



El Antígeno



PUBLICACION OFICIAL DEL COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES - DISTRITO V

Alsina 1250 - (6700) Luján - Año I - Nº 5 - Julio de 2009

Editorial

Con permiso, voy a dentrar, aunque no soy convidaod...¿Cómo dice que le va? Sí, a mí también, lo que pasa es que todo pasa al mismo tiempo: crisis internacional, dengue, RAI, elecciones, fiebre porcina, otra crisis más local, otra crisis en Honduras....

Uno no sabe para qué lado mirar primero. ¡Qué le vamos a hacer! Para eso estamos en este mundo... Pero tampoco es cosa de dejarse caer, por el contrario, somos adictos a involucrarnos, participar, discutir, no entender nada y volver a involucrarnos. Preferiríamos un brote de sentirse vivos, una epidemia de honestidad, una epidemia de prosperidad, e incluso una buena pandemia de alimentación en el mundo que mostrara que lo más importante de las personas es ser personas y sólo por eso, dignas de ser.

En este número encontrará usted lo mejor reflejado que pudimos el caos que nos rodea y, médicos al fin, nos damos una panzada de datos técnicos de las últimas dos perlas fulgurantes de nuestra corona: el dengue y la influenza A H1N1. Para la porcina salimos justito, para el dengue salimos un poco tarde para el brote de este año y un poco temprano para el de la próxima temporada primavera-verano 2010, pero usted anote y recuerde, que le va a venir bien.

Por otra parte, y con respecto a la fiebre de los barbijos, por suerte no todos ven lo mismo cuando miran las otras cosas, así que por ahí encontrará una nota de un colega sobre las pintorescas agresiones en Mendoza a un ómnibus de pacíficos viandantes.

La Sociedad Argentina de Pediatría también tiene algo que decir sobre el trato que le damos a nuestros niños y a los ajenos. Para el Colegio fue de suma importancia la realización de la RAI, en alguna página le explicamos de qué la va, y qué resultó de todo el asunto. Hay algunas de las habituales colaboraciones de bioética, gracias varias, un cuentazo de un colega consejero de General Rodríguez (escritor de fuste él), opiniones, discusiones, una nota de Marco Denevi exhumada para esta festiva ocasión, consejos varios, informaciones necesarias y otras innecesarias, tan pero tan mezclado que a usted le parecerá estar viendo su propia vida.

Un abrazo, colega, será hasta la próxima.

H1 N1, HUNDIDOS

La Influenza A H1 N1 parece haber llegado para no abandonarnos

Al calor de nuestra prensa vernácula, sumergida en el obscuro arte de contar muertos, luchando a brazo partido para dar las primicias que otros no les podrán robar; machacando sobre la gripe que se identifica con letras y números de batalla naval, brindando cada diez minutos consejos sanitarios de expertos exclusivos que muchas veces contradicen lo afirmado y recomendado por los expertos exclusivos de otro canal; los médicos vemos pasar con tristeza una oportunidad más de hacer las cosas correctas.

Con autoridades desbordadas por hechos biológicos que no atinan a entender, con opositores que aprovechan para el escarnio los desconocimientos científicos como si fueran decisiones de las autoridades, con los unos y los otros culpables de haber errado sistemáticamente el camino de la razonabilidad cuando les tocó ejercer el poder, los médicos vemos pasar con tristeza otra oportunidad más de tomar el toro por las astas. Con una población asustada, angustiada, desinformada por exceso de información, que usa y desusa barbijos con horas de diferencia según el último dato de la prensa, con personas que llegan a la agresión física de otros seres humanos porque interpretan que se pone en juego su propia supervivencia, los médicos vemos pasar con tristeza una nueva oportunidad de corregir el rumbo tantas veces extraviado.

Con colegas en muchos casos más desorientados que la prensa, las autoridades y la población, concurrendo a reuniones incumpliendo las recomendaciones que acaban de dar, con una epidemia que no se percibe como epidemia, con números que no los convencen de las gravedades que se declaman, con un sistema agotado ante la primer exigencia, con historias de falta de camas, de respiradores y recursos, los médicos vemos pasar con tristeza esta oportunidad para ponernos al frente de la sociedad y exigir las soluciones que hace tanto tiempo reclamamos.

Es que todo este panorama no ha permitido que ni siquiera nuestras propias organizaciones pudieran poner sobre el tapete las verdades que grita esta crisis. Hace mucho tiempo que venimos denunciando que que esto iba a suceder, tantas veces no nos han creí-



do, tantas nos han ignorado que ahora las camas no alcanzan, los respiradores no están, los insumos no se encuentran, los médicos con experiencia no están en muchos hospitales, los pediatras necesarios no han sido nombrados, la Salud Pública está hundida y no puede dar respuesta...

Sin embargo, una vez más tenemos un sin embargo. Toda crisis es una oportunidad, quizás sea hora de no dejarla pasar; sabiendo que el dengue y la influenza han llegado para quedarse, quizá se pueda empezar de una vez por todas a planificar, dirigiendo la estrategia de salud con funcionarios en el Ministerio y en la Secretaría que amen más los libros que la televisión, quizás se pueda comenzar a dotar a los Hospitales de los planteles que aún hoy se siguen reclamando en interminables reuniones y memorándum; quizás se pueda iniciar un plan racional de distribución de insumos y suministros a los Hospitales que garantice su stock, quizás se puedan retomar los planes nacionales de lucha contra los flagelos de la tuberculosis y el Chagas, endemias malditas mil veces más perjudiciales para la sociedad, e iniciar planes científicos de combate contra las nuevas endemias, quizás se pueda vertebrar una política de Estado en salud que sea consensuada y avalada por todos los sectores políticos, quizás los Municipios y la Provincia puedan empezar a respetar y respaldar la Carrera Médica como instrumento idóneo para garantizar la excelencia profesional.

Quizás. Sólo quizás así podamos estar preparados para la próxima batalla y salir airosos. En ésta, por ahora, estamos hundidos.

Dr. Horacio García del Corro
Consejero por San Miguel

CURSO DE ACTUALIZACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO EN DIABETOLOGÍA

DIRECTORA:

Dra. Ana Kulczycki

COORDINADORA: Lic. Juana González

INICIO: 18 de Abril de 2009

DÍAS: 3º sábado de cada mes en la Sede Distrito V Alsina 1250 - Luján

HORARIO: 10 A 18 Hs.

DURACIÓN: de abril a diciembre de 2009

CARGA HORARIA: 470 Hs.

ARANCEL: \$ 200 mensuales

EVALUACION: Parcial y final

MODALIDAD: Teórico práctico

Pasantías por instituciones desde el 1º al 15 de diciembre
Se efectuarán jornadas obligatorias un sábado cada dos meses.

CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN INFECTOLOGÍA PARA LA PRÁCTICA DIARIA

DIRECTOR ACADÉMICO:

Prof. Dr. Olindo Adrian Martino

COORDINADORES: Dr. Javier Eduardo Desse
Dr. Favio Crudo

INICIO: Mayo de 2009

DURACIÓN: 7 meses

CARGA HORARIA: 144 Hs.

DÍAS: 2 sábados por mes de 8 a 12 Hs. en la Sede del Distrito V Alsina 1250-Luján

ARANCEL: \$ 100 mensuales

REQUISITO: Título de Médico

EVALUACIÓN: Final

ASPECTOS GENERALES: Encuentros presenciales y trabajos a distancia a través de correo electrónico.

AUTORIDADES

Mesa Ejecutiva

| | | |
|---------------------|-----------------------|-----------------|
| PRESIDENTE | Dr. Carlos A. Urbizú | Gral. Rodríguez |
| SECRETARIO GENERAL | Dr. Juan C. Elizalde | Mercedes |
| TESORERO | Dr. Julio Dunogent | Luján |
| VICEPRESIDENTE | Dr. Ernesto Meiraldi | Campana |
| PRO-SECRETARIO | Dra. Rosana Boni | Moreno |
| PRO- TESORERO | Dra. Alicia Malka | Chivilcoy |
| SECRETARIO DE ACTAS | Dr. Javier L. Huviedo | Pilar |

Influenza H₁N₁ (Gripe porcina)

Los virus de influenza porcina han sido clasificadas en Influenza virus C ó alguno de los subtipos del género Influenza virus A (siendo los más conocidos conocidos H1N1, H1N2, H3N1 y H3N2).

Los cerdos pueden ser infectados con más de un tipo de virus al mismo tiempo (influenza aviar, humana, como también virus de la influenza porcina), ocasionando que los genes de estos virus se mezclen, dando como resultado un virus de influenza que contiene genes de varias fuentes, fenómeno que se conoce como un virus «reasociado».

Los virus de influenza porcina normalmente son específicos de esa especie y solamente infectan cerdos, en algunas ocasiones logran pasar la barrera entre especies y causar enfermedad en humanos.

Este virus es el responsable del actual brote en México y EE.UU., que ha sufrido una mutación a un estado que le permite ser contagiado de persona a persona. Las vías de transmisión son:

- a **Transmisión por Contacto:** Compartir objetos cotidianos
- b **Transmisión por gotitas (microgotas):**
 - Las gotitas (microgotas), NO quedan suspendidas y alcanzan sólo distancias cortas (1 metro).
- c. **Transmisión por aire (aerosol):**
 - Viajan una gran distancia (Ej. > 1metro)

Definición de caso sospechoso de gripe porcina:

“Persona que presenta aparición súbita de fiebre mayor o igual a 38 °C, acompañada de uno o más de los siguientes signos o síntomas: tos, dolor de garganta, congestión nasal, dolor de cabeza y dolores musculares; y con nexo epidemiológico con país afectado con transmisión interhumana o en contacto con persona que haya viajado a esos países, en los últimos 7 días.

Recomendaciones ante la presencia de un caso sospechoso de gripe porcina:

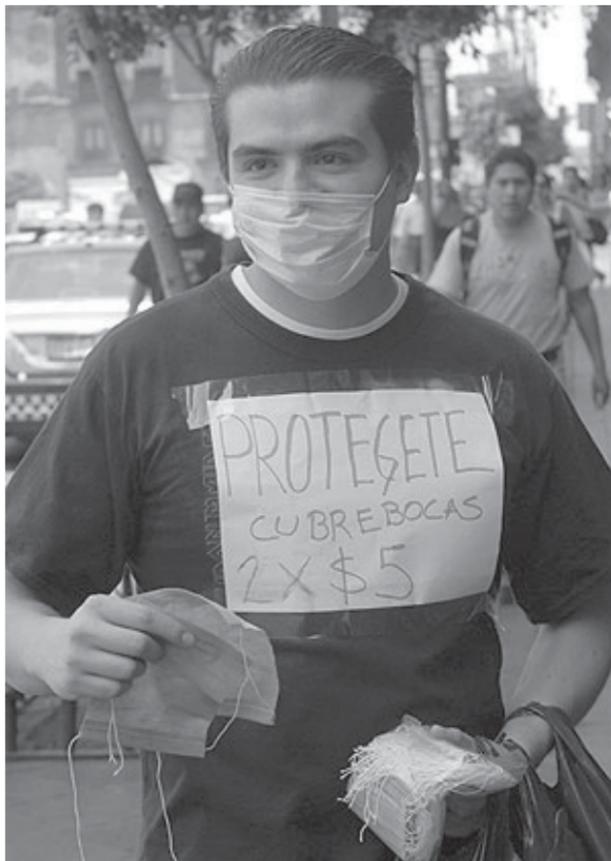
- ✓ Notificación inmediata
- ✓ Abordaje del caso

Las Medidas de barrera son:

- a. Personal involucrado en orientación: debe usar barbijo N95 o doble barbijo común, durante el turno de trabajo, recambiar si está húmedo.
- b. Frente al caso: todo el personal involucrado directamente con caso sospechoso usará el Equipo de Protección Personal (EPP) compuesto por
 - I. Guantes no estériles
 - II. Bata (camisolín)
 - III. Barbijo N95 o doble barbijo común
 - IV. Protección Ocular (antiparras)
- c. Lavado de manos con agua y jabón líquido. También se puede usar solución para manos a base de alcohol etílico 70%.

En cuanto a la atención de pacientes:

Es prioridad establecer: Circuito de entrada al establecimiento.



Armar un Consultorio especial para atención de pacientes con presunta gripe A H1N1 (“Consultorio de Influenza A”) en el Servicio de Guardia y Consultorios Externos.

Para el manejo del caso sospechoso hacer evaluación clínica:

Todo paciente será evaluado clínicamente según pautas habituales. Constituyen síntomas de enfermedad severa:

- > Taquipnea, disnea, apneas, cianosis
- > Neumonitis/neumonía
- > Deshidratación
- > Compromiso neurológico
- > Irritabilidad

Estudios complementarios:

Solicitar a todos los pacientes: Radiografía de tórax y saturometría

Los Criterios de internación son:

- > **Clínico:** según gravedad del cuadro.
- > **Social:** imposibilidad del paciente de cumplir un estricto aislamiento y control en su hogar según pautas de aislamiento domiciliario.

Para la toma y envío de las muestras.

Todas las muestras de los pacientes que cumplan la definición de caso deberán ser enviadas, previa autorización de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, al INEI-ANLIS Carlos G. Malbrán. Servicio Virus Respiratorios.

- Menores de 5 años de edad: aspirado nasofaríngeo

(ANF) preferentemente en las 72 horas del inicio de los síntomas hasta los 5 días.

- De 5 años y más de edad: aspirado nasofaríngeo o hisopado nasal (HN) y faríngeo (HF) combinado, preferentemente en las 72 horas del inicio de los síntomas hasta los 5 días.
- La toma de muestras se debe realizar antes de administrar medicamentos antivirales.

El Tratamiento con Oseltamivir disponible en el país:

En pacientes con cuadros leves, de manejo ambulatorio, debe ser administrado solamente dentro de las 48 hs. de inicio de los síntomas, ya que luego de este lapso de tiempo no es efectivo.

Si el paciente cumple criterios clínicos de internación, debe recibir oseltamivir sin importar el tiempo de evolución de los síntomas

Tratamiento de la influenza (dosis):

El tratamiento para todos los casos se debe realizar durante 5 días.

- > 12 mg dos veces al día en niños menores de 3 meses
- > 20 mg dos veces al día en niños de 3 a 5 meses
- > 25 mg dos veces al día en niños de 6 a 11 meses
- > 30 mg dos veces al día en niños de menos de 15 Kg. y mayores de 11 meses
- > 45 mg dos veces al día en niños de 15 a 23 Kg.
- > 60 mg dos veces al día en niños de 23 a 40 Kg.
- > 75 mg dos veces al día en niños de más de 40 Kg.
- > En los adultos y adolescentes mayores de 13 años la dosis terapéutica es de 75 mg dos veces al día.

Para la prevención de la influenza H1 N1:

Solo en el caso de contacto cercano (distancia menor de 2 metros) con casos sospechosos o casos confirmados, con estricta indicación médica. Solo en el caso de contacto cercano (distancia menor de 2 mts.) con casos sospechosos o casos confirmados, con estricta indicación médica:

Dosis:

- > Niños desde 1 año a 13 años de edad
- > 30mg al día para ≤15 kgs
- > 45mg al día para > 15 a 23 kgs



¿NECESITA TRABAJO?

Consulte en la Bolsa de trabajo del Colegio
Colegio: www.colmed5.org.ar

VIOLENCIA CONTRA MEDICOS
Consulte y denuncie en nuestra página

Colegio: www.colmed5.org.ar

DOCTOR: Baje los formularios para solicitar recetarios de psicotrópicos de la página de Colegio: www.colmed5.org.ar Siga las instrucciones, es muy sencillo

“El Antígeno” es la publicación oficial del Distrito V del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires de distribución gratuita, y las comunicaciones oficiales que en él se publiquen se reputarán conocidas por todos los colegiados.

Propietario: Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, Distrito V

Director: Consejo Directivo

Secretario de Redacción: Comisión de Comunicaciones y Relaciones Institucionales

Cualquier artículo de “El Antígeno” puede ser reproducido con la sola condición de citar la fuente. “Las opiniones firmadas por su autor son responsabilidad del mismo y no reflejan necesariamente el pensamiento del Consejo Directivo”

Impreso en:



Angel D'Elia 1355 - San Miguel - Tel. 4451-5781
graficapeña@speedy.com.ar

- > 60mg al día para > 23 a 40 kgs
- > 75mg al día para > 40 kgs
- > Adultos y adolescentes de 13 o más años de edad: 75 mg una vez al día durante al menos siete días.

Las Acciones de control de foco ante la sospecha de casos son:

- ❑ Los contactos sintomáticos se derivarán al hospital de referencia para su control y tratamiento.
- ❑ Contactos asintomáticos: Deberán controlar su temperatura dos veces al día y auto-monitorear la presencia de síntomas respiratorios (especialmente tos).
- ❑ Si el caso índice se confirma, indicar el **escudamiento**: aislamiento domiciliario por 10 días de los contactos asintomáticos.

En cuanto a las recomendaciones generales son:

1. Fortalecimiento de las acciones de Vigilancia de IRA: Enfermedad Tipo Influenza (ETI) y Neumonía en todas las edades, y Bronquiolitis en Menores de 2 Años:

2. Fortalecer la atención de las IRA

Recordar a todos los servicios de salud de los sectores público, privado y de la seguridad social, los niveles gerenciales que tienen a su cargo la gestión de los insumos, del equipamiento y de los recursos, que con el advenimiento de la época invernal la notificación de casos de IRA llega a septuplicarse.

3. Promover y reforzar la vacunación

Alcanzar oportunamente altas coberturas de vacunación antigripal en poblaciones de riesgo disminuye significativamente la morbilidad y la mortalidad por esta causa.

Recordar a todo el personal que trabaja en el área de salud la importancia de aplicarse anualmente la vacuna antigripal.

Es prioritario promover la Información, Educación y Comunicación Social:

Recordando a todo el personal de salud que puede contribuir a evitar la transmisión de las IRA adoptando las siguientes prácticas:

Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón antes y después de atender a cada paciente.

Evitar la prescripción de analgésicos cuyos componentes formen parte del grupo de los salicilatos.

Prescribir antibióticos solo cuando esté indicado según el diagnóstico, promoviendo así el uso racional de estos fármacos y contribuyendo a la prevención de la resistencia bacteriana.

Instruir a la población y al personal de salud sobre los principios básicos de higiene personal, en especial sobre el riesgo de transmisión de IRA al toser y estornudar sin protección, y la transmisión de las manos a las mucosas.

Indagar, toda vez que se haga el diagnóstico de IRA, sobre otros posibles casos en la familia, la escuela y el trabajo, que pueda constituir un brote de estas enfermedades.

Dr. A. Roberto Simioli

Miembro de la Comisión de Salud Pública, Legislación y Carrera.

XXXVI RAI

SE VINO LA XXXVI R.A.I.

Finalmente, el 29 y 30 de Mayo pasados se realizó en Luján la XXXVI R.A.I. del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires. Para los colegas jóvenes que nunca oyeron hablar de este evento, vaya una somera explicación: la Reunión Anual Interdistrital reúne una vez al año a Consejeros de todos los Distritos de toda la Provincia para debatir sobre temas que se juzgan importantes para el quehacer médico. Las mesas se arman por tema y sus conclusiones son leídas al terminar las dos jornadas. Si bien no son obligatorias ni vinculantes, éstas conclusiones marcan las directrices políticas del Colegio para todo el año. Siempre es un honor ser el Distrito designado para organizar la RAI, y este año nos tocó a nosotros. El Distrito supo estar a la altura de las circunstancias, tanto por la calidad y cantidad de temas, como por la organización y el lugar donde se llevaron a cabo los debates que fue en el Complejo Museográfico

“Enrique Udaondo”. En las páginas de este número les presentamos las conclusiones y las fotos de este evento



«Los colegas Juan Carlos Elizalde (Sec. Gral Distrito V), Héctor Ruffinelli (Secretario de Salud de Luján) Salvador Lograsso (Presidente Consejo Superior), Graciela Rosso (Intendente Municipal de Luján), Carlos Urbizú (Presidente Distrito V) y Roberto Mosca (presidente Concejo Deliberante de Luján)»

MESA N° 1:

Reglamento del trabajo del Médico de Guardia Participantes:

Coordinador: Dr. Agustín CAPPELLO (Distrito V)
Secretaria: Dra. Federica DE VEDIA Y ROMERO (Distrito V)

Conclusiones:

1- TEMA: Guardias Pasivas

Recomendamos suprimir el concepto de “Médico de Guardia Pasiva” derogando la Resolución N° 271 del Consejo Superior del año 1992, por considerarla potencialmente incriminatoria para el médico desde el punto de vista jurídico. No obstante esto, las Instituciones podrán arbitrar los medios para tener médicos de respaldo para eventuales prestaciones y/o consultas, cuya retribución se regulará por el Decreto N° 6732/87 y las sucesivas actualizaciones del Consejo Superior.

2- TEMA: Médico de Guardia Activa

Proponemos que el Consejo Superior eleve a la instancia competente un Proyecto sobre Trabajo del Médico de Guardia que contemple taxativamente que concluido el horario de guardia, y ante la ausencia del responsable de la guardia siguiente, deberá notificar a la superioridad respetando la escala jerárquica, ya que consideramos que la continuidad de la cobertura de la guardia es una responsabilidad institucional.

No obstante ello, el Médico de Guardia deberá per-

manecer en su lugar de trabajo hasta dos (2) horas después de finalizado su horario, si así le fuera solicitado. Cumplido ese plazo podrá retirarse sin que este hecho pueda considerarse abandono de Guardia. Pensamos que el cambio de Guardia debería producirse a las 08:00 horas para facilitar la realización de las comunicaciones pertinentes.

Otro punto que proponemos se contemple es con respecto a los profesionales que tengan más de veinte (20) años de prestación del Servicio de Guardia. En tal supuesto, solicitamos que los colegas queden exentos de la obligación de continuar prestando dichos servicios, manteniendo los derechos que esa función les confería, cualquiera sea el cargo o función que desempeñe o pase a desempeñar de allí en más.

3- TEMA: Otras sugerencias

Consideramos imperioso tender a la implementación de la Guardia de doce (12) horas de duración como única modalidad de Servicio de Guardia. Respalamos las conclusiones sobre Reglamento de Médico de Guardia de la R.A.I. 2006.

Instamos al Consejo Superior a mantener la continuidad de la tarea de confeccionar un Reglamento

Único para el Médico de Guardia, y sugerimos reimpulsar una Comisión de Trabajo Médico en el seno del Consejo Superior.



Realice todos sus trámites con el Colegio desde nuestra página, es muy sencillo
Colegio: www.colmed5.org.ar

¿Sabe de un trabajo para médicos?
Publíquelo en la Bolsa del Colegio
Colegio: www.colmed5.org.ar

Comisión de Bioética: (II Parte)

Los Ensayos Clínicos con Seres Humanos

¡O Tempora! ¡O Mores!

Normativa Ética Internacional

En la nota publicada en el número anterior (ver *El Antígeno N/n*) hicimos un recorrido más caprichoso que académico por los desmanes cometidos en nombre de la ciencia y del supuesto bien común. Es que la normativa ética internacional estaba sólo esbozada en el *Corpus Hipocrático* y no fue hasta el conocimiento de las atrocidades perpetradas por el nazismo que la comunidad internacional decidió elaborar pautas éticas en las investigaciones con seres humanos.

El primer documento conocido fue el **Código de Núremberg**: Del año 1947, establece por primera vez diez normas obligatorias en investigación. Este código tiene como característica fundamental el establecer el Consentimiento Informado como requisito indispensable previo a la inclusión de los sujetos en la investigación, respetándose la libertad de las personas de abandonar la investigación en cualquier momento. Por otro lado, establecía que toda investigación debe ser para beneficio de la humanidad, y basada en experimentación previa en animales. Este Código contempla también la necesidad de evitar los daños así como establecer que los riesgos de una investigación nunca deben exceder a los beneficios. También toma en cuenta el hecho de que el estudio debe ser conducido por un científico calificado.

El segundo documento que se reconoce como fundacional es: **Declaración de Helsinki**:

Fue adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial en el año 1964 sufriendo numerosas modificaciones hasta la actualidad, alguna de ellas muy cuestiona-

das. Se explicita más claramente los principios éticos propuestos por su antecesor Código de Núremberg para regir la investigación con seres humanos. Se reafirma lo ya mencionado respecto al consentimiento informado así como la necesidad de preservar el bienestar de los sujetos humanos por sobre los intereses de la ciencia y que el propósito de la investigación es legítimo cuando se ciñe a las normas y no interfiere con el libre ejercicio de los derechos individuales. En la actualidad, esta Declaración como sus actualizaciones debe estar presentes en todo protocolo que se diseñe y así como también el compromiso del investigador de que respetará la misma.

Enmienda de 2.000 de la Declaración de Helsinki – Edimburgo

El párrafo 29 legitima la utilización de placebo en el grupo control. Esta es una de las iniciativas que continúa siendo cuestionada sobre todo a partir de la nota complementaria del 2001 que dice que un ensayo con placebo puede ser éticamente aceptable, incluso si está disponible una terapia probada, bajo las siguientes circunstancias a) razones apremiantes, b) que no implique riesgos y c) enfermedad de escasa gravedad.

Enmienda 2004 de la Declaración de Helsinki – Tokio

El párrafo 38 establece que se incluya en el protocolo un mecanismo mediante el cual el sujeto tenga accesibilidad permanente al tratamiento o tecnología si el resultado de la investigación hubiera sido positivo.

Enmienda 2008 de la Declaración de Helsinki – Seúl de la Asamblea de la Asociación Médica Mundial en la ciudad de Seúl durante el último mes de octubre.

Los cambios fundamentales se operaron en los artículos 29 y 30, que pasaron a ser 32 y 33.

En el artículo 32 se admite como admisible el placebo **“Cuando por razones metodológicas, científicas y apremiantes, el uso de un placebo es necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención”**

Por último el artículo 33, antes 30, que aseguraba los beneficios de la investigación a los sujetos participante en el ensayo, admite **“otra atención apropiada o beneficios.”**

De la atenta lectura de estas modificaciones, impuestas por dos votos y sin la presencia de delegados argentinos por una mala entendida austeridad en la asignación de recursos, surge claramente que existen dos estándares bien diferenciados, dependiendo dónde se lleve a cabo el trabajo. En los países periféricos sin dudas se aplicará sistemáticamente la enmienda que admite *metodología* y urgencias para el uso de placebos y ya no del mejor tratamiento conocido para la patología en estudio y los sujetos probandos serán atentamente compensados con un recetario de cuerina y dos lapiceras con el logo del laboratorio auspiciante y no con la continuidad del tratamiento como era hasta entonces.

Comparto la vergüenza con los lectores.

Continuará.

Dr. Pablo Vadori
Comisión de Bioética
Consejero por Pilar

Barbijos

Un ómnibus apedreado en Mendoza porque viajaba en él un ciudadano chileno posiblemente infectado por la gripe porcina.

Una familia de Buenos Aires obligada por sus vecinos a mudarse del edificio en el que vive debido a que una de sus hijas contrajo la enfermedad.

Padres desbocados sembrando pánico en sus hijos y desparramando el germen de la sospecha en las escuelas. Personas con barbijos (que no cumplen ninguna función, más que exponerlos al ridículo) en los lugares más insólitos (¿harán el amor, tomarán mate, besarán a sus hijos, irán al dentista con esos barbijos?).

Infectólogos que, en vano, repiten, mientras nadie los escucha, que esta gripe es menos virulenta y mortal que la influenza común, que se cura con reposo y sin paranoia.

Una ministra de Salud que da vergüenza e indignación con su obvia ignorancia acerca de la cuestión, y que contribuye al terrorismo gripal mientras el dengue se le escapa trágicamente de las manos (a ella y al gobierno de adictos al poder que integra).

Candidatos, empezando por algún psicópata desesperado, que besan impunemente, y sin barbijo, a bebés indefensos, amenazando contagiarlos del virus de la manipulación, de la corrupción,



del egoísmo, de la mentira, de la ignorancia, de la impiedad, que ellos portan.

La discriminación que anida en la sociedad (digámoslo: la sociedad argentina incuba discriminación, racismo, sexismo y xenofobia) y aflora hoy en tantas conductas, la paranoia colectiva, la deshonestidad política, la manipulación mediática de conciencias, el grancuñadismo tinelliniano, ¿no son más graves que el virus de la gripe porcina? ¿No han dejado más víctimas? ¿No merecen ya una vacuna que empiece a gestarse en la conciencia colectiva? Respiramos todo eso cada día, y sin barbijos. Y así estamos.

Sergio Sinay
Médico Pediatra

XXXVI RAI

MESA Nº 3:

Sindicalización

Coordinador: Dr. Salvador Lo Grasso

Secretario: Dr. Gustavo Eugeni

Conclusiones:

1. Es imperioso avanzar en la sindicalización médica para lograr la plena defensa de los colegas en todos los ámbitos laborales.
2. Para lograr una más amplia cobertura que incluya los aspectos tanto jurídicos como gremiales, aparece como conveniente difundir desde este Colegio de Médicos la interrelación a nivel distrital con el Sindicato médico que ya tiene desarrollados la estructura y atributos legales para la defensa médico-gremial.
3. Se recomienda a aquellos distritos que aún no iniciaron esta interrelación, contactarse con la mesa directiva del Sindicato médico para programar reuniones que contribuyan a la concientización y secundariamente al armado local de las Delegaciones.



Dengue

Se calcula que en nuestro país el flujo de turistas que viajan al exterior supera los 2 millones de personas, como así también ingresan a nuestro país otros 4,5 millones de personas anuales.

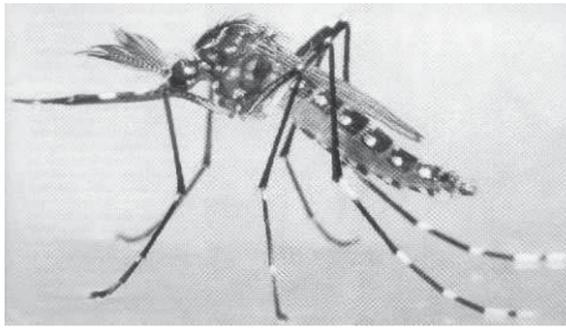
Por año enferman en el mundo 80 millones de personas por "Dengue", requiriendo internación medio millón de enfermos. El primer brote epidémico en nuestro país fue en el año 1916. Luego durante 72 años no hubo nuevos casos.

Con el cambio climático y el calentamiento global vamos hacia una tropicalización de las enfermedades infecciosas (ejemplo: fiebre amarilla), que comparte el mismo vector (*Aedes Aegypti*) con el Dengue, y esta situación nos coloca ante las conocidas enfermedades re-emergentes.

Los primeros casos en la década pasada aparecen en el noroeste del país (Dengue Tipo II), proveniente de Bolivia (1998), al año siguiente importamos desde Paraguay el tipo I. Finalmente importamos el serotipo III desde el sur de Brasil durante esta década (2006).

Existen 4 serotipos el más frecuente en esta epidemia es el tipo I. El período de incubación de esta enfermedad sistémica y dinámica es promedio de 7 días.

El diagnóstico presuntivo es con fiebre de menos de 7 días de evolución, sin afección de las vías respiratorias superiores. Si vive o ha viajado a un área con transmisión actual de Dengue, y 2 o más de los siguientes signos: anorexia y náuseas, erupciones cutáneas, cefaleas y/o dolor retroocular, malestar general con mioartralgias, leucopenia con trombocitopenia, petequias o prueba del torniquete positiva, diarrea con vómitos. Esta primera fase "febril" virémica, es segui-



da de una fase "crítica" donde predomina la extravasación vascular (endotelitis microscópica) produciéndose escape de agua, sodio y albúmina. Los signos de alarma de esta etapa cuando se presentan son: dolor abdominal intenso y continuo, vómitos persistentes, derrame seroso (en peritoneo, pleura o pericardio) por hipoalbuminemia, sangrado de mucosas, somnolencia o irritabilidad, hepatomegalia, incremento brusco del hematocrito concomitantemente con rápida disminución de recuento de plaquetas. A partir de lo expuesto existen 3 situaciones clínicas que podemos agruparlas en: "Grupo A", (sin signos de alarma, ni comorbilidades) con tolerancia oral a adecuados volúmenes de líquidos (2 Lts. de agua o más por día), reposo, con aislamiento de mosquito (mosquiteros, insecticidas, repelentes, etc.), control de diuresis, paracetamol, información escrita de signos de alarma y medidas de prevención, seguimiento diario hasta 48 hs. al cese de la fiebre y hemograma diario o cada 2 días. "Grupo B" con comorbilidades preexistentes o con riesgo social, o uno o más signos de alarma, realizar hemograma y recuento de plaquetas, hidratación oral. Si no tolera, hidratación parenteral, con uno o más signos de alarma, adecuar goteo según empeoramiento o mejoría, e iguales indicaciones como el grupo A. En el caso del "Grupo C" (Dengue grave), paciente con uno o más de los siguientes hallazgos: shock hipobolémico por fuga de plasma, distress respiratorio

por acúmulo de líquidos, sangrado grave, daño orgánico (hepatopatía, miocardiopatía, encefalopatía) requiere internación en UTI. Los criterios de alta que pertenecen a la recuperación o defervescencia de casos hospitalizados (todos deben estar presentes), son: ausencia de fiebre por 48 hs, mejoría del estado clínico, incremento de recuento de plaquetas, ausencia de dificultad respiratoria, hematocrito estable sin hidratación intravenosa.

La fase de convalecencia puede persistir semanas o meses con cefaleas residuales y cansancio fácil.

Desde el punto de vista epidemiológico es importante confirmar la enfermedad con pruebas serológicas, con tomas de muestras de sangre después del 5° día del síndrome febril para confirmar con IG M positivo para dengue.

El control vectorial a través de la fumigación debe hacerse en la manzana donde aparece el Dengue sospechoso y en las 8 manzanas a la redonda del caso índice. La picadura por el mosquito hembra que se alimenta de sangre humana a un paciente virémico desde 48 hs previas a la aparición del cuadro febril y mientras dure el mismo. La transforma en contagiosa a partir de los 8-12 días de la picadura. Por otro lado, otra estrategia fundamental es la de "descarrachizar", ya que es un mosquito de hábitos domiciliarios y peri domiciliarios, de ahí la importancia del cambio frecuente de agua de floreros, de bebederos de agua de animales domésticos con lavado de las paredes del recipiente, como así también la eliminación de tachos, latas, cubiertas o cualquier objeto que pueda acumular agua residual. La hembra deposita sus huevos en lugares con poca luz, húmedos y las larvas resisten la desecación por más de un año.

Dr. A. Roberto Simioli.

Miembro de la Comisión de Salud Pública, Legislación y Carrera. Colegio de Médicos de la Pcia. De Buenos Aires. Distrito V.

SAP: los derechos del Niño

La SAP ha manifestado de manera sistemática su preocupación por la exposición de niños y adolescentes a situaciones que no contribuyen a su saludable crecimiento y desarrollo.

Casos extremos como los "niños bandera" sometidos a la acción de agroquímicos en áreas rurales o a otras formas de trabajo infantil, niños expuestos en sitios de la red informática no protegidos y en espacios mediáticos o aquellos involucrados en el tránsito comercial como objetos de consumo, parecen "estructurarse" en una sociedad que los despoja de su condición de sujetos de derecho y de su identidad.

Frente a estas situaciones, los pediatras han reclamado en reiteradas oportunidades el cumplimiento de la Constitución Nacional en lo concerniente a los Derechos de niños, niñas y adolescentes.

En la actualidad estamos asistiendo a una veloz reorientación de la imagen de los niños dentro de los medios. Su intervención erosiona cada vez más la línea divisoria entre la infancia y la adultez. Somos testigos de su creciente intervención en la televisión, dentro de una amplia gama de producciones que oscilan desde las denominadas "ficción" como telenovelas, series o avisos publicitarios, hasta reales y crudas notas policiales que "por descuido" exponen su identidad, o en programas televisivos, donde son retratados como adultos en miniatura y no difieren en sus intereses, lenguaje, ropa o sexualidad, de los adultos que los acompañan.

Estos procesos de expropiación de la identidad del niño y de la niña, se realizan en la mayor parte de los casos, en función de la mercantilización de la imagen y de la vida de aquellos.

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño nos lleva a revisar valores, prejuicios y prácticas cotidianas.

Una sociedad cada vez más mediatizada, en la cual los hechos adquieren una dimensión significativa porque se ven, se escuchan o se leen, nos obliga a reflexionar sobre el rol de los medios en la construcción del concepto de infancia y en la propia definición de la identidad infantil. Y en este sentido, la responsabilidad por el pleno cumplimiento de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño compromete también a los medios de comunicación.

En los últimos años se incrementó la tendencia de incluir a los niños como objeto de diversión en los programas para adultos, siendo sometidos a situaciones de violencia simbólica que suponen una cruda violación de sus derechos.

La sexualización temprana de los niños estimulada por algunos conductores televisivos sumada a las acciones inocentes de éstos, suelen conformar el principal atractivo del programa. La compulsión a la competencia entre quienes exhiben sus habilidades artísticas, los arroja sin defensas al mundo del espectáculo y a los valores mercantiles que lo rigen: individualismo, consumismo, fama, popularidad mediática y dine-

ro, todos ellos falsos y lamentables sinónimos de éxito y a veces, única vía de reconocimiento social al que están expuestos no solo los niños participantes, sino también los miles de niños que son espectadores desde sus hogares.

En el año 2006 la SAP, abogando por un saludable crecimiento y desarrollo frente a una desprotegida exposición infantil en los medios, integró junto con otras organizaciones un grupo asesor para la presentación de un documento ante el CONFER a través de la Defensoría del Pueblo sobre la situación de los niños en y frente a los medios de comunicación.

Una vez más, la SAP reitera la vigencia del reclamo y los conceptos que lo acompañaron para que este organismo del estado ejerza su rol para el cumplimiento de la ley.

Creemos imprescindible, junto a nuestro accionar como profesionales, la reflexión de los padres y la sociedad en general, sobre el sentido y la identidad de la infancia, para adoptar criterios y proyectar líneas de pensamiento que orienten las acciones futuras.

Más información en http://www.sap.org.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=1067&Itemid=437

Escríbanos para hacernos conocer su opinión, nos interesa a todos
elantigeno@colmed5.org.ar

XXXVI RAI

MESA Nº 4:

Situación actual del Poder Disciplinario del Colegio.

Coordinador: Dr. Oscar E. Castillo.

Secretario: Dr. Oscar A. Longhi



1. Situación del poder disciplinario ante las resoluciones judiciales acerca del art. 74 del Código de Procedimientos en lo Contencioso Administrativo.

- La Mesa se interiorizó acerca de las decisiones judiciales que declararon la inconstitucionalidad de la actual redacción del art. 74 del Código de Procedimientos en lo Contencioso Administrativo que regula el mecanismo para la impugnación de las decisiones del Tribunal Superior de este y los demás Colegios, incluyendo los argumentos dados por la Suprema Corte de Justicia de Buenos Aires para declarar tal inconstitucionalidad.
- Se coincidió que esos fallos (en los que se afirma que la mencionada norma no otorga al profesional sancionado un suficiente control judicial de las decisiones de los Colegios) han producido una gravísima afectación al poder disciplinario que las leyes de creación de los diferentes Colegios profesionales han otorgado a éstos. Y que se hace imprescindible que los Colegios de Distrito tengan cabal conciencia de esta grave amenaza que se cierne sobre lo sustancial de su razón de ser.
- Los Colegios Profesionales en la provincia de Buenos Aires son entidades con raigambre constitucional, tienen a su cargo el control de la matrícula profesional que les fue delegado por el Estado Provincial. Y el ejercicio de ese control tiene como contrapartida necesaria la posibilidad de ejercer el poder disciplinario en los casos de violación a la ética y demás normas que regulan el ejercicio de la profesión y que dicha potestad sancionatoria no se diluya en largos procesos judiciales como surgiría de la situación antes mencionada.
- El mecanismo establecido en la ley 5413 y el Reglamento Sumarial del Colegio otorga a los profesionales médicos imputados de violaciones a la ética y/o a las leyes que regulan el ejercicio profesional sobradas garantías de imparcialidad, de adecuado ejercicio de su defensa y dos instancias internas de revisión de las decisiones.
- La redacción actual del art. 74 del Código de Procedimientos Administrativos de la provincia de Buenos Aires, al establecer una vía de recurso contra las decisiones del Tribunal Superior resulta un mecanismo de adecuado control judicial sin afectación de la garantía de la defensa en juicio.
- La pretensión de que ante una sentencia sancionatoria, el profesional sancionado deba promover acción contra el Colegio que regula su matrícula profesional y se tramite un juicio en contra de la entidad colegiada distorsiona gravemente la relación entre la entidad y uno de sus miembros, por lo que deberían elaborarse fórmulas que superen semejante distorsión.
- La Mesa considera fundamental que el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires participe

activamente en el organismo que actualmente coordina las acciones conjuntas de los diversos Colegios Profesionales provinciales destinadas a superar la grave encrucijada creada por los diversos fallos adversos a la vigencia del actual artículo 74 del C.P.C.A.

- Asimismo, la Mesa solicita al Consejo Superior que el o los delegados del mismo ante ese organismo coordinador elaboren periódicamente un informe acerca del avance de esas acciones y que tal informe sea puesto en conocimiento de los Colegios de Distrito para que éstos, a su vez, puedan elaborar sus estrategias acerca del ejercicio de poder disciplinario.
- Hasta tanto se supere la grave situación apuntada, la Mesa considera que los Colegios de Distrito deben ejercer su potestad disciplinaria con suma prudencia para evitar que dicha potestad quede diluida en trámites judiciales que en los hechos tornan ilusoria toda sanción a violaciones a la ética y/o a las leyes y reglamentos que regulan el ejercicio profesional. Para lo cual se sugiere articular mecanismo de conciliación y/o mediación que procuren dar fin a los conflictos entre colegas mediante el diálogo y el entendimiento, sin soslayar por eso la defensa de los principios éticos irrenunciables.
- Asimismo la Mesa evaluó diversas vías alternativas para procurar soslayar la vía al procedimiento judicial Contencioso Administrativo, instando a los Colegios de Distrito a avanzar en ese camino has-

MESA Nº 5:

BIOÉTICA, INVESTIGACIONES CON SERES HUMANOS – LEY 11044

Se encuentra presente el Dr. Elian Pregno Abogado. Especialista en Elaboración de Normas Jurídicas. Doctorando de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires y Becario del CONICET. Investigador y Docente de la Facultad de Derecho de la UBA y de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Belgrano.

Comienza la reunión con la presentación de los participantes por parte del coordinador.

Se realizan diferentes apreciaciones sobre las reglamentaciones vigentes en investigaciones en seres humanos.

Se coincide que en investigación patrocinada es ética cuándo su objetivo es cubrir los costos de investigación y cuándo la distribución de los fondos sea transparente siendo cual fuera el resultado de la investigación. Mientras que es objetable cuándo su objetivo es conseguir recursos tras un resultado predefinido.

El Dr. Arabetti explica como se estructura la investigación clínica en la Universidad Austral y cómo la investigación patrocinada, financia las otras actividades en investigaciones. Propugna la formación de Comités de revisión en el centro donde se lleva a cabo la investigación que se maneje con políticas claras y que actúe de manera auténticamente independiente. Coincide en este tópico el Dr. Combi. Y la posibilidad que el modelo pueda aplicarse al Hospital Público, incluido el monitoreo del trabajo.

El Dr. Ferraris manifiesta su preocupación por la necesidad de contar con un seguro en caso que los Comités se conformen en el Colegio de Médicos.

Explica el Dr. Pregno que no es exigible un seguro y que no se conoce demanda a un comité de ética en investigaciones. El que debe proveer de un seguro es el patrocinante.

También manifiesta que falta regular una ley de patrocinante.

La Dra. Franchi manifiesta que el decreto reglamentario vulnera explícitamente el espíritu de la ley 11.044 y propone su retratamiento en breve.

Respecto a la necesidad o no de que el Colegio de Médicos participe de alguna manera en el tema de investigaciones con seres humanos, el Dr. Vadori recuerda el informe de la Comisión de Bioética del Consejo Superior, referente a la disposición 6550/08 del la

ta tanto sea superada la actual contingencia, de allí que se ha preferido no incluir en estas conclusiones el detalle de los caminos analizados por resultar prematuro.

2. Evaluación acerca de otros aspectos del ejercicio del poder disciplinario.

La Mesa evaluó, asimismo, las herramientas con las que actualmente se trabaja en los Distritos para el ejercicio del poder disciplinario y la posibilidad de mejorar tales herramientas y acciones.

Entre otras, se analizaron las siguientes cuestiones:

- Posibilidad de que antes del dictamen de la Comisión de Deontología y Sumarios, el Sumariante elabore un informe a la misma con una síntesis de la cuestión que dio origen al sumario y su opinión acerca del contenido del expediente.
- En el ámbito de procedimientos de mediación y/o conciliación, analizar la posibilidad de que el o los mediadores se constituyan en el lugar de los hechos
- La necesidad de una revisión del Código de Ética para adecuarlo a las características del ejercicio de la profesión en nuestros días, incluyendo todo lo relacionado con la bioética.

La Mesa destaca que las cuestiones tratadas fueron analizadas con amplitud y profundidad con intervención activa de todos los participantes en un diálogo enriquecedor para todos ellos.



ANMAT que textualmente manifiesta:

“12.-“Una vez emitida y notificada la Disposición de autorización de ensayo clínico el Investigador Principal deberá presentar ante la A.N.M.A.T. la constancia de comunicación de su designación como tal ante el Colegio Profesional correspondiente a su jurisdicción. Se deberá agregar constancia fehaciente en el expediente del cumplimiento de dicho requisito, dentro del plazo de sesenta (60) días hábiles administrativos contados a partir de la fecha de notificación del acto administrativo de autorización.”

De dicho análisis se desprende que la ANMAT solicita que tomemos conocimiento del ensayo a realizar **y nada más**. Nos corresponde luego a nosotros decidir que hacemos con ese conocimiento. La primera posibilidad es crear un archivo y que se emita el certificado correspondiente pero hay una segunda que a los presentes en esta reunión nos parece más interesante como es crear dentro del ámbito de cada Colegio de Médicos un Comité de Ética en Investigaciones con Seres Humanos.

Esta actitud nos posibilitará ir formándonos y formar colegas en la práctica de análisis de protocolos que incluyan seres humanos como probandos. A la vez nos permitirá asesorar a los colegiados que deseen participar o dirigir algún ensayo clínico o de investigación farmacológica sin apartarse de las buenas prácticas consagradas internacionalmente.

El Dr. Canonaco manifiesta su acuerdo si se cambia la palabra Comité por Comisión.

Dr. Pablo Vadori - Secretario

MESA Nº 2:

Estatuto del Trabajador Médico

En el marco de la XXXVI Reunión Anual Interdistrital, se discute el Estatuto del Trabajador Médico. Se reúne la **Mesa 2** con la participación de Consejeros del Distrito II, IV, VI, VII, IX Y X..

Se decide la lectura del mismo, analizando cada artículo en forma individual y se proponen algunas modificaciones. Luego se confecciona el nuevo estatuto con sus agregados o correcciones que fueron consensuados en la mesa.

Al finalizar los Distritos V y VII concluyen en que las bases del Estatuto, sus principios y objetivos son loables, compartiéndolos. Pero la reglamentación puntual de cada artículo que comprenden a trabajadores del ámbito público y privado la torna inaplicable ya que se contrapone con la Constitución Nacional y leyes nacionales y/o provinciales vigentes. Asimismo el Distrito VI propone que el Estatuto debe contener los principios, deberes y obligaciones para todos los ámbitos en los que se desarrolla el trabajo médico.

Dra. Graciela Lega - **Coordinadora**
Dr. Norberto Hernández - **Secretario**



Leyendo Conclusiones



MESA 6

VIOLENCIA LABORAL

COORDINADOR: Dra. Ester Di Rado

SECRETARIO: Dr. M. Canovas Rojo



instaurado por el Colegio de Médicos del Dto.Vº con las modificaciones de forma que cada Distrito considere pertinentes. (Este instrumento indica la sistemática que se debe llevar a cabo ante una agresión: denuncia a las autoridades del establecimiento, retiro del puesto de trabajo, denuncia policial, denuncia a la ART, denuncia al colegio de médicos, etc)

Promover en cada distrito la evaluación de los lugares de riesgo o conflicto para accionar directamente en ellos y desarrollar las estrategias de prevención y contención (mapa de la violencia)

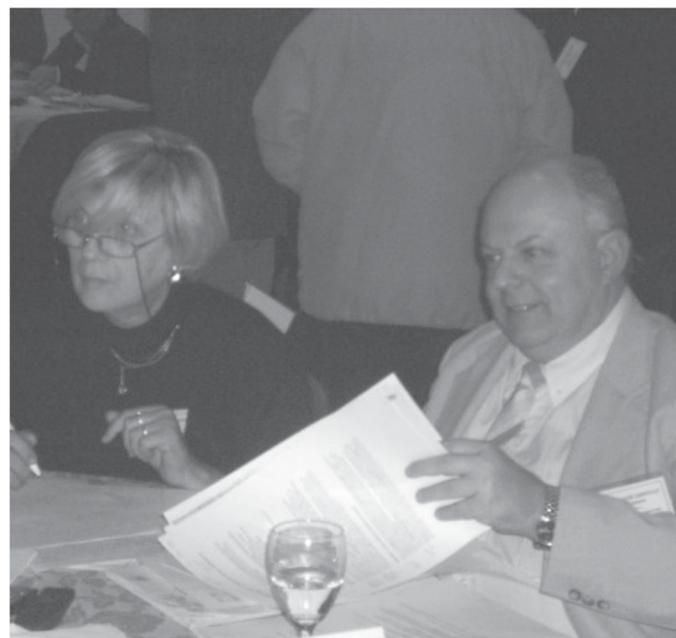
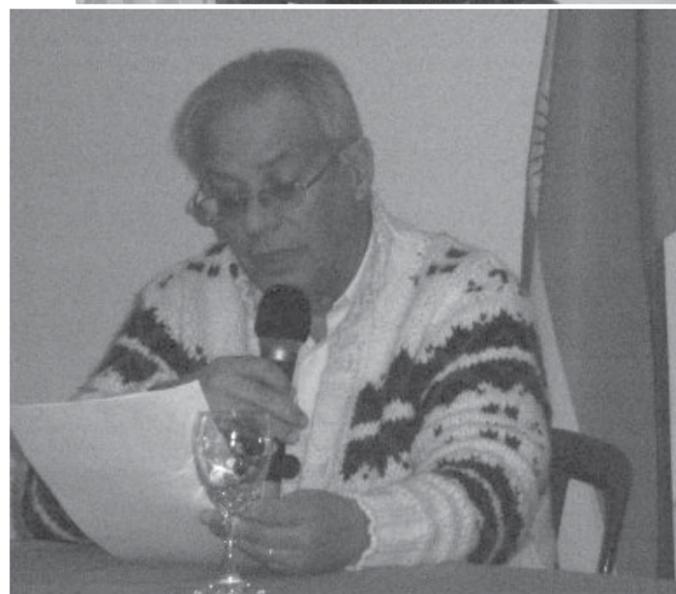
Dejar siempre registro del acto violento en el libro de novedades, historia clínica o el instrumento que a tal efecto se determine, recomendando la confección de un Libro de Asientos de Violencia Laboral-

Denunciar siempre a la ART tal como se procede ante un accidente de trabajo

Promover que toda lesión física o moral producida por violencia en el lugar de trabajo médico sea consideradas por las ART y la Superintendencia de Riesgos del Trabajo como accidente de trabajo o enfermedad laboral.

Constituir en cada Establecimiento y también en cada Colegio de Distrito una Comisión de Salud laboral, que aborde el tratamiento de las agresiones, realice la contención y oriente en el curso a seguir. Se recomienda integrar a esta comisión a las autoridades de cada Establecimiento Asistencial.

Proponer a los Poderes Públicos Provinciales la sanción de una Ley que contemple el desgaste laboral y sus consecuencias, tomando en cuenta el antecedentes de La Ley que sobre la misma materia ha sancionado la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



RECOMENDACIONES

1. ACCIONES DIRIGIDAS A PREVENIR HECHOS DE VIOLENCIA

Establecer puestos de vigilancia(sistemas de seguridad: privada o policial) debidamente capacitados que ordenen la circulación de pacientes y familiares, a fin de evitar la aglomeración de los mismos, limitando el ingreso irrestricto de visitas, o acompañantes.

Rediseñar los espacios de circulación, para lograr entradas y salidas independientes de los trabajadores respecto de las del público, tanto en los establecimientos en general como en cada área o servicio.

Se recomienda la ubicación de cámaras de video en los ámbitos de trabajo, a fin de constatar los hechos de violencia e identificar autores, al tiempo de ejercer un efecto disuasivo.

Distribución del manual de procedimientos sobre violencia laboral, que fija pautas acerca de la conducta a seguir para prevenir o responder ante una agresión. (www.colmed5.org.ar)

2. CONDUCTA A SEGUIR ANTE EL HECHO VIOLENTO

Recurrir a la acción disuasiva de la Fuerza Policial, ante todo acto de violencia laboral.

Aceptar y promover en cada distrito el instructivo



Acreditaciones

Vista general de los participantes

Un caso de Mala Praxis

Desde que tuvo que sufrir los engorrosos pormenores del turbulento proceso de una dura demanda por "mala praxis", el doctor Vespillo comenzó a ejercer su profesión con desgana, por no decir con elemental pero indiscutible prevención. Cada paciente que ingresaba a su consultorio, en vez de despertarle empatía y deseo de actuar para asistirle en su enfermedad, buscando el medio de restablecer la salud, le encendía una luz interior, una luz roja que lo sobresaltaba con un llamado de atención: "¡Ojo, que éste puede ser un futuro demandante! ¡Y tiene diez años para hacerlo, sin costo alguno! Una verdadera ganga para cualquier exaltado de mala voluntad, por no hablar de las aves negras que rondan clínicas y hospitales, repartiendo tarjetas en las abarrotadas salas de espera", cavilaba con áspero encono. En la mirada de los pacientes al ingresar a su consultorio, el doctor Vespillo detectaba automáticamente la presencia de esa chispa rebelde de confrontación, que de inmediato lo ponía en guardia. En algunos la hallaba apenas entraban, y entonces seguía una estrategia evasiva. Solicitaba una multitud de exámenes complementarios e interconsultas a especialistas, donde diluía su responsabilidad como médico clínico general. En otros, cuando adivinaba una cierta inclinación a la oposición de opiniones, o una búsqueda de resultados inmediatos, hacía abortar de cuajo esa tendencia con la estrategia mencionada. Quizá algo más discreto en los pedidos, también los haría circular por salas de rayos, laboratorios y consultorios de especialistas. Pero había otros pacientes, no siempre los menos, que no buscaban otra cosa que no fuera un poco de ayuda, y lo manifestaban con franqueza. Podía, entonces, intentar con ellos utilizar la vieja manera de practicar la medicina. Pero encontraba que, para estos casos, se había quedado sin el necesario humor, la precisa

empatía que lo conectara desde su propio núcleo humano al otro, sin interferencias ni obstrucciones artificiales. Y era frustrante comprobar el tipo de relación médico paciente que engendraba, meramente protocolar, fría, cuando no insensible y mezquina.

Ese estilo de enfocar las relaciones profesionales provocaba otros inconvenientes, ya que era frecuente que los pacientes derivados no regresaran, disminuyendo su caudal de ingresos, y por otro lado, las obras sociales le requerían amplios informes de auditoría para autorizar, cada vez con mayores trabas, los pedidos de baja o alta complejidad. En agotadoras sesiones de agresivo ping-pong, las más de las veces sus solicitudes eran rechazadas porque carecían de la precisa justificación.

-¿Y...doctor? ¿Cómo seguimos, entonces?-. La pregunta del paciente podía tener dos respuestas: O evaluar la posibilidad de avanzar el enfoque clínico con menos estudios, o descargar la artillería sobre la insensibilidad de la auditoría de la obra social, programando a los pacientes en contra de ésta. El embrollo nunca traía satisfacciones a la vapuleada relación médico-paciente, y el trabajo se hacía cada vez más engorroso, áspero, dificultoso, agotador y escasamente rentable. Cuando ya de por sí la profesión cuenta con una veta trabajosa y desgastante, si se la toma "a la defensiva", resulta insalubre e indigesta por demás. Y el doctor Vespillo fue perdiendo pacientes al mismo ritmo que perdía interés en su actividad, ya que su talante retraído, distante, evasivo provocaba la fuga de ellos constantemente. Su edad, un tanto avanzada, le despertó en un momento dado la inquietud por el retiro, pero la falta de coincidencia entre la edad jubilatoria y los años de aportes no le permitía, en lo inmediato, acceder a ello, alejando más allá del hori-

zonte visible esa ansiada paz que la ejecución del merecido reposo hubiera hecho viable.

Las necesidades familiares no le daban sosiego, con sus múltiples expendios que lo obligaban a seguir de continuo al pie del cañón. Y la espada de Damocles de ese juicio de mala praxis rondaba sin cesar con su amenaza, cada vez más próxima a una resolución que no se vislumbraba favorable (y aunque lo fuera, los elevados gastos del juicio serían inevitables para él). La casa, puesta a tiempo como "bien de familia" no era embargable, pero el resto... Podría quedarse sin un centavo, y encima obligado a trabajar por razón de quienes, eventualmente, podían convertirse en potenciales demandantes. Los ansiolíticos nocturnos pasaron a ser una necesidad repartida cuatro a seis veces por día; y las dosis cada vez mayores, ya no le producían el resultado esperado. No creía en la consulta psicológica, y era agnóstico como para recabar ayuda en alguna religión. Y los pocos amigos que tenía, iban huyendo de su presencia, que irradiaba una negra nube de mal humor y agresiva actitud hacia todo y hacia todos.

Cuando supo que un paciente suyo había sido internado de urgencia para ser intervenido quirúrgicamente, una sensación opresiva de temor, ansiedad, y sorda impotencia por la bronca contenida, lo inundó como una corriente eléctrica desde el estómago hacia las piernas y desde el pecho hasta el centro mismo del cerebro, el ardiente núcleo de su conducta neurótica. Cayó entonces sentado en el sillón del consultorio, como fulminado por un rayo. Inmóvil, sin habla, parecía dormido a pesar de la postura, que impresionaba vigil, con los ojos muy abiertos enfocados hacia la ventana, explorando tal vez en el exterior ese nuevo vacío existencial que se ofrecía provocador, como un oscuro e insondable abismo.

Lo acompañaron hasta su casa utilizando una silla de ruedas. Un neurólogo lo examinó, le recetó una nueva combinación de ansiolíticos con antidepresivos, y le pidió algunos estudios que resultaron normales, incluida la RMN.

Y los días entonces se sucedieron iguales, uno tras otro para el doctor Vespillo, que no emergía de una actitud catatónica, que se auguraba de resolución impredecible.

Hasta que amaneció un día frío y nublado, por demás desapacible, en que sintió nuevamente empatía con el exterior. Se levantó de la cama sin pensar en nada, y comenzó a actuar con un novedoso automatismo. Después de tomar un baño, se vistió como anteriormente lo hacía. Saludó a todo el mundo con amabilidad, y resolvió, sin más, ir a sus lugares habituales de trabajo. No atendió pacientes, se entiende, pero recorrió sus antiguos ámbitos, departió con conocidos colegas, y, en fin, dio la impresión de que su vida había retornado al ritmo acostumbrado, usual, como era de esperarse.

Por la noche regresó a su casa. Cenó con la familia, e inició algunos breves diálogos, pero se levantó de la mesa antes de comer el postre, murmurando un pretexto ininteligible. Fue hasta el dormitorio, y luego de hurgar en algún placard, se encerró en el baño. Cuando escucharon la detonación, la mujer y los hijos, sentados aún a la mesa, se sobresaltaron:

-Me lo estaba esperando- comentó ella-. Estaba quebrado... Sabía que iba a suceder algo como esto cuando empezara a hacer su vida normal.

-¿Vida normal?- preguntó el hijo mayor- ¿Cuál vida normal?

- No, en realidad quise decir habitual. Su vida habitual...

- Que no es lo mismo - agregó otro hijo-. Normal, habitual, más bien diría infernal...

- Y se miraron entre sí, como diciendo: "Y ahora, hay que ir allí a ocuparse de eso, ¿no?" □

Medicina basada en la evidencia

(Colaboración Dr. Pablo Vadori)

Alternativas: Medicina basada en la/e/l

- Eminencia (la del experto)
- Vehemencia (la del excitado convincente)
- Elocuencia (la del bronceado verborrágico)
- Providencia (la del creyente)
- Timidez (la del apocado que no hace nada)
- Nerviosismo (la del temor a las demandas judiciales)
- Confianza (la de los cirujanos)
- Residencia (el R1 hace lo que le dice el R2 sin discutir)
- Tendencia (Usamos lo que esta de moda)
- Paciencia (examinar un niño recontrahincha pelota)
- Audiencia (pensando lo que le diríamos al Juez)
- Licencia (ATB al ultimo niño que vemos antes de salir de vacaciones)
- Suplencia (seducción al paciente del colega que esta de vacaciones)
- Prudencia (No criticar el tratamiento del hijo de colega)
- Pestilencia (Atención rapidísima al niño cagado)
- Acreencia (Atiendo gratis al hijo del Mecánico porque le debo plata)
- y así hasta el infinito

Sias Sistema Integrado de ayuda solidaria

¡¡¡¡¡IMPORTANTE!!!

Estimado Colega: Nunca puede saberse en qué momento de nuestra práctica profesional vamos a tener necesidad de asesoramiento jurídico, cobertura legal, comprensión y contención profesional, que es lo que nos provee nuestro SIAS. Cuando ese momento llega no podemos comenzar a pensar en los requisitos exigibles por el Sistema, por eso le recomendamos:

- Mantenerse al día en el pago de la cuota anual de tanto de colegiación como la del SIAS y pago puntual de toda obligación con el Colegio.
- Si Usted trabaja en otro Distrito es imprescindible que esté inscripto en el mismo, y es conveniente que lo comunique a nuestra Distrito.
- Si se produjera un hecho con relación a un paciente que genere necesidad de consulta al SIAS, **NO SE DEMORE**, comuníquese con el Distrito (TE. 02323-421728 ó 422899) en el horario de 9 a 16 hs. ó al Teléfono de urgencias (011) (15) 3342-8969 de 16 a 20 hs., donde recibirá asesoramiento médico legal e instrucciones

para actuar rápidamente. **Su premura en la consulta tiene importancia.**

- **Si recibe alguna notificación** (cédula o comunicación policial. o carta documento o equivalente), es fundamental que lo comunique al Colegio lo antes posible y siempre dentro de las 48 horas de recibida. Los tiempos legales son cortos y no se interrumpen: una demora en este punto puede dificultar su defensa.

- Mantenga su teléfono y domicilios (particular y profesionales) actualizados en el Colegio para facilitar las comunicaciones. Al respecto le sugerimos comunicarse con el Colegio de lunes a viernes de 9 a 15 hs., para corroborar los mismos y en su caso actualizar la información.

Consultorio de Urgencia S.I.A.S: Este servicio funciona mediante la habilitación de un teléfono celular destinado al efecto las 24 hrs., sólo para consultas legales de **extrema urgencia** (011) (15) 4421-6611

BIBLIOTECA DIGITAL – BUSQUE LOS ARTICULOS QUE NECESITA

Colegio: www.colmed5.org.ar

Solicite sus recetarios para Psicotrópicos desde la página del Colegio

Colegio: www.colmed5.org.ar

Realice todos sus trámites con el Colegio desde nuestra página, es muy sencillo

Colegio: www.colmed5.org.ar

Alberto Campos Carlés