, tos, dolor de garganta	Estornudos, dolor de garganta, congestión nasal
Astenia- Postración	Marcada	Leve
Curso de enfermedad	Síntomas durante 1- 2 semanas	Rápida recuperación
Complicaciones	Bronquitis/Neumonía	Sinusitis
Aparición	Estacional- Otoño/inv	Todo el año

Complicaciones de la gripe:

- Algunas manifestaciones de la gripe y complicaciones sólo se producen en determinados grupos de pacientes con ciertas enfermedades de base (exacerbación del asma en asmáticos, cetosis en diabéticos). En otros el padecimiento de la infección gripal puede resultar en un incremento de la mortalidad o de la morbilidad grave (enfermos crónicos cardíacos o pulmonares, fumadores). Por dichos motivos esos grupos están contemplados especialmente en las prioridades de la vacunación.

- Bronquitis aguda, que aparece entre el 5 y el 40%.
- Neumonía viral primaria. La mortalidad es muy elevada.
- La neumonía bacteriana secundaria se debe a la sobreinfección bacteriana sobre la lesión pulmonar producida por el virus gripal. La forma bronconeumónica es la más frecuente y grave y ha sido la responsable en las grandes pandemias de más del 80% de las muertes ocurridas. En la neumonía secundaria los análisis bacteriológicos de esputo o aspirado bronquial revelan la presencia de bacterias: *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* y gramnegativos. El tratamiento antibiótico específico mejora el curso clínico de esta complicación.
- Las traqueobronquitis y crup, bronquiolitis y la otitis media son más frecuentes en niños.
- Las complicaciones cardíacas aparecen en el 80% de los casos hospitalizados por gripe.
- La encefalitis, el síndrome de Guillain-Barré, la miositis, el fracaso renal, el síndrome de coagulación intravascular y el síndrome hemofagocítico son complicaciones raras.
- El síndrome de Reye es una encefalopatía con degeneración hepática grasa que ocurre en la

infancia (2 a 18 años) y cursa con una alta mortalidad (10-40%).

- La gripe es una importante causa de infecciones nosocomiales, en particular durante los grandes brotes epidémicos de gripe A.

Gripe A/H1N1: Definiciones de caso sospechoso

Toda persona que presente enfermedad respiratoria aguda febril (>38° C) con un espectro que va desde enfermedad tipo influenza hasta neumonía.

Diagnóstico

- Exámen virológico: La identificación del virus es fundamental para el diagnóstico definitivo.

- Toma de muestra: Aspirado nasofaríngeo, Hisopados nasal (HN) Hisopado Faríngeo (HF).

Las muestras deben ser tomadas lo más rápidamente posible, preferentemente en los 3 primeros días de iniciado el cuadro porque luego la excreción viral disminuye. La muestra se incluye en un medio de transporte adecuado para evitar la inactivación del virus y deben ser refrigeradas, no congeladas y enviadas con la ficha clínico-epidemiológica

- Gold standard: es el aislamiento del virus mediante cultivo

- Test rápidos: (Inmuno-fluorescencia. inmuno-absorción)
 - Sensibilidad del 56 al 70 %
 - Especificidad de 99 %

- PCR para Influenza A y PCR en tiempo Real para H1N1.

- Serología: solo tiene valor de certeza cuando se demuestra una seroconversión (aumento de cuatro veces del título) entre un

siero precoz y un suero obtenido a los 12-15 días. El método más utilizado es la reacción de fijación del complemento (RFC). Es poco sensible y permite el diagnóstico de gripe A y B pero no el de subtipo ni variante gripal.

Tratamiento

Existen dos clases de antivirales para el tratamiento de la Influenza:

- Adamantanos:
 - Rimantadina
 - Amantadina
- Inhibidores de la neuraminidasa:
 - Oseltamivir
 - Zanamavir

Eficacia de Oseltamivir: Se ha demostrado que reduce

- La duración de los enfermedad en un 30 % (0,4 a 1 día)
- La intensidad de los síntomas 40 %
- Las consultas médicas
- La excreción viral: título (100 veces menor) y tiempo (107 vs 58 horas)
- Las complicaciones que requieren antibiótico (bronquitis, sinusitis, otitis media) (27 - 44 %)
- Las complicaciones que requieren ATB en adolescentes y adultos 55 %
- Hospitalización (59%)

El tratamiento con oseltamivir se recomienda para (Norma Nacional):

Pacientes de cualquier edad, que cumplan con la definición de caso y que requieran internación, independientemente del tiempo de evolución de los síntomas.

- Todos los pacientes mayores de 15 años con casos confirmados, probables o presuntos de la nueva influenza (H1N1) dentro de las 48 horas de iniciado los síntomas

- Pacientes que tengan un riesgo

más elevado de sufrir complicaciones por la influenza estacional (grupo de riesgo donde se indica vacuna):

- Niños menores de 2 años de edad.
- Adultos de 65 años de edad o más.
- Personas con las siguientes afecciones: Enfermedad pulmonar crónica (incluida el asma), enfermedades cardiovasculares (excepto la hipertensión), trastornos renales, hepáticos, hematológicos (incluida la anemia de células falciformes o anemia drepanocítica), neurológicos,

neuromusculares o metabólicos (incluida la diabetes mellitus);

- Inmunodepresión, incluidas las afecciones causadas por medicamentos o por el VIH;
- Mujeres embarazadas;
- Personas menores de 19 años que reciben tratamiento prolongado con aspirina;
- Residentes de instituciones para ancianos y otros centros de cuidados de enfermedades crónicas

• Puede considerarse la quimioprofilaxis después de la exposición con oseltamivir en las siguientes circunstancias:

- Contactos cercanos de los casos (confirmados, probables o presuntos) que tengan un riesgo elevado de sufrir complicaciones por la influenza

- Personal de atención médica, trabajadores de salud pública o socorristas que han tenido contacto cercano, identificado y sin protección con una persona infectada por el virus nuevo de la influenza (H1N1) durante el periodo infeccioso de la persona.

Oseltamivir: 75 mg 1 vez / día durante 10 días

POSOLOGÍA

ANTIVIRAL	DOSIS ADULTOS	DOSIS NIÑOS
Oseltamivir	75mg cada 12 hrs por 5 días	Para el tratamiento en menores de 1 año el CDC ha recomendado el uso de oseltamivir cuando el beneficio es mayor que el riesgo. Las dosis sugeridas son: <ul style="list-style-type: none"> • < 3 meses 12 mg dos veces al día por 5 días • de 3 a 5 meses 20 mg dos veces al día por 5 días • de 6 a 11 meses 25 mg dos veces al día por 5 días Para niños mayores de 1 año las dosis por 5 días: <ul style="list-style-type: none"> • Peso menor de 15kg es de 30 mg dos veces al día. • Peso entre 15kg hasta 23kg, 45 mg dos veces al día. • Peso mayor de 23kg hasta 40kg, 60 mg dos veces al día. Para niños que pesan más de 40kg, la dosis es de 75 mg dos veces al día.
Zanamivir	2 inhalaciones de 5 mg c/u, 2 v/día por 7 días	2 inhalaciones de 5mg (10mg total) dos veces al día (edad, 7 años o mayor)

• Los efectos adversos asociados al oseltamivir incluyen síntomas gastrointestinales, bronquitis y tos, disnea y fatiga, síntomas neurológicos como cefalea insomnio y vértigo. Las convulsiones y desórdenes neuropsiquiátricos se ven principalmente en niños y adolescentes.

• Los efectos adversos asociados al Zanamivir son poco frecuentes e incluyen broncoespasmo y fenómenos alérgicos.

Recomendaciones de las medidas de control de infecciones frente a nuevo virus influenza H1 N1.

A medida que la pandemia avanzaba, también aumentaba la experiencia acumulada y el conocimiento científico respecto de la dinámica de la transmisión y severidad del nuevo virus Influenza A H1 N1 , lo que finalmente sugirió que la forma de transmisión no era diferente de la cepa estacional: por gotitas.

Por tal razón, la SHEA recomienda

específicamente las siguientes medidas de control de infecciones:

• Para la atención directa de pacientes sospechosos o confirmados de virus Influenza A H1 N1 swn:

- Precauciones Estándar
- Precauciones de Aislamiento Respiratorio por Gotitas
- Colocación de barbijo quirúrgico a los pacientes con sospecha o confirmación de Influenza A H1 N1 swn (en los lugares donde se brinden cuidados a estos

pacientes)

- Colocar a dichos pacientes en habitación individual, si está disponible, o agruparlos en cohortes con otros pacientes con igual infección
- Estricta adherencia a la higiene de manos
- Educación a los pacientes afectados respecto del manejo de sus secreciones respiratorias y tos (que cubran su boca al toser, su nariz al estornudar, si no cuentan con un pañuelo que tosan o estornuden sobre la manga a la altura del pliegue del codo)
- Rápido reconocimiento e identificación de los pacientes con Influenza A H1 N1
- Restringir las visitas
- Restringir el ingreso a los trabajadores de la salud que presenten infecciones respiratorias y fiebre
- No es necesaria la presión negativa en las habitaciones.

Se recomienda usar un respirador N 95, camisolín, guantes y antiparras solo frente a procedimientos que generen aerosoles tales como: broncoscopías, aspiración de secreciones con sistema abierto, intubación endotraqueal y resucitación,

tanto cuando implica intubación de emergencia como resucitación cardiopulmonar y siempre que se trate de pacientes sospechosos o confirmados con Influenza A H1 N1.

La SHEA recomienda el uso de barbijos quirúrgicos para la protección respiratoria de rutina en las actividades de cuidado de éstos pacientes.

Recomendaciones para la comunidad para prevenir la transmisión de la gripe

- Utilizar pañuelos para limpiarse la nariz. Si son descartables eliminarlos en bolsas de plástico.
- Taparse SIEMPRE la boca con un pañuelo para estornudar o toser. Si no tiene un pañuelo apoye su nariz y boca sobre el pliegue del codo para toser o estornudar.
- NO arroje el pañuelo en la calle. Tirarlos en bolsa plástica y cerrarla. Luego arrojarlo en un tacho de basura en el domicilio
- Lavarse las manos frecuentemente, sobre todo después de toser o estornudar. Hacerlo con agua y jabón o con

alcohol en gel. Mantener las uñas cortas.

- Evite contactos con gente enferma
- Evite tocarse la nariz, ojos y boca porque el virus de la gripe puede ingresar por estas vías
- Evite besos, abrazos, dar la mano al saludar.
- Evite compartir mate, vasos y demás utensilios
- Si estuvo en contacto con alguna persona con sospecha de gripe permanezca en su domicilio, evite al máximo el contacto con otras personas y controle la aparición de síntomas durante 7 días.



Bibliografía

- Treanor, J.- Virus Influenza in Mandell, Douglas y Bennett, Enfermedades Infecciosas, Principios y Prácticas - 5° Ed, 2002:2221- 2252
- Stamboulian, D., Vazquez, H. Curso para Médicos - Gripe estacional y Gripe Aviar, 2007
- Couch, R.- Prevention and treatment of influenza - NEJM, 2000; vol 343 (24):1778- 1787
- Simposio Internacional "Gripe en niños y Adultos". Dónde Estamos y Hacia donde vamos?- Abril 2008
- Glezen, W.P- Prevention and Treatment of Seasonal influenza- NEJM, 2008; 359 (24): 2579- 2584
- Recomendaciones para el tratamiento de Influenza con Oseltamivir - Primera actualización de la Circular Normativa EPI 18 b. Ministerio de Salud Pública - Gobierno de la Provincia de Salta - Julio 2009
- Recomendaciones generales para abordar el manejo clínico de casos por infección por el virus de influenza a H1N - Organización Panamericana de la Salud - Oficina de la Sub-Directora Área de Sistemas y Servicios de Salud - Junio 2009
- Moscona, A., Neuraminidase Inhibitors For Influenza - N Engl J Med 2005;353:1363-73.
- Recomendaciones de la SHEA (Society for Healthcare Epidemiology of América) respecto de las medidas de control de infecciones frente a nuevo virus influenza H1 N1 sw.

MEDICINA DEL TRABAJO

Dr. Carlos Narciso Saha

La división del trabajo médico en especialidades nace de la creciente complejidad de las Ciencias Médicas, que mostraron que era imposible que un solo médico pudiera abarcar todos los conocimientos de la Medicina; esta realidad condujo al nacimiento de las especialidades médicas. En este sentido, algunas de estas se refieren a una sola enfermedad y sus variantes como es el caso de la REUMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA, etc.; otras, en cambio, se refieren, a enfermedades de los órganos o sistemas del cuerpo humano, como la NEUMONOLOGÍA, UROLOGÍA, DERMATOLOGÍA; otras, se focalizan en las enfermedades propias de cierta edad de la vida, como es el caso de la PEDIATRÍA Y LA GERONTOLOGÍA, y por último, hay especialidades que están más bien relacionadas con determinadas técnicas de apoyo diagnóstico o de tratamiento, como la RADIOLOGÍA, RADIOTERAPIA, etc. Es en este mismo contexto que aparece la MEDICINA DEL TRABAJO, como especialidad universalmente conocida.

La razón de ser de la Medicina del Trabajo se debe a la actividad laboral del hombre adulto, cuyo desarrollo le insume casi la tercera parte de su vida. En este sentido, todos

sabemos que esta actividad (el trabajo), en determinadas circunstancias, es causa de trastornos en la salud del hombre como ya lo reconocía Jenofonte, hace 430 años AC, quien manifestaba "que las artes, llamadas mecánicas, estropean el cuerpo de quienes la ejercen... obligándoles a estar sentados a la sombra y a algunos a pasar el día frente al fuego".

Algo muy importante de destacar -que ya Henry Sigerist había mencionado-, es que conviene trazar la historia de la humanidad no a través de la observación de sus fastos culturales, sino a través de la historia del Trabajo, dada su posición central y motorizadora en la creación y mantenimiento de las sociedades humanas. En efecto, el trabajo productivo es un rasgo diferenciador de nuestra especie y su desarrollo ha marcado y marca nuestras vidas, a escala personal y social.

La preocupación de la Medicina por la salud de los trabajadores ha sido objeto de atención o estudio de la Medicina del Trabajo.

El mismo Sigerist, recordaba que Galeno -el paradigma médico de la antigüedad- hacía mención a la penosa situación de los esclavos y penados que extraían el cobre de las minas de Cartagena, encadenados y

sofocados por el calor o los vapores.

La preocupación médica por la salud laboral se inició en las comarcas mineras centro-europeas, a comienzos del siglo XV, en publicaciones como almanaques mineros y otros manuscritos.

Sin embargo, hasta bien avanzado el siglo XIX o comienzos del XX, según los países, no se producirá la cristalización de una Medicina del Trabajo, como actividad profesional especializada.

Las primeras enfermedades derivadas del trato con metales (Morbi-Metallici) se describieron recién en los comienzos de la Edad Moderna.

La creciente actividad minera centro-europea durante la Edad Moderna permitió que se establecieran vínculos entre prácticas médicas y quirúrgicas con situaciones laborales.

Toda producción artesanal y manufacturera estaba asociada con daños a la salud, sin embargo, casi la única respuesta social a esta situación era la conducta caritativa de atención a los enfermos.

La aparición del TRATADO DE LAS ENFERMEDADES DE LOS ARTESANOS (De Morbis

Artificum Diatriva), cuya primera edición, en Módena, data del año 1700, fue escrita por Bernardino Ramazzini, a quien se considera clásicamente como el Padre de la Medicina del Trabajo, ya que inició la tradición científica de la Higiene y Medicina del Trabajo.

Su estudio resulta novedoso, ya que revisa 42 oficios distintos con los riesgos derivados de la práctica de cada uno de ellos, así como las medidas de prevención convenientes para aminorarlos. Para ello, el autor inspeccionó en persona la experiencia de los trabajadores en sus lugares de trabajo. En base a este estudio pudo distinguir aquellas enfermedades que son causadas por el empleo de determinados metales o materiales, de otras derivadas del proceso productivo.

El texto de Ramazzini no pasó desapercibido y su obra fue

traducida al inglés, alemán y francés entre 1777 y 1823. La primera traducción española que se imprimió en Argentina fue en 1945.

No queremos decir que el Trabajo produzca siempre enfermedades exclusivas. La mayoría de las afecciones pueden ser sufridas también, por otros trabajadores, en otros ambientes y en circunstancias diferentes.

Lo que se propone la MEDICINA DEL TRABAJO no es simplemente diagnosticar y tratar las enfermedades adquiridas en el ámbito laboral. En cierto modo, esto sería la manifestación de un fracaso, dado que lo que pretendemos en esta especialidad es evitarlas, es decir prevenirlas.

Como vemos, es una especialidad preventiva y lo que se propone es conservar la salud del trabajador sin distinción de jerarquías, entendiendo la SALUD no sólo como ausencia de enfermedad, sino como

el Bienestar Físico, Social y Mental del hombre; a lo que God Gurina agrega "y una manera de

vivir autónoma, solidaria y alegre".

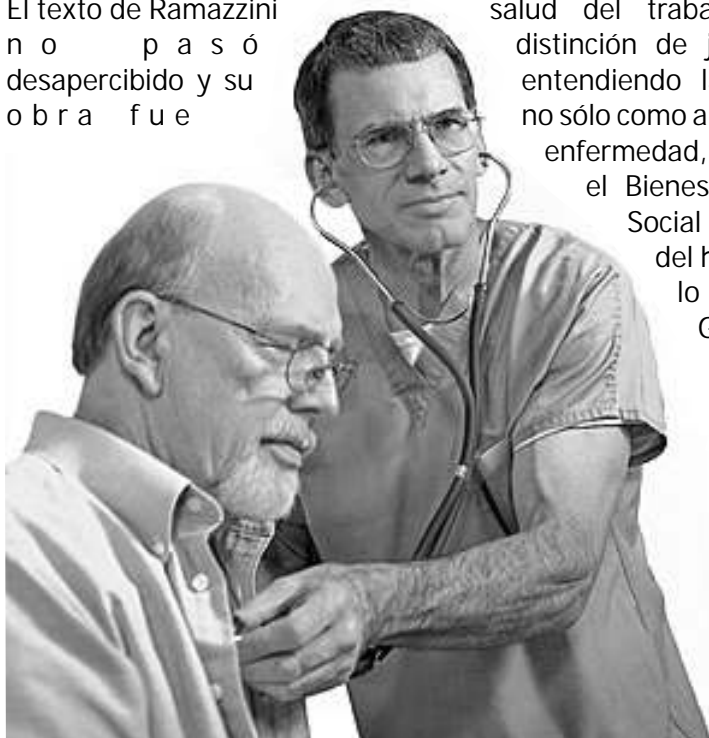
Es muy importante no confundir la MEDICINA DEL TRABAJO con la Toxicología, la Traumatología o la Psicología, ya que aquella las abarca a todas. Por ello el Médico del Trabajo debe tener conocimiento de todas ellas, motivo por el cual se las incluye en la Curricula de esta especialidad.

Como dijimos anteriormente, el fin primordial de la Medicina del Trabajo, es PREVENIR, es decir evitar que de la fábrica donde entra el hombre de sangre, de sensibilidad, de inteligencia y de alma, pueda salir un individuo disminuido y degradado.

Debemos prevenir para evitar que se rompa el equilibrio entre los ataques (siempre presentes) de los elementos nocivos del trabajo: físicos, químicos, biológicos, síquicos, y los sistemas de defensa del organismo humano.

Pero para prevenir debemos conocer los dos polos involucrados en esta especialidad: el hombre y su lugar de trabajo. El Médico conoce al hombre, pues lo estudia en su formación académica, pero lo que conoce poco es el lugar de trabajo y el trabajo en sí, no sólo en el aspecto formal, sino también en lo referente al medio ambiente, esa telaraña que rodea a quien lo desarrolla.

El Médico no conoce estos aspectos que son nuevos, ya



que su formación clásica está muy lejos de proporcionarle la información necesaria para lograr los fines que pretendemos en la Medicina del Trabajo.

Por otro lado, la Medicina del Trabajo está íntimamente ligada a la Ley, y por ello, el profesional especializado en esta área debe conocer la legislación vigente al respecto, para poder asesorar y hacer cumplir las obligaciones que emanan de ella, tratando de humanizar la actividad laboral y de poner a cada uno en el puesto de trabajo acorde con sus aptitudes, para evitar alteraciones en la salud o envejecimiento precoz.

En un principio pareció que bastaba la selección de los individuos para ubicarlos en lugares adecuados a sus posibilidades. Pero tal medida no aportó soluciones, ya que un problema técnico no se resuelve de manera satisfactoria si a la solución mecánica no se suma una corrección fisiológica. De allí surgen los Ingenieros Especializados que sumados a los médicos especializados en esta rama, efectúan la prevención, que es más importante que la reparación. Nuestra misión es hacer menos penoso el trabajo.

Para ello será necesario que el Médico del Trabajo aborde estas cuestiones específicas y pase muchas horas en los talleres para analizar cada puesto de trabajo, los movimientos a que obliga, las actitudes que genera, los

objetos que maneja, su peso, cuántas veces levanta el peso cada hora, las trepidaciones que se producen en el lugar de trabajo, la temperatura y el polvo que se respira.

El papel esencial del Médico del Trabajo es mejorar las condiciones y el medio ambiente laboral. Conociendo todos los rincones de la FABRICA Y CONOCIENDO LAS CONDICIONES PSICOFÍSICAS DEL TRABAJADOR, SABRÁ ADAPTAR EL HOMBRE AL TRABAJO EN BASE A LAS EXIGENCIAS DEL PUESTO DE TRABAJO.

El Médico del Trabajo evitará el cansancio inútil, las enfermedades profesionales en individuos predisuestos y prevendrá los accidentes de trabajo.

La primera finalidad que se proponía para diferenciar las enfermedades profesionales de las comunes, fue otorgar compensaciones a los trabajadores enfermos, ya sea para proporcionar los tratamientos adecuados o para otorgar jubilaciones por invalidez.

En la visión actual hay un cambio significativo y trascendente en el enfoque Médico - Legal de la Enfermedad Profesional. Hoy lo que se busca es preservar el derecho a la salud que cada uno tiene, incluyendo el derecho a la SALUD de los trabajadores. El bien protegido es, entonces, la SALUD.

En el concepto clásico el bien

protegido era la capacidad de ganancia, por ello las leyes eran esencialmente compensatorias. Sin embargo, con el tiempo, el reconocimiento de las enfermedades profesionales se convirtió en un indicador de que las condiciones de trabajo debían ser modificadas, precisamente para evitarlas. Es decir, además de generar derechos a compensaciones se convierten en herramientas de prevención.

Al convertirse en un indicador de las condiciones de trabajo nocivas que deben ser modificadas, se genera la necesidad de asociar la prevención con el diagnóstico precoz de las Enfermedades Profesionales para identificar los estados pre-clínicos de la afección o alguna alteración que lleva a ellas.

Así, el daño en la salud implica la existencia de modificaciones biológicas, fisiológicas o anatómicas que constituyen la fase previa a la enfermedad profesional y que pueden ser reversibles con tratamientos adecuados o con el cese de la exposición del trabajador a determinadas condiciones laborales adversas.

Muchas veces, estas alteraciones no son percibidas por quienes las sufren y deben ser buscadas por otros métodos diagnósticos orientados a su pesquisa.

El concepto moderno de ENFERMEDAD PROFESIONAL es integral porque incluye el daño a la salud, que sin

constituir una enfermedad establecida y percibida por quien la sufre, es condición suficiente para otorgar cobertura al bien protegido, que es la Salud del Trabajador, y no sólo la compensación a posteriori, cuando lo que se compensa es una pérdida de la capacidad física o capacidad de ganancia por una enfermedad constituida y en fase irreversible.

La introducción en la Legislación sobre Enfermedades Profesionales de la noción de "daño previo a la enfermedad", estimula la prevención, porque implica una acción que corresponde a la Empresa directamente y no sólo al organismo asegurador, que en la práctica actúa después de la declaración de la enfermedad.

Lo anteriormente indicado obliga a implementar programas de vigilancia a la salud, identificando los agentes y factores de riesgo, la población expuesta, la intensidad de la exposición y los indicadores utilizados en el diagnóstico precoz del daño.

En esta tarea deben concurrir diferentes disciplinas como la Medicina del Trabajo, La Higiene y Seguridad del Trabajo, la Ingeniería Industrial, la Psicología Laboral, la Siquiatría Laboral, la Patología Laboral, entre otras que posibilitarán la correcta prevención.

En nuestro país se dictó la Ley 9688 en el año 1915, nosotros decimos que era resarcitoria

porque no mencionaba para nada la prevención.

Recién en el año 1973 se dicta la Ley de Higiene y Seguridad 19587 que habla de prevención. Esta Ley es muy buena, pero no se cumple en su totalidad.

Posteriormente, se dicta la Ley 24028, y hoy está vigente, desde el año 1996, la Ley de Riesgos de Trabajo 24557, que nosotros decimos que es mixta, pues habla de resarcimiento, pero también de la Prevención, la Rehabilitación y Reubicación del obrero accidentado o que sufre alguna enfermedad.

Estimados colegas, como ven la Medicina del Trabajo, exige al especialista contar con los conocimientos básicos de cada disciplina de la medicina, de los convenios colectivos de trabajo y de las leyes que rigen las normas para que se haga justicia en la relación patrón-empleado.

Cuesta mucho ser justo, pero actuando con criterio y honestidad, el médico del trabajo puede y debe cumplir con su rol de tener que Auditar, Fiscalizar, y justificar otorgando una "Licencia Médica Laboral" suficiente para que el empleado recupere su capacidad laboral y pueda volver a su trabajo habitual.

Muchas veces minimizamos el valor de indicar en un certificado médico la responsabilidad de plasmar un diagnóstico y prescribir días de reposo laboral en forma deliberada y generosa.

El "Certificado Médico" es una declaración jurada que se encuentra encuadrado dentro de la responsabilidad médicas. El diagnóstico expresado jerarquiza la capacidad de quien lo emite y los días otorgados, da fe que conoce la evolución natural de la enfermedad y pone en tela de juicio el éxito de su conducta terapéutica.

Como ven, cada acto médico, es juzgado. Con ellos debemos recuperar la jerarquización de nuestra profesión, que sigue manipulada por un sistema de salud perverso y por pequeños grupos interesados en su pecunio sectorial que abusa de nuestra vocación de servicio y generosidad con la sociedad.

Llevo 32 años ejerciendo mi profesión de médico cirujano y casi 20 años la de médico laboral, ello me permitió compartir luchas gremiales y científicas para que nos provean de los elementos necesarios para demostrar que en Salta hay médicos capacitados para realizar prácticas terapéuticas de avanzada. Creo que debemos estar orgullosos de lo que somos y muestra de ello es el reconocimiento de las distintas Sociedades Científicas que nos eligen como sede de Congresos y Jornadas Nacionales e Internacionales.

Por todo ello hoy podemos expresar que:

"LA MEDICINA ES UN ARTE DELICADO, UN DIGNO OFICIO Y UNA NOBLE PROFESIÓN".

HISTORIA DE LA MEDICINA

LA INVENCION DEL ESTETOSCOPIO

de Alberto Gamarra Gonzalo

Una de las herramientas siempre presentes en el amplio instrumental médico es el estetoscopio, ya que es esencial a la hora de detectar fallos cardiacos, neumonía, asma u otras enfermedades pulmonares. El estetoscopio (del griego *stethos*, observar) nos permite registrar gran cantidad de sonidos del organismo.

Su invención data del año 1816 cuando el médico francés René Laënnec, quien paradójicamente murió de tuberculosis siendo un reconocido experto sobre esta enfermedad, tuvo que pasar consulta a una rolliza mujer afectada de una enfermedad cardíaca. La situación se volvió un tanto violenta cuando Laënnec se dio cuenta de que tendría que poner su oído en el pecho de aquella mujer de oronda figura. Para

solucionarlo el ingenioso médico enrolló un periódico y lo colocó directamente sobre el busto de la paciente. Y de esta manera tan caballerosa pudo escuchar los latidos del corazón con mayor nitidez que si hubiese apoyado su oído. La invención del estetoscopio constituyó una auténtica

revolución en los círculos médicos de la época, siendo el primer eslabón que constituiría el llamado diagnóstico moderno, basado en interpretar las respuestas de los pacientes en función de lo hallado con el instrumental del galeno.



Laënnec auscultando a un niño con su estetoscopio

SABÍA UD. QUE ...?

- La gripe o influenza es una clásica enfermedad vírica de todos conocida. Pero el nombre de influenza no se lo puso un médico sino el Papa Benedicto XIV (1675-1758) al considerar que la gripe era causada por la "influencia" de los astros.
- Ciertas tribus de la India y de Sudamérica suturaban las heridas de una forma muy ingeniosa. Juntaban los bordes de la herida y aplicaban una hormiga o escarabajo para que los mordiera; cuando el insecto lo hacía le retorcían el cuello rápidamente, quedando las mandíbulas rígidas al morir y actuando como fantásticos puntos de sutura.

PERIODO 1972-1974

REGÍAN ENTONCES EL COLEGIO MÉDICO...

CONSEJO DE DISTRITOS

PRESIDENTE
SECRETARIO

Dr. Lucio Angel
Dr. Slaiman León Salomón

MESA DIRECTIVA

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

Dr. Víctor Abrebanel
Dr. Juan Carlos García
Dr. Renato Juan M. Fazio
Dr. Oscar Armando Falcone
Dr. Héctor Ramón Caruso
Dr. Enrique Figueroa
Dr. Oscar Jorge Farjat
Dr. José Antonio Muro

TRIBUNAL DE ETICA Y EJERCICIO PROFESIONAL

Miembro Titular
Miembro Titular
Miembro Titular
Miembro Suplente
Miembro Suplente

Dr. Humberto José Diez Barrantes
Dr. Enrique Domingo D'uva
Dr. Felipe Tilca
Dr. Elías Yazle
Dr. Ramón Simón Sacca

TRIBUNAL DE APELACIONES

Miembro Titular
Miembro Titular
Miembro Titular
Miembro Suplente
Miembro Suplente

Dr. Jorge Carlos Arguello Vélez
Dr. Jorge Juan Barrantes
Dr. Arturo Oñativia
Dr. José Antonio Cornejo Figueroa
Dr. Gustavo Adolfo Ranea

REVISORES DE CUENTAS

Miembro Titular
Miembro Titular

Dr. Jesús Rafael Mañas
Dr. Carlos Villada

EL ABC DE: ARTERITIS DE LA TEMPORAL

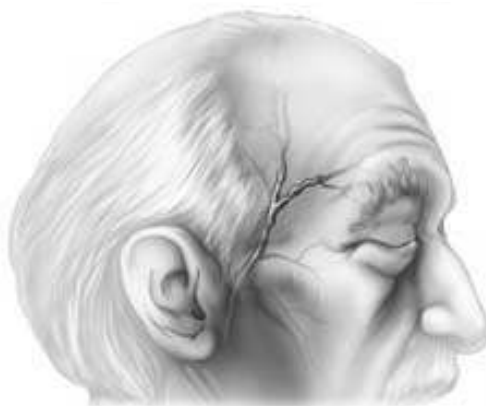
Aunque la primera descripción la hizo Jonathan Hutchinson en 1889, fue posteriormente Bayard Taylor Horton, en 1932, quien caracterizó la enfermedad, de allí Arteritis de la Temporal o Arteritis de Horton.

Se trata de una vasculitis primaria, de grandes y medianos vasos, con afectación segmentaria de las arterias en su trayecto e infiltración característica de células gigantes (panarteritis necrotizante con granulomas y células gigantes). Afecta generalmente distintas ramas de la arteria aorta pero, en especial, la ARTERIA TEMPORAL.

Aparece generalmente en mujeres mayores de 50 años, aunque también puede afectar varones y personas jóvenes (excepcional-mente).

La causa exacta de esta enfermedad no se conoce, aunque se piensa que es de origen autoinmune (reacciones agresivas del organismo frente a sus propios componentes, que se comportan como antígenos).

Los síntomas más frecuentes (producto de un proceso inflamatorio sistémico y de isquemia de un determinado territorio por la obstrucción



parcial o total de una arteria por la arteritis) son: fiebre (presentación como síndrome febril prolongado), sensación de malestar general, dolor al masticar (claudicación de los maseteros), dolores de músculos de cintura escapular, del cuello y de cintura pelviana (polimialgia reumática), sensibilidad del cuero cabelludo, sensibilidad al tocarlo, visión borrosa o reducida. Raramente presentación como accidente cerebro vascular en el territorio de carótidas.

En el examen físico, fiebre de 38° o más, arteria temporal fácilmente palpable, uni o bilateral, sensible, gruesa, con nódulos en algunos casos, con pulso débil o ausente como signo de obstrucción por la vasculitis. En ocasiones, úlceras en el trayecto de la arteria temporal.

En los estudios complementarios, anemia normocítica de procesos crónicos, eritrosedimentación con valores mayores a 100 mm en la primera hora (excepcionalmente eritro poco elevada), proteína C reactiva francamente positiva, elevación (a veces importante) de GOT, GPT y FAL. La ecografía de la arteria temporal aporta datos positivos, mostrando la inflamación de la arteria, a veces en forma segmentaria. El diagnóstico definitivo lo realiza la biopsia de la arteria. Debe realizarse la biopsia en una longitud de 3 a 4 cm de arteria temporal si la arteria semiológicamente impresiona normal, dado que la lesión vasculítica afecta la arteria en forma parcheada; si visiblemente la arteria es anormal se dirige la biopsia a esa zona. La biopsia puede

evidenciar lesiones de vasculitis aun 2 a 3 semanas luego de iniciado el tratamiento con corticoides.

Las complicaciones más temibles, generalmente producto de un diagnóstico tardío, son la ceguera, por afectación de la arteria oftálmica y accidente cerebro

vascular, por afectación de ramas de las arterias carótidas. Puede también presentarse aneurisma de la aorta.

El tratamiento de elección: corticoides. En la literatura recomiendan dosis de 40 a 60 mg /día; en nuestra experiencia, no es necesario dosis superiores a 20 mg /día

de meprednisona (salvo compromiso ocular) que debe ser reducida en forma muy paulatina (2 a 4 mgs mensuales) manteniendo dosis que parecen ínfimas pero son suficientes, de 2 a 4 mgr diarios, por un tiempo de 24 meses. Rara vez es necesario el empleo de inmunosupresores.

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

PROGRAMA DE EDUCACION MEDICA 2009

SEPTIEMBRE	JORNADAS DE INFECTOLOGÍA 11 y 12 de Setiembre CMS - Urquiza 153	1º CURSO ANUAL EN CLÍNICA QUIRÚRGICA Y CIRUGÍA GENERAL: CIRUGÍA ENDOCRINA 11 y 12 de Setiembre	JORNADAS DE UROLOGÍA 18 y 19 de Setiembre CMS - Urquiza 153	5º CURSO ANUAL UNIV. EN MEDICINA INTERNA: NEFROLOGÍA 25 y 26 de Setiembre CMS - Urquiza 153
-------------------	---	---	---	---

OCTUBRE	JORNADAS DE REUMATOLOGÍA 2 y 3 de Octubre Colegio Médico -	1º CURSO ANUAL EN CLÍNICA QUIRURG. Y CIRUGÍA GRAL.: COLOPROCTOLOGÍA 9 y 10 de Octubre	JORNADAS DE PSIQUIATRÍA 9 y 10 de Octubre CMS - Urquiza 153	JORNADAS DE DERMATOLOGÍA 16 y 17 de Octubre CMS - Urquiza 153	JORNADAS DE INFORMÁTICA MÉDICA 23 y 24 de Octubre CMS - Urquiza 153	5º CURSO ANUAL UNIV. EN MEDICINA INTERNA: ENDOCRINOLOGÍA 30 y 31 de Octubre
----------------	--	--	---	---	---	--

NOVIEMBRE	JORNADAS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA 6 y 7 de Noviembre CMS - Urquiza 153	4º CURSO ANUAL DE CLÍNICA PEDIÁTRICA: PEDIATRÍA SOCIAL 12 y 13 de Noviembre CMS - Urquiza 153	1º CURSO ANUAL EN CLÍNICA QUIRURG. Y CIRUGÍA GRAL.: PATOLOGÍA QUIRÚRGICA DE LA PARED ABDOMINAL 13 y 14 de Noviembre	5º CURSO ANUAL UNIV. EN MEDICINA INTERNA: NEUROLOGÍA 27 y 28 de Noviembre CMS - Urquiza 153
------------------	---	---	--	---

BIOGRAFIAS

DR. ARNE HOYGAARD

Nació en Lillesand (Noruega), el 15 de enero de 1906, hijo de Aagodt Jacobsen y Berna Hoygaard, médico zonal.

Cursó, en la ciudad de Oslo, sus estudios, y al recibirse de bachiller ingresó a la marina mercante.

En 1931 se recibió con calificaciones sobresalientes de médico, en la Universidad de Oslo, emprendiendo de inmediato un viaje a Umanak en Groenlandia Occidental, con su amigo Martín Hehren. Una vez allí, con dos trineos y dieciséis perros, realizaron la travesía de 1.000 kms en 39 días, cruzando el ventisquero hasta el fiord Francisco José.

De regreso a su patria, se desempeñó como médico en el Hospital de Haukeland (Bergen), hasta 1936 que ingresa como investigador en el Instituto de Fisiología de la Universidad de Oslo, trasladándose por un año a Groenlandia Oriental a fin de realizar un estudio de nutrición y fisiopatología de los esquimales de Angmagssalik. Los resultados de esta investigación se plasman en su tesis doctoral "Nutrition an Physiopathology of Eskimos", presentada en 1941, una monografía ya clásica sobre la fisiología de los hombres de las regiones heladas. Reintegrado al servicio hospitalario practicó, al margen de

fisiología, cirugía, clínica, epidemiología, higiene y pediatría, rama, esta última, en que se especializa y que le vale la designación en 1943 como profesor adjunto en el Hospital de Niños de la Universidad de Oslo, carrera académica que se vio interrumpida, como consecuencia de la guerra.

Desde esa fecha practica medicina privada en pediatría en Oslo, hasta que recibe una invitación, del entonces ministro de Salud Pública de Salta, Dr. Dantón Cermesoni, para desempeñarse como médico regional en Cachi, propuesta que acepta llegando a la Argentina, junto con cuatro amigos, en un velero de 15 metros de eslora.

En abril de 1949, comienza su tarea en Cachi, atendiendo desde La Poma hasta Angastaco, luego en 1960 revalida su título de médico en la Universidad de Cuyo, siendo designado posteriormente Director de Medicina del Interior de Salta, donde durante 10 años, trabajó como médico asistente, en el Hospital del Milagro, siendo reconocido como pediatra en 1963 por el Colegio de Médicos de Salta.

Fue becado en el Instituto de la Nutrición por tres meses, por la Secretaría de Asuntos Técnicos de la Presidencia de la Nación, para luego organizar una

expedición de trineos al Polo Sur, bajo bandera argentina, viaje que fracasó debido a la destitución del Presidente Perón.

En 1950, el año del Libertador, conjuntamente con el teniente Miguel Angel Di Pasquo y el R. P. Franciscano, don Oliverio Pelichelli, ascalan por primera vez el nevado de Cachi, llegando a su cumbre de 6.720 mts. de altura que denominan "El Libertador" en homenaje al General San Martín.

Durante años investigó la nutrición y sus deficiencias en los valles y el altiplano, participando en varios congresos nacionales e internacionales, como asistente y relator, en esa especialidad, en nutrición, pediatría y montañismo.

Recibió numerosas manifestaciones de afecto y agradecimiento por su labor médica y mérito deportivo, por parte del Gobierno de Salta, El Círculo Médico de Salta, la población de Cachi, y fue socio "Honor al Mérito" del club andinista "Amigos de la Montaña" como consecuencia del escalamiento de "El Libertador".

Tiene numerosas obras publicadas, tanto de su labor científica como deportiva, entre las que se destacan "Ajungilak o a través de

Groenlandia", 1931; "Inenfordivisen", 1937 (este libro cuenta con una segunda edición publicada en la Imprenta de la Legislatura de Salta en el año 1971, su título en castellano es: "Detrás del cinturón de témpanos"); "Nutrition and Physiopathology of Eskimos", 1941; "La Nutrición y Disgnacias en escolares andinos", "Alimentación y Salud de los Pastores de la Puna de Atacama", 1971.

En Noruega fue durante años Asesor de Investigaciones árticas del "NSIU", de la Organización de Productos Lácteos de la Organización Materno Infantil y es socio vitalicio de la real Academia de Geografía.

Se jubiló en 1970, pero continuó con su labor, dedicándose a la literatura y a la atención médica de sus amigos vallistas. Enamorado de Cachi, lo denominó "el mejor lugar del mundo", donde se destacó como un excelente

campesino, galardón máximo del hombre natural que fue Arne Hoygaard, verdadero vikingo.

El Dr. Hoygaard falleció el 15 de Diciembre de 1981, a los 76 años.

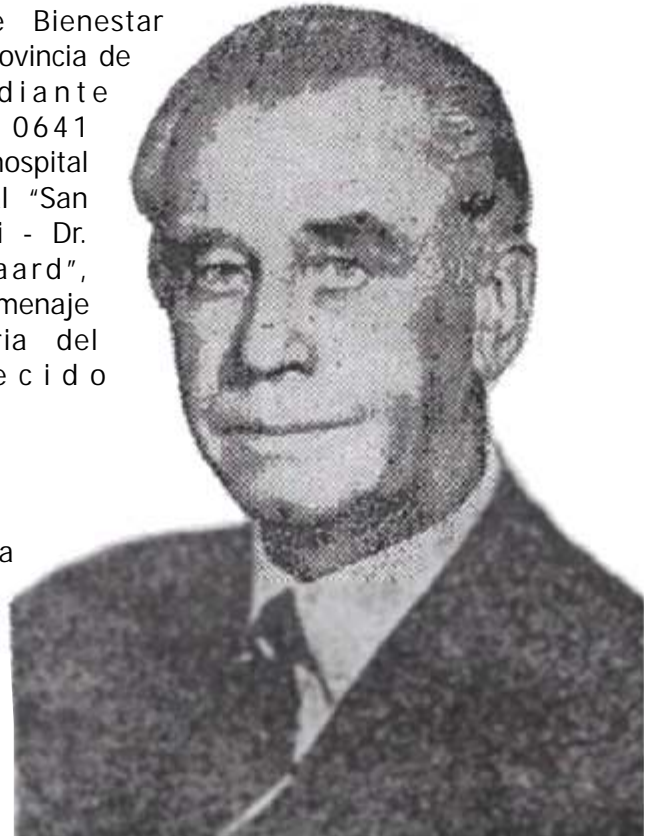
El 26 de Abril de 1982, el Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Salta, mediante Resolución 0641 denominó al hospital zonal: Hospital "San José de Cachi - Dr. Arne Hoygaard", como justo homenaje a la memoria del desaparecido profesional.

Epitafio:

Esta fue la segunda Patria del eminente médico Noruego, que amando la

naturaleza se llevó el canto del Aire Cacheño.

Fuente: Cartilla "La Medicina en Salta" - Tomo II (2009) - Círculo Médico de Salta.



HISTORIAS CURIOSAS

- En la Historia Médica han existido las llamadas "enfermedades misteriosas". Una de ellas fue una epidemia declarada en Inglaterra durante el año 1496 y que se conoce en la historia médica como "El Sudor Inglés", que aunque se inició en Inglaterra, se extendió rápidamente por todo el norte de Europa.
- Los afectados eran hombres jóvenes, siendo inmunes los niños y los ancianos; aparecían de forma repentina escalofríos nocturnos y accesos febriles, que se acompañaban de dolores de cabeza, palpitaciones, náuseas y ahogos, siendo lo más característico una grandiosa sudoración seguida de una erupción cutánea acompañada de manchas o llagas; en los casos leves los síntomas remitían a las 24 horas, mientras que en los graves se complicaban con delirios, parálisis y somnolencia; en dos semanas el brote desaparecía de la zona afectada. El último brote de esta misteriosa enfermedad se produjo el año 1551, hasta hoy...

TRIBUNALES - COMITES - COMISIONES

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

TRIBUNAL DE ESPECIALIDADES	Dr. Alberto Aleman Dr. Juan José Albornoz Dr. Ricardo Daniel Jarma Dr. Francisco Zenon Aguilar Dr. Guillermo A. Manías	Lunes 21:00 hs.
----------------------------	--	--------------------

COMITE DE BIOETICA	Dr. Oscar Cornejo Torino Dr. Humberto Alias D'Abate Dra. Marta Marión Dr. Pablo Figueroa Dr. José Tomás Museli Lic. Hermosinda Eguez Lic. Elena José Dr. Raúl Mendez Dr. Luis Daniel Kohan	1° y 3° Jueves 21:00 hs.
--------------------	--	-----------------------------

COMISION EDUCACION MEDICA	Dr. Mario Del Barco Dr. Gustavo Patrón Costas Dr. Carlos Frau Dr. Alejandro Tapia Dr. Maximiliano Gómez Dr. José Arturo Arduz Dra. Susana Llanos	Miércoles 12:00 hs.
---------------------------	--	------------------------

COMISION JOVENES MEDICOS	Dr. José Horacio Causarano Dra. Alejandra C. Licudis Dra. Juana Soledad Solís Dr. Marcelo Andreani Dr. Daniel Alberto Sánchez	1° y 3° Lunes 21:00 hs.
--------------------------	---	----------------------------

COMITE CIENTIFICO ASESOR	Dr. Carlos Cuneo Dr. Jorge E. Llaya Dr. Miguel A. Basombrio	
--------------------------	---	--

COMISION DE POLITICAS DE SALUD	Dr. Jorge Alberto Coronel Dr. Hugo Sarmiento Villa Dr. Gustavo Enrique Salazar Dr. Federico Saravia Toledo Dr. Martín Adolfo Baldi	
--------------------------------	--	--

COMISION DE INSPECCION SERVICIOS ASISTENCIALES	Dr. Rodolfo Valdéz Saravia Dr. Ramiro Pablo Choke Dra. Stella Maris Galdeano	
--	--	--

COMISION DE POSTGRADO	Dr. Ramón Jorge Fiqueni Dr. Alberto Robredo	Martes 21:00 hs.
-----------------------	--	---------------------

COMISION MEDICOS VOLUNTARIOS	Dr. Ricardo Lara Dr. Fernando Basso Dra. Elsa Aguaisol de Cáceres Dr. Enrique Abdenur	
------------------------------	--	--

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 1° y 2° hoja del DNI (Fotocopia del cambio de domicilio actualizado). Proveer de (3) fotografías de 3 cm. x 3 cm. (Saco y Corbata). Estampillado Fiscal (Rentas: España N° 625) Valor: \$25,00.- Certificado Ético - Profesional y de Libre Deuda (Otorgado por el último lugar en donde estuvo colegiado) o Cancelación de Matrícula. Certificado de Antecedentes Personales de la Policía de Salta. ARANCEL: \$ 200,00.-

CANCELACIÓN DE MATRÍCULA: Nota solicitud y entrega de credencial profesional. No registrar saldo deudor.

CERTIFICACIÓN DE ÉTICA PROFESIONAL Y LIBRE DEUDA: No registrar inhabilitación profesional y/o judicial ni deuda bajo ningún concepto.

CUOTA DE COLEGIADO: \$ 40,00.-

DUPLICADO DE CREDENCIAL: Denuncia Policial. (1) Foto Carnet 3 cm. x 3 cm. Arancel: \$ 40,00.-

HABILITACIÓN DE LOCAL PROFESIONAL: Presentar Declaración Jurada. El formulario puede ser retirado de nuestra sede o desde www.colmedsa.com.ar y deberá contar con el aval de (1) profesional colegiado.

AUTORIZACIÓN DE PUBLICIDAD Y ANUNCIOS MÉDICOS: Retirar Formulario en nuestra sede o desde www.colmedsa.com.ar en el cual deberá transcribir el texto a publicar. Recordamos que toda publicidad debe contar con la autorización previa de la Mesa Directiva, de acuerdo a lo establecido por el Art. 10 del Reglamento de Publicidad y Anuncios Médicos.

CERTIFICADO DE ESPECIALISTA: Acreditar (5) cinco años de ejercicio ininterrumpido en la Especialidad. Presentar currículum vitae en original y copia (foliado y rubricado). Arancel \$ 300,00. - Para el caso de las especialidades quirúrgicas, se deberá acompañar detalle de las prácticas realizadas durante el último año, éstas deberán estar avaladas por el Gerente General, Jefe del Servicio, Jefe del Programa de Recursos Humanos del Hospital donde se desempeña. En caso de las actividades quirúrgicas privadas, el listado deberá estar avalado por el Director del establecimiento y la Asociación de Clínicas y Sanatorios de Salta. **INSCRIPCIONES:** Turno Febrero: hasta el 28/02 del año en curso. Turno Julio: hasta el 31/07 del año en curso.

SALÓN DE CONFERENCIA: Capacidad: 60 personas. Totalmente equipado. Para su utilización se debe presentar nota dirigida a la Mesa Directiva del Colegio de Médicos de Salta con una antelación de 30 días a la fecha del evento.

INTERNET: Horario de consulta de 08:00 a 14:00 hs.



Foto de Tapa

Catedral Basílica
de Salta

Fotógrafo:
Victor Martínez

COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE SALTA
HONORARIO MÍNIMO ÉTICO PROFESIONAL

CONSULTA A CONSULTORIO:
\$ 40,00 (PESOS, CUARENTA)

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

RESOLUCIÓN Nº 065/09 MESA DIRECTIVA 02/09/09



VINCULOS

La revista del Colegio de Médicos de Salta