



VINCULOS

La revista del Colegio de Médicos de Salta

AÑO 9 - N° 24 - DICIEMBRE 2015



Biografías: Dr. Juan Francisco Puertas | Perfil Epidemiológico Año 2014 - Area Operativa XI - Aspectos Generales | Nuevos anticoagulantes orales y riesgo de Hemorragia Digestiva (2da. Parte) | La pobreza del lenguaje en las Historias Clínicas y la vejez de los conocimientos en Medicina | Foto Noticias | Acto Académico Cultural | Festejo Día del Médico | Guía Trámites | Nuevos Matriculados | Tribunales / Comités / Comisiones | Médicos Jubilados que obtuvieron la Matrícula Especial (J)



Feliz Día del Médico!!!



M esura en su actuar
E ntrega permanente
D edicación a su prójimo
I ncondicional en su accionar
C onsejero afable y sincero
O ptimismo con el prójimo

HOMENAJE A TODOS LOS MÉDICOS.

MESA DIRECTIVA, 3 DICIEMBRE 2015





Colegio de Médicos de la Provincia de Salta

Marcelo T. de Alvear Nº 1310

C.P. (4400) Salta

Tel.: (0387) 4212527 / 4213355

Fax: (0387) 4714703

Email: info@colmedsa.com.ar

Web: www.colmedsa.com.ar

 Colegio de Médicos de Salta

VINCULOS

La revista del Colegio de Médicos de Salta

Es una publicación del Colegio de Médicos de la Provincia de Salta distribuida gratuitamente entre sus colegiados, entidades afines, bibliotecas e Instituciones profesionales, culturales y científicas.

Dirección:

Dr. Juan. J. Loutayf Ranea

(Presidente Colegio de Médicos de Salta)

Coordinación General:

Comisión Consultiva Jóvenes Médicos

Dr. Walter Leonardo Failá

Dr. Juan Carlos Giménez

Dra. Carolina Saravia Figueroa

Dr. Matías Andrés Orquera

Dra. Cecilia E. Guaymás Tornero

Diseño Gráfico:

Diego Martín Loza

Impresión:

Artes Gráficas Crivelli

Los artículos firmados no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus respectivos autores.

SUMARIO

AÑO 9 - NUM. 24 - DICIEMBRE 2015

Biografías: Dr. Juan Francisco Puertas

Pág. 4

Perfil Epidemiológico Año 2014 - Area Operativa XI

Aspectos Generales

Pág. 5

Nuevos anticoagulantes orales y riesgo de Hemorragia

Digestiva (2da. Parte)

Pág. 10

La pobreza del lenguaje en las Historias Clínicas y la vejez de los conocimientos en Medicina

Pág. 13

Foto Noticias

Pág. 15

Acto Académico Cultural

Pág. 16

Festejo Día del Médico

Pág. 19

Guía Trámites

Pág. 23

Nuevos Matriculados

Pág. 24

Tribunales / Comités / Comisiones

Pág. 26

Médicos Jubilados que obtuvieron la Matrícula Especial (J)

Pág. 27

Distrito N° 4 Presente!

Próximo a finalizar el 2015, un año que se vivió colmado de puro ejercicio democrático de parte del pueblo argentino, fui convocada generosamente por la Mesa Directiva del Colegio de Médicos de Salta, para redactar el Editorial de la revista Vínculos, coincidiendo que este número está dedicado al Distrito 4 del Colegio de Médicos. Esto significa para mí un compromiso, al tratar de igualar la esencia de muchos que lo escribieron con antelación.

San Ramón de la Nueva Orán, es la última ciudad fundada en tierra americana el 31 de agosto de 1794, por el militar español Ramón García de León y Pizarro, dedicando el nombre de la ciudad a San Ramón Nonato, cuyo santoral se celebraba ese día y a la ciudad norteafricana de Orán, en donde Pizarro había nacido. La Ciudad de Orán, es el centro geopolítico más importante del norte de la provincia de Salta, una zona de clima tropical, de grandes ríos y vegetaciones. Desde mediados del siglo XX, Orán era ya por esa época un área de importancia agrícola donde las principales explotaciones eran los frutales, hortalizas y la caña de azúcar, sumándose nuevos sembradíos de soja. Esto le brindó una riqueza en el desarrollo de la industria dedicada a la agricultura. La necesidad de mano de obra en las zafras y cosechas hacía confluir una gran cantidad de población peregrina, de bajísimos recursos, de otras áreas operativas y de zonas limítrofes, trayendo aparejado las necesidades de vivienda, educación y atención sanitaria.

La zona padece de algunas enfermedades endémicas de tipo tropical: fiebre amarilla, dengue, hantavirus, leishmaniasis y parasitosis y patologías emergentes y reemergentes, que expone a los habitantes naturales y a los inmigrantes (algunos trabajadores golondrinas), a sufrirlas, asociado esto al gran crecimiento demográfico en la última década, con una población de 100.000 habitantes para la ciudad; sumado a la falta de planes habitacionales, creándose numerosos “asentamientos” con viviendas precarias que carecen de las mínimas condiciones sanitarias, favoreciendo el incremento de muchas de esas patologías y de otras como diarreas y parasitosis por la falta de agua potable y eliminación adecuada de excretas.

El Hospital San Vicente de Paul fue inaugurado el 29 de abril del año 1980. Hospital público regional de Complejidad IV, destinado a atender las necesidades de la segunda ciudad más grande de la provincia y de las áreas rurales cercanas. En ese momento fue un hospital modelo en toda Latinoamérica (tanto por la modernidad edilicia como por el equipamiento de última complejidad que tenía, con muy buen salario que el Gobierno de la Provincia otorgaba) atrayendo a trabajar a numerosos profesionales especialistas del sur del país, muchos de los cuales fueron docentes de las diversas especialidades que se brindaban en la institución a los noveles egresados de las Universidades de todo el país, como Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía y Medicina Familiar.

El Hospital brinda actualmente cobertura sanitaria a 300.000 personas aproximadamente, que provienen de la ciudad de Orán y de poblaciones cercanas: Hipólito Yrigoyen, Pichanal, Colonia Santa Rosa, Urundel, Embarcación y Aguas Blancas (límite con el país hermano de Bolivia). Dada la complejidad del Hospital son derivados pacientes de regiones alejadas como la zona de Los Cerros, Isla de Cañas, San Andrés, Río Blanquito y Los Toldos. Asimismo se atiende a población de la frontera Boliviana. Cuenta desde 2010, con un Laboratorio de Enfermedades Tropicales, que permite centralizar diagnóstico de las enfermedades características de la zona.

En los últimos años el Hospital San Vicente de Paul, vivió las mismas situaciones sanitarias que el resto de los hospitales provinciales y nacionales, lo que provocó la emigración de algunos profesionales en busca de mejores oportunidades, poniendo esto en evidencia la falta del recurso humano, ante el incremento paralelo de la demanda de atención de los pacientes. Hoy muchos de los jóvenes profesionales que cumplen sus tareas

asistenciales y función guardia, no siempre tienen la oportunidad de realizar una residencia debido a las exigencias de ser sostén de familia o a la poca oferta de esa capacitación en el Área Operativa.

Y es el Colegio de Médico de la Provincia de Salta, Institución que nos representa con idoneidad, la que ofrece en forma permanente a sus colegiados la participación en actividades científicas, como cursos y jornadas de actualización gratuitas, para las diferentes especialidades, a través del Programa de Educación Médica Continua y Cursos de Postgrado, con docentes de reconocida trayectoria, para los colegiados que requieren la Especialización o Recertificación de la misma, facilitando de esta manera mejorar el nivel académico alcanzado sin necesidad de trasladarse a otras provincias, dando la posibilidad de capacitarse y continuar con sus actividades laborales, sin detrimento de sus recursos. Solo hace falta la voluntad, porque las oportunidades están brindadas.

Además de dar participación federal a los colegiados del interior, invitándolos a participar como miembros de las numerosas comisiones vigentes, como por ej. La Comisión Consultiva de Jóvenes Médicos que promueven entre otras, actividades científicas yendo a los lugares del interior donde los convoquen con temas de acuerdo a la necesidad del Distrito; también surgió, la iniciativa de un grupo de profesionales auspiciados por el Colegio de Médicos, que iniciaron un trabajo social, ante una realidad sentida, generando conciencia entre los colegiados, recolectando elementos de necesidad para poblaciones carenciadas y encargándose ellos mismos de llevarlas a destino; lo que muestra una apertura mas allá de lo asistencial, promoviendo la Humanización de la Medicina que a veces en el trájín de cumplir con horarios, metas y objetivos, dejamos de lado lo valioso.

La Revista del Colegio de Medicos de Salta, Vinculos, es un espacio donde podemos expresarnos compartiendo temas científicos y sociales de interés, da la oportunidad de homenajear a los colegas que ya no están entre nosotros, o destacar la actividad de muchos que más allá de su trabajo desarrollan una actividad humanitaria sin fines de lucro o científica como investigadores en sus áreas.

Ser miembro y pertenecer al Colegio de Médicos de Salta, institución con desempeño Honesto y Honorable, es una situación que personalmente me enorgullece, sobre todo cuando esto se debe a la moción o propuesta de mis colegas, de mis pares de la región Orán, sintiéndome por ello comprometida a ser un nexo efectivo entre la Institución y mis Colegas.

Quiero hacer llegar en nombre de todos los Representantes del Distrito N° 4 Orán, el deseo de un Feliz Nuevo Año, donde las esperanzas de cada uno en particular y del Pueblo Argentino puedan hacerse realidad. Deseo manifestar el anhelo de que los Médicos de la Provincia de Salta podamos ser artífices, aunque sea como un granito de arena; de luchar por la Salud para Todos en este año 2016; entendiéndose como tal el bienestar físico, psico intelectual, social, cultural y que todos los Hombres de Salta y del Mundo, puedan gozar de un Techo, Trabajo y Tierra dignamente.

Feliz Navidad con Jesús Renacido en los corazones y Próspero Año Nuevo!

Dra. Socorro Egües de Chanchorra
M. P. N° 2.162
Representante Titular
Distrito N° 4 - Orán

SR. COLEGIADO:

Si Ud. efectúa un depósito en la cuenta bancaria de esta Institución, deberá informarnos sobre el mismo a contable@colmedsa.com.ar para su verificación.

MESA DIRECTIVA

Dr. Juan Francisco Puertas

Se graduó en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán.

Se encontraba como médico de guardia del Hospital “Angel C. Padilla” de Tucumán y de allí vino a la provincia de Salta donde se incorporó como médico asistencial en el Centro de Salud “El Jardín” en el año 1983. En este pueblo se dedicó a trabajar en APS, una actividad que le agradó y le enseñó a escuchar no solamente problemas de enfermedad, sino a entender e interpretar las necesidades de la gente.

Tuvo la suerte de aprender de grandes maestros de la Salud Pública como el Dr. Enrique Tanoni, Dr. Figueroa y Dr. Ibazeta.

Tuvo la oportunidad de visitar familias que nunca habían recibido la visita de un médico en su casa, en zonas muy desfavorables.

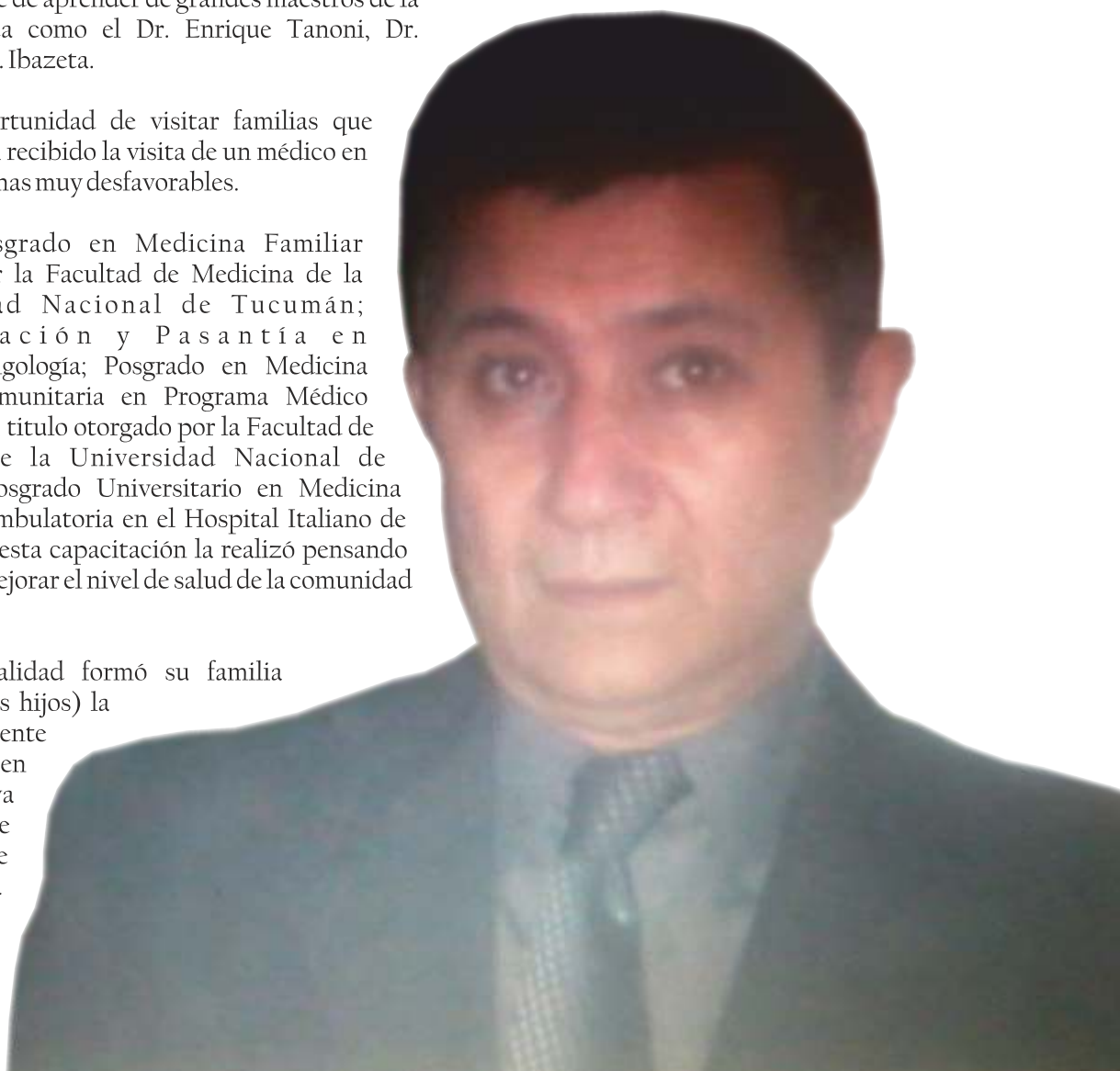
Realizó Posgrado en Medicina Familiar otorgado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán; Capacitación y Pasantía en Otorrinolaringología; Posgrado en Medicina Social y Comunitaria en Programa Médico Comunitario, título otorgado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán; Posgrado Universitario en Medicina Familiar y Ambulatoria en el Hospital Italiano de Bs. As. Toda esta capacitación la realizó pensando siempre en mejorar el nivel de salud de la comunidad de El Jardín.

En esta localidad formó su familia (esposa y tres hijos) la cual actualmente reside con él en el pueblo, ya que desde que ingresó se quedó hasta el día de hoy a residir y sentirse un

integrante más de esa comunidad.

En el año 2014, fue reconocido por el Colegio de Médicos de la Provincia de Salta con la “Distinción al Humanismo en el Ejercicio de la Profesión Médica”, recibiendo un diploma y medalla de oro.

Dr. Néstor Enrique Heredia
M. P. N° 1.856



Perfil Epidemiológico Año 2014 - Area Operativa XI

Aspectos Generales

La provincia de Salta se divide, en lo que concierne a su organización sanitaria, en cuatro zonas:

Centro
Oeste
Sur
Norte

Cada una de esas zonas sanitarias comprende una serie de unidades más pequeñas, las Areas Operativas, nucleadas alrededor de un hospital base, que prestan servicios de atención, prevención y promoción de la salud a una superficie geográfica determinada de la provincia.

Dentro de la Zona Sanitaria Norte se encuentra el Area Operativa: XI, ORAN, con base en la ciudad del mismo nombre.

Dicha área operativa tiene una jurisdicción propia de aproximadamente 8.000 Kilómetros cuadrados y, como su hospital base es en cuanto a infraestructura y dotación de camas el segundo en la provincia, hospital de referencia de áreas operativas vecinas y de algunas localidades limítrofes bolivianas.

El Area Operativa XI limita al norte con la vecina República de Bolivia, al este con las Areas Operativas de Tartagal, Mosconi y Embarcación, al sur con el Area Operativa de Yrigoyen y al oeste con Areas Operativas correspondientes a la Zona Sanitaria Oeste.

Se ubica en su mayor parte en el Departamento Orán y en menor medida en los Dptos. San Martín, Iruya y Santa Victoria.

Comprende dos regiones con características geográficas y climáticas distintas:

a) Una región de clima subtropical, de baja altura sobre el nivel del mar, con tierras muy fértiles para cultivos tropicales, que se extiende por el

Valle del Zenta, con precipitaciones anuales que superan los 1.000 milímetros y temperaturas estivales de más de 40 grados.

b) Una región serrana, extendida en los departamentos de Iruya y Santa Victoria, con alturas mayores a los 1.000 metros sobre el nivel del mar, apta para ganadería y agricultura de supervivencia y de difícil accesibilidad en época veraniega.

Los ríos más importantes que discurren por el área operativa son el Bermejo al norte, que es a su vez límite con la República de Bolivia, el Blanco, ubicado inmediatamente al norte de la ciudad de Orán, el Pescado y el Solazutti a mitad de camino entre la ciudad cabecera y Aguas Blancas, pueblo fronterizo con Bolivia.

La fauna y flora son típicas de regiones subtropicales y la actividad económica se halla prácticamente concentrada en la explotación agrícola de tipo intensivo como es la producción de verduras, hortalizas y frutas. Últimamente se están realizando desmontes importantes a lo largo de la Ruta Nac. 50; las tierras así obtenidas se dedicarán a cultivos extensivos de soja y poroto.

En cuanto a los medios de comunicación, el área operativa se encuentra atravesada por la ruta nacional N° 50 que une a la localidad de Aguas Blancas con la de Pichanal, donde se une con la ruta nacional N° 34 que la vincula con el resto del país.

La ciudad de San Ramón de la Nueva Orán cuenta con una pista de aviación, apta para operaciones de aviones de gran porte que, aunque con actividad reducida le permiten enlazar con el sur del país.

La población estimada que habita el área operativa es de 100.000 personas, con una conformación de su pirámide poblacional que muestra una población joven, con una gran concentración de habitantes en

edad económicamente activa.

El Área Operativa cuenta con tres Sub Áreas rurales: Sub Área Río Pescado con cabecera en el Centro de Salud de Aguas Blancas, Sub Área Los Cerros, cuya base es el Centro de Salud de Isla de Cañas, y Sub Área Los Toldos, cuyo referente es el Centro de Salud de la localidad del mismo nombre. Estas Sub Áreas cubren el 100% de la población rural por medio del Programa de APS. El Área Operativa también cuenta con nueve Sub Áreas urbanas: Patrón Costa, San Francisco, Aeroparque, San José, 200 Años, 9 de Julio, Güemes, Taranto y Retambay. Estas dan cobertura por APS a aproximadamente el 50% de la población de la ciudad de Orán. El área cubierta corresponde a la zona periférica y suburbana de la ciudad, quedando descubierta por el programa el sector céntrico y algunos barrios de reciente formación.

MORBILIDAD

Si analizamos el área operativa desde el punto de vista de la Morbilidad estamos en condiciones de afirmar que a semejanza de las áreas vecinas el problema predominante son las IRAs, (Infecciones Respiratorias Agudas), especialmente en los niños, las Diarreas tanto en infantes como en adultos y las Parasitosis. Las dos últimas debidas en su mayoría al mal saneamiento ambiental y a una serie de factores socio-económico-culturales predisponentes.

Si bien en las planillas de notificación de enfermedades y en números absolutos, las patologías nombradas precedentemente ocupan el primer lugar, es justo comentar que no ha habido incremento de valores respecto a años anteriores, estando dentro de los corredores endémicos.

- El Área Operativa ha sufrido en los últimos años el embate de las llamadas enfermedades emergentes y reemergentes que si bien han afectado a todo el país, lo han hecho en mayor medida en las regiones fronterizas y en aquellas más pobres. También son importantes para la región las llamadas enfermedades endémicas tropicales

.COLERA

A partir del año 1.992 y con origen en una epidemia en Perú el Cólera aparece en el país y en la provincia de Salta. Con el correr de los años la cantidad de casos se ha dado en cantidades decrecientes; en el año 1998 se han registrado los dos últimos pacientes de la

enfermedad, epidemiológicamente importados de Bolivia. Aún así sigue siendo una enfermedad de riesgo y en vigilancia epidemiológica activa.

PALUDISMO

Es una enfermedad típicamente tropical. Entre los años 2000 – 2004 la cantidad de casos disminuyó anualmente en la medida en que se ejercieron acciones binacionales, (Argentina-Bolivia: Plan ArBol), en el control del mosquito vector. A partir de diciembre de 2005 y durante los dos primeros meses de 2006 hubo un incremento de notificaciones de la enfermedad, debido a un brote epidémico que se dio en distintos parajes del Área Operativa como así también en Áreas Operativas vecinas y en la zona fronteriza de la República de Bolivia. En la actualidad han disminuido las notificaciones, hecho coincidente con una mayor dedicación de personal de Control de Vectores del Ministerio de Salud de la Nación a tareas de fumigación específicas para Paludismo, como también a una mayor y mejor detección de enfermos.

No hay casos notificados durante el año 2014.

LEISHMANIASIS

Patología tropical que ha sufrido brotes epidémicos en los años 1998 (556 casos) y 2002 (105 casos). La media anual es de alrededor de 70 enfermos. Durante el año 2007 se notificaron y trataron 44 enfermos a pesar que se han incrementado las áreas de desmonte y deforestación, con invasión del ser humano de áreas selváticas, hábitat natural del flebótomo transmisor. Los registros de los años 2008, 2009 y 2010 indican que se notificaron 50, 28 y 17 casos respectivamente.

Por otra parte, las ciudades se han visto desbordadas por la cantidad de nuevos asentamientos, (producto del éxodo de poblaciones rurales nativas y extranjeras) hacia los centros urbanos lo que conlleva al avance paulatino de las personas sobre la zona rural, ámbito de residencia del vector, y con ello la posibilidad de que haya un nuevo incremento de la enfermedad a corto y/o mediano plazo.

En los años 2012, 2013 y 2014 se notificaron 36, 40 y 41 casos respectivamente.

HANTAVIRUS

Enfermedad emergente con diagnóstico de

laboratorio a partir del año 1.991.

Es a partir de ese año que se hace diagnóstico etiológico de la enfermedad, con cantidad de casos que aumentan año a año hasta 1.997. Es de suponer que el incremento en la cantidad de enfermos se debió a la búsqueda activa de los mismos. La media es de 20 casas anuales atendidos en el Hospital San Vicente de Paul, centro que asiste a las Areas Operativas vecinas y algunas veces a enfermos derivados de Bermejo (Bolivia). La letalidad por la enfermedad ha descendido significativamente en los últimos años. La curva de la enfermedad tiene dos incrementos anuales, uno que hace su acmé en el mes de marzo de cada año y el otro en el mes de octubre-noviembre. En lo relativo al año 2006, la cantidad de casos registrados se incrementó notablemente respecto a años anteriores, notificándose un total de 46 pacientes asistidos en el hospital local, 9 de ellos fallecidos y el resto con evolución satisfactoria. Veinte (20), pacientes corresponden a enfermos con residencia en el A. Operativa XI. Durante el año 2007 se registraron 26 casos con una letalidad del 12 %. En el período 2008 los casos notificados fueron 29, 26 en el 2009 y 22 enfermos durante 2010, con una letalidad promedio del 14%. En el año 2012 se registraron 24 pacientes, 12 en el año 2013 y 25 en el 2014. La letalidad en todos esos períodos fue inferior al 10%.

DENGUE

Patología esencialmente tropical ligada a la presencia del mosquito transmisor *Aedes Aegypti*.

Si bien la presencia del vector se comprobó en todo el norte y centro del país, la enfermedad se manifestó en las provincias del norte de la Argentina.

El Area Operativa XI registró un solo caso de Dengue en el año 1.998 con nexo epidemiológico indeterminado. Es durante enero a abril del año 2004 cuando el Area Operativa XI sufre el embate de un brote epidémico importante que afectó prácticamente también a todas las Areas de la zona Norte. En Orán se tomaron 1.140 muestras (sospechosos), de las que resultaron 533 probables y 65 confirmadas para el serotipo Dengue 3. Alrededor de 400 muestras no fueron informadas. En los años 2005 y 2006 y 2007 se han tomado muestras de enfermos con síndrome febril, las que en su totalidad dieron resultado negativo.

Durante el verano y parte del otoño del año 2009 se

registró un brote epidémico importante de la enfermedad, hecho que se repitió en gran parte del centro y norte del país, con notificación oficial de más de 800 casos. Los mismos ocurrieron en toda el área operativa incluidas las zonas serranas. En el año 2010 los casos comprobados fueron 58.

Se continúa haciendo vigilancia epidemiológica activa, con la captación e investigación de febriles y el permanente relevamiento entomológico, con información actualizada semanalmente en cuanto a Índices de Infestación de Viviendas y Breteau. Dicha información se obtiene por brigadas especialmente conformadas por personal perteneciente a APS, municipio y también por parte de agentes de Control de Vectores.

El tema Dengue merece una reflexión aparte ya que es de estacar la importancia del factor cultural y económico social que se da en la mayoría de las poblaciones de la frontera norte de nuestro país.

Nuestras ciudades son muchas veces olvidadas por nuestras autoridades nacionales y provinciales, en consecuencia, los sistemas de eliminación de excretas y provisión de agua potable no son los mejores. A eso hay que agregar el clima tórrido del verano y los elevados índices pluviométricos anuales, circunstancias estas que ayudan a la proliferación de vectores como el mosquito *Aedes aegypti*, transmisor de la enfermedad. A estos elementos se suman la continua aparición de núcleos poblacionales nuevos (asentamientos), generalmente en tierras fiscales u olvidadas por sus dueños, sin agua y sin saneamiento, con construcciones sumamente precarias, con acopio de agua en recipientes sin tapas que son llenados con mangueras que transportan el líquido desde barrios vecinos, generalmente ubicados a más de 100 metros del emplazamiento, con pérdidas a lo largo de todo el trayecto lo que favorece la aparición de charcos donde se reproducen mosquitos y demás insectos.

Ante la poca oferta en el campo laboral una parte de la población se dedica a lo que en la zona se denomina "bagayeo o bagayaje" que consiste en el transporte de bultos de hasta 80 Kg que ingresan al país en gorma ilegal y que para eludir los controles aduaneros y de gendarmería deben transitar por el monte para llegar a la ciudad de donde son reenviados al sur del país. Ese tránsito por zona selvática expone a los bagayeros o pasadores a infinidad de patologías zoonóticas propias de la región, algunas de gravedad

inusitada como la enfermedad por Hantavirus, que hacen que su trabajo sea de riesgo. En esas idas y vueltas al país vecino pueden ingresar al país el virus Dengue (al haber sido picados por mosquitos infectados). En estos casos se trata de una enfermedad importada, o bien traer como pasajero polizón en su bagaje a una serie de vectores que después se reproducen en nuestro país apareciendo los casos de patologías autóctonas.

Ante este panorama de pobreza y de actividad ilegal que describo en párrafos anteriores, sumado a los problemas de inseguridad que vive todo el país y que hacen que el trabajo en determinados conglomerados poblacionales urbanos sea difícil y riesgoso, se enfrentan los Operarios de Dengue Municipales, las Brigadas de Control de Vectores y los Agentes Sanitarios cada vez que deben hacer un control de foco ante un paciente positivo para la enfermedad.

Si bien los últimos 5 años hemos registrados casos de la enfermedad es en el año 2014 cuando se notifican 478 enfermos entre confirmados por laboratorio o por nexo epidemiológico. El serotipo implicado en esta ocasión fue el DEN4. Durante el año 2013 hubo un pequeño brote de 117 enfermos a serotipo DEN2 y DEN4.

Es a partir del verano 2013-2014 que se empieza a usar para el control de foco un preparado con una suspensión de esporas del hongo *Beauveria bassiana*, insecticida biológico en reemplazo de los insecticidas piretroides que se utilizaban hasta la fecha y cuya aplicación la realizaba personal de Control de Vectores del MSP de la Nación. Este preparado es aplicado por personal municipal con asesoramiento de técnicos de la Dirección de Epidemiología provincial.

TUBERCULOSIS

La media de los últimos años fue de alrededor de 50 pacientes. Durante el período 2005 se notificaron 78 casos, mientras que los enfermos denunciados durante el año 2006 son 63, al igual que los relevados durante el año 2007. En el período 2008 la notificación de casos ascendió a 49 enfermos, siendo 26 los casos positivos del año 2009. Durante 2010 se notificaron 49 enfermos del Area Operativa. El Hospital San Vicente de Paul cuenta con un Sector de Tisio Neumonología, desde donde se insta permanentemente a la búsqueda de sintomáticos respiratorios.

En los dos últimos años hubo un incremento en las notificaciones registrándose 79 en el año 2013 y 86 casos en 2014.

OFIDISMO

Sigue siendo un problema para el Area Operativa N° XI y áreas vecinas la incidencia de casos de ofidismo, con predilección por pobladores rurales, en especial en zonas de cultivo de bananas. En el año 2005 se registraron 11 casos en el Area Operativa, todos con buena evolución. Las notificaciones durante 2006 descendieron a 5 y no hubo notificaciones de pacientes mordidos por ofidios en el año 2007 en nuestra Area Operativa, aunque sí se asistieron pacientes provenientes de otras localidades. Durante el período 2008 se registraron 2 accidentes ofídicos, ninguno en 2009 y 2 casos en el año 2010. Es de hacer notar que el Hospital San Vicente de Paul asiste por lo general a pacientes con accidentes ofídicos graves derivados desde otras Areas Operativas.

En los últimos años las notificaciones fueron 4 casos en 2011, 4 también en 2012, 6 casos se registraron en 2013 y 7 en 2014.

ACCIDENTES DE TRANSITO

Es de primordial importancia para el autor del presente informe la cantidad e incremento anual de accidentes de tránsito con alta morbi-mortalidad que se dan en el Area Operativa XI, producto de la falta de control de las autoridades competentes: nacionales, provinciales y municipales.

Durante los últimos años las cifras que causan estos accidentes, los ha colocado dentro de las 10 primeras causas de morbilidad de la región.

En el año 2006 se han notificado 701 casos, lo que representa un 30% de incremento respecto a año anterior, ocupando en 7º lugar en cuanto a eventos más notificados. Durante 2007 se registraron 736 accidentados, por lo que ocupando el mismo puesto en cuanto a cantidad de notificaciones. En el período 2008 los accidentados fueron 896; 800 en 2009 y 923 en el año 2010.

Los accidentes se incrementaron notablemente en los dos últimos años, registrándose 1436 en 2012 y 1409 en 2014. Es de hacer notar que la mayoría de ellos involucra a motocicletas conducidas en muchos casos por menores de edad o por adultos que no

portan el casco correspondiente como medida de protección.

IRA's

En números absolutos es por lejos la patología que ocupa el primer lugar de las notificaciones del Area Operativa, aunque a lo largo de los últimos años ha ido en decremento. Si se observa el Canal Endémico las notificaciones de prácticamente todo el año han estado en el corredor de Éxito o Seguridad. En los últimos años se ha implementado desde el nivel central la denominada Campaña de Invierno que entre otras acciones implica la vigilancia intensificada de ETIs y Neumonías, con lo que el control y los registros se han optimizado. También los últimos años se vacunado a personal de salud y personas con factores de riesgo contra la Gripe H1N1 y otros virus respiratorios

DIARREAS

< 5 Años

Al igual que en el caso anterior, las notificaciones en los últimos años se registran en los corredores inferiores, notándose una leve disminución respecto a años anteriores. Al igual que en el caso anterior la introducción de la Campaña de Verano ha mejorado la detección, el control y seguimiento de los enfermos.

> 5 Años

Semejante es la situación de los mayores de 5 años a la del los menores.

Dr. Pedro Alberto Cortada
Jefe del Programa de Epidemiología
Hospital San Vicente de Paúl (Orán)

AREA ADMINISTRATIVA

GERENCIA	Jorge Aramayo
SECRETARÍA DE GERENCIA	Diego Loza
SECTOR CONTABLE	Gustavo Gariboli / Ricardo Muloni
SECTOR ESPECIALIDADES	Raúl Córdoba / Alfredo Ruiz
SECTOR MATRICULACIONES	Luis Aramayo
SECTOR HABILITACIONES	Fabián Tapia
MESA DE ENTRADAS	Anabella Alvarez / Lucas Rodríguez

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

AREA INFORMATICA

Ing. Francisco Fernández

MANTENIMIENTO

Ramiro Flores
César Arias

Nuevos anticoagulantes orales y riesgo de Hemorragia Digestiva (2da. Parte)

TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA

Considerando que las pruebas de coagulación estándares usadas en la gran mayoría de los casos como método de cribado en pacientes que sangran y toman NACO (tiempo de tromboplastina parcialmente activada, el tiempo de protrombina y tiempo de trombina) son reactivo dependientes pueden tener resultados normales o levemente alterados, la medición del RIN y KPTT no descartan la presencia de los niveles del anticoagulante circulante a dosis terapéuticas que señalan mayor riesgo. Pruebas específicas como el tiempo de trombina diluida (TDT) para la medición de dabigatrán y anti-Xa para rivaroxaban y apixaban, pueden medir con precisión el nivel de anticoagulación, es decir el nivel de concentración del fármaco en sangre, pero la disponibilidad de estas varía entre los laboratorios y esto debería conocerse antes del inicio del tratamiento. Sin embargo, aún no se han publicado informes en el rango exacto de concentración plasmática de NACO y el riesgo de hemorragia gastrointestinal. La falta de métodos para medir adecuadamente la magnitud de la anticoagulación con los nuevos anticoagulantes añade complejidad al uso de estos fármacos en pacientes con insuficiencia renal, particularmente en los que el grado de alteración puede variar dependiendo de situaciones intercurrentes (deshidratación, nefrotoxicidad por otros fármacos, pacientes muy ancianos). También hay preocupación sobre la eliminación en situaciones en que se precise retirar los fármacos por hemorragia o procedimientos invasivos o cirugía. Harían falta estudios randomizados de evaluación de estos fármacos en este tipo de pacientes en cuanto a seguridad y eficacia.

TRATAMIENTO EN CASO DE SANGRADO

Los pacientes anticoagulados pueden sufrir hemorragias por el efecto propio de los fármacos anticoagulantes o por situaciones intercurrentes que puedan desencadenar un sangrado, como

traumatismo, caídas, etc. Aunque los NACO pueden ser más seguros, actualmente no existen antídotos que neutralicen su efecto. El tratamiento de la hemorragia relacionada con estos fármacos consiste en las medidas generales de soporte vital, transfusión de hemoderivados, mantener la volemia y esperar a que su efecto desaparezca, dado que su vida media es corta y su eliminación, rápida. La falta de antídoto es una cuestión relevante respecto a la generalización en todas las situaciones y que genera incertidumbre, sobre todo por la poca experiencia existente en el tratamiento de las complicaciones hemorrágicas agudas. (Ver Nota del Director)

Podría mencionar la mejor evidencia al momento respecto al tratamiento.

CORRECCIÓN DE LA COAGULOPATÍA DURANTE HEMORRAGIA GI POR NACO

Rangos elevados en valores de coagulación inducidos por fármacos durante el sangrado gastrointestinal se asocian con una mayor mortalidad. La corrección de la coagulopatía inducida NACO debe ser el objetivo; sin embargo, no hay antídoto contra dabigatrán o rivaroxaban y apixaban. Algunos trabajos hacen recomendaciones basadas en limitada la experiencia.

a. Detener la administración de NACO: La decisión de suspender la terapia en el contexto del sangrado agudo debe hacerse de manera individual cuidado sopesar los riesgos tromboembólicos y gastrointestinales (riesgo/beneficio). En la coagulopatía inducida por NACO la corrección depende de la vida media del fármaco usado y de la depuración renal en la mayoría de los casos (generalmente entre 9 a 14 horas). Además, dentro de 2-4 horas después de reiniciar NACO, el efecto terapéutico se restaura. Este último es de importancia dado el aumento de la mortalidad cuando se detiene el uso de anticoagulantes en comparación a la continuación en el contexto de una hemorragia gastrointestinal. Rotar a terapia AVK en estos pacientes podría ser una opción más segura y

Nota del Director: Luego de recepcionado este artículo para su publicación en la revista Vínculos, se dio a conocer en la literatura médica que el IDARUCIZUMAB actuaría como antídoto del DABIGATRAN (Pollack CV Jr., Reilly PA, Eikelboom J, et al. N Engl J Med. 2015;373(6):511-520).

debería ser considerada.

b. Concentrado de complejo protrombínico (PCC): Existen algunas evidencias que demuestran que la administración de PCC puede actuar como una agente de “reversión” en humanos sanos que usan NACO. La administración de PCC debe ser considerada en el casos de a la hemorragia gastrointestinal severa.

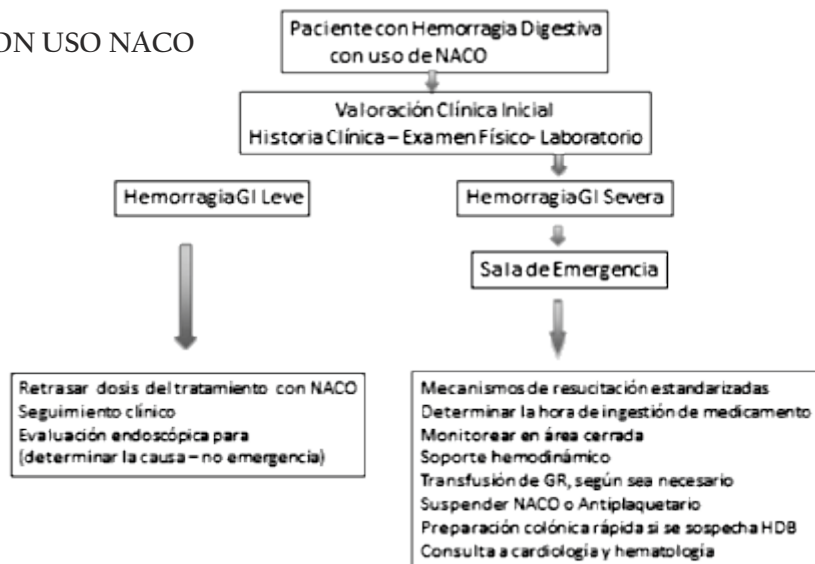
c. El plasma fresco congelado: Aunque comúnmente utilizados, no hay datos que avalen su uso en los seres humanos que toman NACO.

d. Factor VIIa recombinante: Su uso no se ha estudiado en seres humanos para la reversión de

sangrado por NACO y los resultados en modelos animales no son concluyentes. En casos de hemorragia GI grave asociada a NACO, el balance costo/beneficio y riesgos deben individualizarse. No hay evidencia experimental tampoco para el uso de desmopresina (DDAVP) ni antifibrinolíticos tales como el ácido tranexámico.

e. La hemodiálisis o hemoperfusión: Los únicos pasibles de un eventual beneficio son los sangrantes que toman dabigatrán. Desafortunadamente, la realización de esto en un sangrado paciente en un shock hipovolémico puede ser, al menos, dificultosa. Rivaroxaban y apixaban por su unión potente a proteínas hacen que sus metabolitos no puedan eliminarse rápidamente por ésta vía de depuración.

PAC CON HDA CON USO NACO



Desai et al. Gastrointestinal Endoscopy . 2013; 78(2):227-239

MANEJO ENDOSCÓPICO

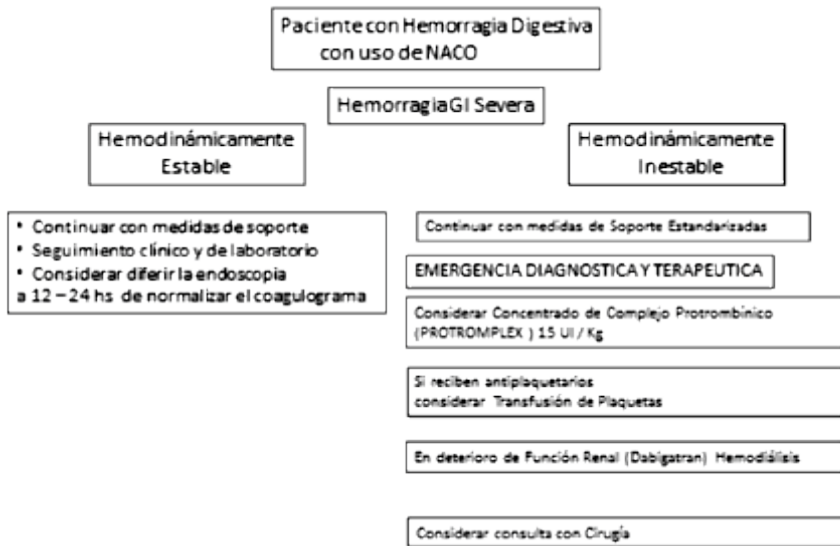
En cuanto a manejo endoscópico, no hay datos disponibles con respecto a otras estrategias endoscópicas que se utiliza actualmente. Agentes antitrombóticos pueden precipitar y prolongar el sangrado de las lesiones pre-existente pesar de las técnicas hemostáticas actuales. Modalidades endoscópicas novedosos tales como polvo hemostático (hemospay) por tanto, puede resultar una buena alternativa cuando se trata de hemorragias asociadas a NACO, pero desconocemos fehacientemente estudios a largo plazo con éste método hemostático.

Los inhibidores de la bomba de protones (IBPs) durante el uso NACO son utilizados habitualmente.

Al igual que en el tratamiento frente al sangrado digestivo por uso de otros anticoagulantes/antiagregantes, en caso de hemorragia digestiva alta asociada a NACO, la administración intravenosa de altas dosis de IBPs se presume beneficiosa, ya que neutraliza pH que conduce a la estabilización del coágulo. Trabajos a futuro deberían demostrar el papel de los IBPs en ésta situación.

Es necesario disponer de datos clínicos en situaciones reales para establecer qué tipo de tratamiento hemostático es el más adecuado. Se deben contar con mayores trabajos y a largo plazo. Disponer de antídotos específicos capaces de bloquear el efecto del fármaco circulante en caso de intoxicación, cirugía urgente o hemorragia grave

debería ser materia de estudio a corto plazo para la industria farmacéutica.



Desai et al. Gastrointestinal Endoscopy . 2013; 78(2):227-239

Para el caso de pacientes que toman NACO y requieren procedimientos endoscópicos electivos, se resumen en

cuadros siguientes algunas de alternativas a considerar (en bibliografía adjunta desarrollada).

NUEVOS ANTICOAGULANTES

Manejo de pacientes que usan Nuevos ACO Manejo Periendoscópico

Procedimientos GI de bajo riesgo - Diagnósticos

El procedimiento se debe realizar cuando el NACO está en niveles mínimos y el efecto anticoagulante es relativamente bajo

Rivaroxaban 20 mg en 1 toma
Procedimiento a las 20 hs de la última toma

Dabigatran 75 mg en 2 tomas / día // Apixaban
Procedimiento a las 10 hs de la última toma

Desai et al. Gastrointestinal Endoscopy . 2013 Nov; 78(2):227-239

Manejo de pacientes que usan Nuevos ACO Manejo Periendoscópico

Procedimientos GI de mayor riesgo
Polipectomías - Gastrostomías - Esfinterotomía- Drenajes

El procedimiento se debe realizar con suspensión de la Anticoagulación por 2 - 3 vidas medias

- Rivaroxaban Suspender 3 días previos al procedimiento
- Dabigatran // Apixaban
Suspender 2 días previos al procedimiento
En insuficiencia renal suspender 5 días previos al procedimiento

Desai et al. Gastrointestinal Endoscopy . 2013; 78(2):227-239

CONCLUSIONES

Hasta hace poco la selección de un anticoagulante oral se limitaba a los AVK, que en la práctica muestran escasas diferencias. Los nuevos fármacos orales inhibidores directos están disponibles para diversas indicaciones. Habrá que identificar inicialmente qué pacientes pueden beneficiarse de determinado fármaco, considerar cuestiones de eficacia, seguridad y cuestiones farmacológicas, fundamentalmente en lo referente a la función renal y las interacciones, sobre todo teniendo en cuenta la falta de antídoto para los NACO.

Es muy importante favorecer la adherencia de los

pacientes, educarlos como “paciente anticoagulado” ya que, independientemente del anticoagulante prescripto, existen riesgos y precauciones comunes a todos los pacientes que reciben anticoagulantes. Si la adherencia a los anticoagulantes disminuye (falta de controles y por la falsa sensación de seguridad), las posibles ventajas de eficacia y seguridad pueden verse sobrepasadas por una mayor incidencia de complicaciones tromboembólicas en los pacientes con mala adherencia.

Dr. Julio César Lotero Polesel
Gastroenterólogo Universitario
Instituto de Gastroenterología y Endoscopia
Salta (IGES) - Hospital Militar Salta

La pobreza del lenguaje en las Historias Clínicas y la vejez de los conocimientos en Medicina

Las historias clínicas carecen hoy de la profundidad y de la riqueza informativa de antaño. La medicina experimentó una importante pérdida: las grandes descripciones y sus artífices parecieron desvanecerse.

Se asume, injustificadamente, que los conocimientos antiguos o viejos son inservibles, piezas de museo o búsquedas inútiles de historiadores y de ratas de biblioteca. Este tipo de conceptualización se da también en la medicina y en las ciencias fácticas.

Hoy se han olvidado y se desconocen las descripciones extraordinarias en sus originales de Paul Georges Dieulafoy (1839-1911) de su “drama pancreático”, Alois Alzheimer (1864-1915) de la demencia que lleva su nombre, William Heberden (1710-1801) de la angina de pecho y la insuficiencia coronaria, James Parkinson (1755-1824) de su “parálisis agitante”, William Harvey (1578-1657) con su descubrimiento de la circulación de la sangre, Andrés Vesalio (1514-1564) que revolucionó la medicina y la anatomía galénica, Thomas Willis (1621-1675) que avanzó sobre la anatomía funcional del cerebro y describió la miastenia gravis, Thomas Sydenham (1624-1689) con su corea menor y otras descripciones clínicas, Santiago Ramón y Cajal (1852-1934) cuyo “neuronismo” y las descripciones sinaptológicas de las células nerviosas abrieron el camino de la neurociencia, la computación y la informática, Robert Burton (1577-1640) que describió en forma certera aunque de manera barroca la anatomía de la melancolía en 1621 que hoy llamamos depresión y que sobrea abunda como enfermedad en el mundo. El recientemente fallecido Oliver Wolf Sacks (1933 - 2015) cuyos textos han sido y serán una puerta al conocimiento de la mente humana y, al mismo tiempo, una invitación a su transmisión. Este explorador de la mente supo

también convertirse en un personaje popular, gracias a su extraordinaria empatía para narrar las historias de personas a las que nadie prestaba atención aquejados por la enfermedad de Parkinson, la ceguera al color, la musicofilia, los tics nerviosos, el síndrome de Asperger, las migrañas, las epilepsias, las alucinaciones, es decir, los meandros de la mente enferma.

Se afirma que el DSM que codifica la salud mental, sus desvíos y las enfermedades psiquiátricas es una especie de biblia que supera descriptivamente los grandes problemas del espíritu humano. Mucho antes de la aparición de este libro catálogo las enfermedades mentales y las tribulaciones psicológicas están insustituiblemente presentadas y descritas en todos sus matices desde la antigüedad en las obras inmortales de William Shakespeare (1564-1616) o de Miguel de Cervantes (1547-1616).

Estos recuerdos y afirmaciones no invalidan la importancia y la trascendencia para la salud individual y pública de la utilización de estudios tecnocientíficos para el

diagnóstico, tratamiento y valoración postfacto del accionar médico. Recordemos que el informe Framingham que es un estudio epidemiológico de la incidencia y prevalencia de las enfermedades cardiovasculares que hoy cumple 67 años de edad sin haber perdido su vigencia permitió, entre otras cosas, por el simple análisis de miles de historias clínicas bien construidas y sin el uso de tecnología médica alguna, establecer entre otras cosas que la administración de ácido acetilsalicílico en bajas dosis y en forma permanente previene los accidentes cerebrovasculares.

Al estudiar las viejas historias clínicas de los pacientes internados en asilos y en hospitales



públicos encontramos observaciones clínicas y fenomenológicas sumamente detalladas, presentadas a menudo en forma de relatos de riqueza y de densidad casi novelescas.

Tras la institucionalización de rígidos criterios, de manuales de diagnóstico estadístico, de algoritmos definidos como conjuntos ordenados y finitos de operaciones o de datos que permiten hallar el diagnóstico, la explicación y la solución de un problema médico en forma absoluta; lo que se llamó hace veinte años la medicina basada en evidencias que fue el gran paradigma hoy está en crisis. La minuciosa y rica descripción de los fenómenos ha desaparecido y es sustituida por breves notas que no ofrecen una imagen real del paciente o de su mundo, sino que reducen a éste, y a su enfermedad, a una mera lista de criterios de diagnóstico «mayores» y «menores».

Las historias clínicas carecen hoy de la profundidad y de la riqueza informativa del pasado, y apenas sirven para realizar esa síntesis tan necesaria entre ciencia y su aplicación concreta al caso particular. Por ello las «viejas» historias clínicas seguirán siendo sumamente valiosas.

En opinión de Goethe, la realidad no está en las simplificaciones e idealizaciones de la física, sino en la compleja realidad fenomenológica de la experiencia.

¿Qué hace que una observación o una idea nueva resulte aceptable, discutible, memorable? ¿Qué es lo que impide que sea así, pese a su importancia y su valor?

En general, las nuevas ideas nos resultan profundamente amenazadoras y por ello le cerramos el paso o bien nos enamoramos de ellas decretando la obsolescencia de las viejas ideas. Esto es cierto en muchos casos y no se reduce todo a la psicodinámica y a la motivación que pretenden explicar este fenómeno.

No basta con aprehender algo, con «captar» algo, fugazmente. La mente debe ser capaz de acomodarlo, de retenerlo. Este proceso de acomodación, de creación de un espacio mental, de una categoría con conexiones potenciales y la voluntad de hacerlo determina si una idea o un descubrimiento va a arraigar y dará fruto, o si, por el contrario, será olvidado, se desvanecerá y morirá sin dejar rastro.

Debemos permitirnos a nosotros mismos salir al paso de las nuevas ideas para transformarlas en conciencia plena y estable, y en darles forma conceptual reteniéndolas en nuestra mente aun cuando no encajen con los conceptos, las creencias o las categorías existentes, o incluso las contravengan.

Los ejemplos negativos o excepciones son de gran importancia; es esencial tomar nota de las excepciones y no olvidarlas, o juzgarlas triviales y oponerse a las simplificaciones y sistematizaciones prematuras en el ámbito científico que pueden cegarnos, anquilosar la ciencia e impedir su crecimiento vital.

«Toda ciencia», escribía Kohler en 1913, «posee una especie de desván al que van a parar, casi automáticamente, todas las cosas que no pueden usarse en el momento, que no llegan a encajar. Estamos continuamente desechando, infrutilizando, un material sumamente valioso que conduce al bloqueo del progreso científico».

Es frecuente el desprecio de la ciencia dura hacia la medicina clínica, y especialmente hacia los casos concretos. Todos los casos clínicos serios, son rigurosamente científicos y encarnan una ciencia de lo individual tan dura como la física o la biología molecular.

Las descripciones de enfermedades o patografías eran muy detalladas en la antigüedad y ofrecían una importante cantidad de información. A mediados y a finales del siglo XIX fue un período en el que se describieron miles de trastornos y enfermedades claramente diferenciados, con minuciosidad no superada desde entonces. Fue ésta una época de amplia apertura a la experiencia, de amor por los fenómenos, de talento para describirlos, y dotada de una suerte de pasión cartográfica por la clasificación y la ubicación gnosológica aunque no se pensara demasiado en su naturaleza o en su significado.

Dijimos que la medicina experimentó una importante pérdida al desaparecer las grandes descripciones y sus artífices, que antaño fueran su gloria y que parecieron desvanecerse. Y con el fin de esta tradición, cierta sensación de pérdida, de amnesia, de memoriosa nostalgia se apoderó de la medicina y de muchos de nosotros los médicos.

Dr. Leonardo Strejilevich
M. P. Nº (J) 1.246

FOTO NOTICIAS



El día 09 de Octubre pasado, los Dres. Matías Orquera y Cecilia Guaymás Tornero, integrantes de la Comisión Consultiva de Jóvenes Médicos, acompañados por los Dres. José Luis Abadía, César Roldán y Melina Pérez, viajaron a la localidad de Iruya para brindar atención gratuita en el Hospital "Dr. Ramón Carrillo" en las especialidades de Ginecología, Pediatría, Oftalmología, Medicina General / Familiar y Clínica Médica. También se aprovechó la ocasión para realizar entrega de donaciones de ropa y alimentos no perecederos recolectados para tal fin.

Acto Académico Cultural

El día 26 de Noviembre, en la sede del Colegio de Médicos de la Provincia de Salta, se llevó a cabo un emotivo Acto Académico Cultural en el cual se cumplieron 3 objetivos:

- 1) Entrega de la “Distinción al Humanismo en el Ejercicio de la Profesión Médica 2015” al Dr. Basilio Torres, profesional de Orán, como merecido reconocimiento a su voluntad para enfrentar sus limitaciones físicas y lo mismo continuar brindándose a la comunidad toda.
- 2) Reconocimiento al esfuerzo y originalidad a trabajos de investigación de profesionales salteños presentados en el marco del “Premio Anual Colegio de Médicos de la Provincia de Salta 2015”.
- 3) Entrega de diplomas a profesionales declarados “Colegiados Honorarios” por registrar 45 años o más en la matrícula de la Institución. El Dr. Héctor Luis Figueroa Bernal, fue quien agradeció dicha distinción en nombre de todos los Colegiados Honorarios.







DÍA DEL MÉDICO

Festejo Alusivo

La Comisión Consultiva de Jóvenes Médicos, con el objeto de celebrar el “Día del Médico”, organizó el día 28 de Noviembre de 2015 una velada para médicos en nuestra sede, contando con la animación en vivo de la Banda “Milanga”. Fue una fiesta muy concurrida, con muy buena onda de todos los colegas que asistieron. Se les ofreció también, en forma gratuita, un lunch y bebida libre.

La entrada consistió en un juguete que debían traer los asistentes a la fiesta. Los juguetes recolectados serán donados a los niños del Hospital Público Materno Infantil de la ciudad de Salta.

La Mesa Directiva del Colegio de Médicos de la Provincia de Salta, en aras de contribuir con la formación del joven médico, decidió sortear 2 becas entre los concurrentes que consisten en el pago de pasaje aéreo, estadía e inscripción para un Congreso Nacional de la Especialidad del ganador. Los beneficiados fueron el Dr. Carlos José Llanos (M. P. N° 1.535) y la Dra. Blanca del Socorro Sánchez (M. P. N° 3.654).







NOMINA DE AUTORIDADES

PERIODO 2014- 2016

CONSEJO DE DISTRITOS

PRESIDENTE Dr. WADY RUPERTO MIMESSI
SECRETARIA Dra. SOCORRO DEL VALLE EGÜES

MESA DIRECTIVA

Presidente Dr. JUAN JOSÉ LOUTAYF RANEA
Vicepresidente Dr. RAÚL CÁCERES
Secretario Dr. OCTAVIO GUANCA
Tesorera Dra. IRMA ADRIANA FALCO
Vocal Titular Dr. ANTONIO JOAQUÍN SALGADO
Vocal Suplente 1º Dr. GASTÓN CÉSAR ESPECHE
Vocal Suplente 2º Dr. GUSTAVO D'UVA
Vocal Suplente 3º Dr. JUAN JOSÉ ALBORNOZ

TRIBUNAL DE ETICA Y EJERCICIO PROFESIONAL

Miembro Titular Dr. MIGUEL ANGEL FARAH
Miembro Titular Dr. JOSE TOMÁS MUSELI
Miembro Titular Dr. HÉCTOR POLITI
Miembro Suplente Dr. VICENTE DOMINGO ALTOBELLI
Miembro Suplente Dr. ALBERTO ALEMAN

TRIBUNAL DE APELACIONES

Miembro Titular Dr. FRANCISCO ZENÓN AGUILAR
Miembro Titular Dr. RODOLFO ANÍBAL NAZAR
Miembro Titular Dr. LUIS D'MAYO
Miembro Suplente Dr. JOSÉ MARCOS AMPUERO
Miembro Suplente Dr. EDUARDO FABIÁN ACUÑA MARTÍNEZ

REVISORES DE CUENTAS

Miembro Titular Dr. VICENTE DANIEL GARCÍA
Miembro Titular Dr. JAVIER ALEJANDRO CAMPOS

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 1ª y 2ª 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: \$ 1600,00.-

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: \$ 220,00.-

DUPLICADO DE CREDENCIAL: Denuncia Policial. (1) Foto Carnet 3 cm. x 3 cm. Arancel: \$220,00.-

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 \$ 1600,00. - Para el caso de las especialidades quirúrgicas, se deberá acompañar detalle de las prácticas realizadas durante el último año, éstas deberán estar avaladas por el Gerente General, Jefe del Servicio, Jefe del Programa de Recursos Humanos del Hospital donde se desempeña. En caso de las actividades quirúrgicas privadas, el listado deberá estar avalado por el Director del establecimiento y la Asociación de Clínicas y Sanatorios de Salta. INSCRIPCIONES: Turno Febrero: hasta el 28/02 del año en curso. Turno Julio: hasta el 31/07 del año en curso.-

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

SALÓN DE CONFERENCIA: Capacidad: 150 personas. Totalmente equipado. Para su utilización se debe presentar nota dirigida a la Mesa Directiva del Colegio de Médicos de Salta con una antelación de 30 días a la fecha del evento.-

INTERNET: Horario de consulta de 07:00 a 15:00 hs.-

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

NUEVOS MATRICULADOS

BIENVENIDOS!!!

M. P. N°	APELLIDO Y NOMBRE
5833	Dra. Elena, Noelia Elizabeth
5834	Dr. Boglioli, José Luis
5835	Dra. Segovia, Paola Yésica
5836	Dra. Villarreal Medina, Gloria Noelia
5837	Dra. Romero Linares, Lía Noel
5838	Dr. Villatarco, Matías Andrés
5839	Dr. Ventura, Elbio Clemente
5840	Dr. Gutiérrez, José Emanuel
5841	Dra. Rivero, María Fernanda
5842	Dra. Fernández, Noelia Jimena
5843	Dr. Ciotta, Cristian Andrés
5844	Dra. Saura, Gisela Beatriz
5845	Dra. Rodríguez, Silvana Karen
5846	Dra. Quinteros, Natalia
5847	Dra. Espinoza Rocha, Romina Perla
5848	Dra. Barreto, Miriam Graciela
5849	Dra. Sartini, Sofía
5850	Dr. Albarracín, Gerardo Ariel
5851	Dr. Pievaroli, Juan Manuel
5852	Dra. Mellinger, Surai Tamara
5853	Dra. Condorí, Jacqueline Vanina
5854	Dra. García, Adriana Natalia
5855	Dr. Zacur Tauil, Jorge Baracat
5856	Dra. Narváez, Gisela Vanina
5857	Dra. Sánchez, Yamila Elizabeth
5858	Dra. Ortíz, Aline Claudete
5859	Dr. Domínguez Robles, José Ricardo
5860	Dra. Vides, Griselda Mariel
5861	Dr. Gutiérrez Sánchez, Alejandro
5862	Dr. Veleizán, Cristian Miguel Angel
5863	Dr. Antunez, Iván Federico
5864	Dr. Sánchez, Sebastián Francisco
5865	Dr. Cano Boloña, Gonzalo
5866	Dr. Zeman Bardeci, Luis Alberto
5867	Dr. Andjel, Germán Alejandro
5868	Dr. Escalante, Eustaquio Reynaldo
5869	Dr. Guzmán, Eduardo Antonio
5870	Dra. Adad, Romina Valeria
5871	Dra. Anze, Julia Sandra
5872	Dra. Córdoba, Natalia Elizabeth
5873	Dra. Valdéz Caliva, Marisel
5874	Dr. Ibarra Hale, Carlos René
5875	Dra. Didziulis, Ana del Milagro

5876	Dra. Gatti, Romina María del Valle
5877	Dra. Martínez, María Cristina
5878	Dr. Alemann, Juan Ignacio
5879	Dra. Castro, Ana Laura
5880	Dr. Cuello, Pablo Matías
5881	Dr. Gandarillas Baldelomar, Bladimir
5882	Dr. Rivero, Diego Andrés
5883	Dra. Ruíz, Florencia Yohana
5884	Dr. Quinteros, Cristian Fabricio
5885	Dr. Godoy, Milton Rolando
5886	Dra. Ibáñez, Jorgelina
5887	Dr. Rodríguez, Martín Eduardo
5888	Dra. Temer, Sandra Marcela
5889	Dr. Medrano Villegas, Roberto Carlos
5890	Dr. Gutiérrez, César Armando
5891	Dra. Arrueta, Alicia Alejandra
5892	Dr. Baretto, Carlos Juan Pablo
5893	Dra. García, Paola Guadalupe
5894	Dr. Antezana Chinchilla, Luis Wilde
5895	Dra. Espinoza Quispe, Jimena Claudia
5896	Dra. Santos, Berta Mónica
5897	Dra. Hoyos, Elizabeth Juana
5898	Dr. Araíz Nazer, Natalio Yefri
5899	Dra. Lecumberri, María Belén
5900	Dr. Tosoni, Luciano Augusto
5901	Dra. Posadas, Natalia Teresita
5902	Dra. Martorell Molina, Catalina Isabel
5903	Dra. Ramírez, Myrna Liseth
5904	Dr. Aparicio, Juan Emilio
5905	Dra. Sánchez, Angela María Carmela
5906	Dra. Galván, Rocío Anahí
5907	Dr. Rubelt, Víctor Augusto
5908	Dr. Alancay, Sergio Daniel
5909	Dr. Palavecino, Alfredo Emmanuel
5910	Dra. Palavecino, Rosa Stella
5911	Dra. De Vasconcellos, Jéssica Vanesa
5912	Dr. Ontiveros, Juan Carlos
5913	Dra. Matteucci Lacreu, María Albertina
5914	Dra. Masnaghetti Mónico, Blanca Alicia
5915	Dr. Montero Núñez, Emilse Noris
5916	Dr. Yapura, Pedro Fernando
5917	Dra. Galeano Ramaccioni, Jimena Victoria
5918	Dr. Lerda, Alejandro Elpidio
5919	Dr. Villarroel Saavedra, Julio César
5920	Dr. Sisterna, Hugo Fernando
5921	Dr. Vercelli, Edgardo Lejis
5922	Dr. Romero Carrascosa, Facundo Nicolás
5923	Dra. Aredes, Mariana Estefanía
5924	Dr. Turbay, Omar Rodolfo
5925	Dr. Pachao Torres, Mariano Javier
5926	Dr. Gambarte, Gerardo Ariel

TRIBUNALES / COMITES / COMISIONES

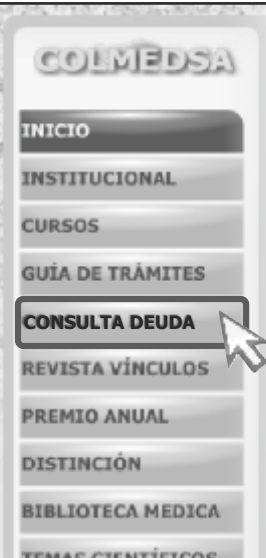
COMISION/COMITE/TRIBUNAL	INTEGRANTES	FECHA DE REUNION
TRIBUNAL DE ESPECIALIDADES	Dr. Juan José Albornoz Dra. Silvia Vilca Dra. Beatriz Teresa Galli Dr. Federico Mangione Dr. José Horacio Causarano	Lunes 21:00 hs.
COMITE DE BIOETICA	Dr. Oscar Cornejo Torino Dra. Marta Marión Dr. Pablo Figueroa Dr. José Tomás Museli Dr. Julio Raúl Mendez Dr. Francisco Genovese Prof. Alfonsina Giraldez Lic. Sonia Cañizares de Fabián	1º y 3º Jueves 21:00 hs.
COMISION DE EDUCACION MEDICA	Dr. Gustavo Patrón Costas Dr. Carlos Frau Dr. Alejandro Tapia Dr. Maximiliano Gómez Dra. Socorro del Valle Egües Dra. Ana Cecilia Fernández de Ullivarri	Lunes 12:00 hs.
COMISION CONSULTIVA DE JOVENES MEDICOS	Dr. Juan Carlos Giménez Dr. Walter Leonardo Failá Dra. Carolina Saravia Figueroa Dr. Cristobal Martín Licudis Dra. Carolina Romero Nayar	Martes 21:30 hs.
COMITE CIENTIFICO ASESOR	Dr. Carlos Cúneo Dr. Jorge E. Llaya Dr. Miguel A. Basombrío	
COMISION DE INSPECCION SERVICIOS ASISTENCIALES	Dr. Ramiro Pablo Choke Dra. Stella Maris Galdeano Dr. Luis Antonio Herrera Dr. Víctor Hugo Correa	Jueves 12:00 hs.
COMISION DE POSTGRADO	Dr. Ramón Jorge Fiqueni Dr. Alberto Robredo Dr. Welindo Toledo Dr. Gerardo Torletti	Martes 21:00 hs.
COMISION PROYECTOS COMUNITARIOS	Coordinadores: Dra. Mónica Beatriz Gelsi Dr. Juan Carlos Alberto Larrahona	

Médicos Jubilados que obtuvieron la Matrícula Especial (J)

M. P. Nº	APELLIDO Y NOMBRE
(J) 1286	Dr. Musicante, Carlos Alberto
(J) 645	Dr. Arroyo, Arnaldo Florentino
(J) 657	Dra. Granados de Arroyo, Carmen
(J) 811	Dr. Toscano, Héctor Ramón
(J) 513	Dr. Maroni, Humberto Rolando
(J) 439	Dr. Saravía Toledo, Federico Abel
(J) 450	Dra. Marinaro, Ninfa Isabel
(J) 1813	Dr. Choke Acho, Ramiro Pablo
(J) 1257	Dr. Gómez Alvarenga, Juan Carlos
(J) 440	Dra. Yane de Zunino, Mercedes
(J) 623	Dr. Barón, Natalio

Requisitos para la obtención de la Matrícula Especial (J) para Médicos Jubilados:

- Fotocopia de la 1ª y 2ª hoja del D.N.I. del solicitante.
- Fotocopia de la 1ª y 2ª hoja del D.N.I. de los familiares a cargo.
- Certificado médico de aptitud psico - física del solicitante.
- 2 fotografías de 3 cm. x 3 cm.



Consulte su estado de cuenta corriente y/o imprima sus boletas de pago desde

www.colmedsa.com.ar



Solicite su clave de acceso a info@colmedsa.com.ar



COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE SALTA

HORA DE TRABAJO MÉDICO:
\$ 660,00 (Pesos, Seiscientos Sesenta)

RESOLUCIÓN N° 109/15. MESA DIRECTIVA
VALORES VIGENTES DESDE EL 01/01/2016 HASTA EL 30/06/2016.

HORA DE GUARDIA MÉDICA:
\$ 220,00 (Pesos, Doscientos Veinte)

RESOLUCIÓN N° 108/15. MESA DIRECTIVA
VALORES VIGENTES DESDE EL 01/01/2016 HASTA EL 30/06/2016.

HONORARIO MINIMO ETICO PROFESIONAL

CONSULTA A CONSULTORIO:
\$ 180,00 (Pesos, Ciento Ochenta)

CONSULTA A DOMICILIO:
\$ 220,00 (Pesos, Doscientos Veinte)

RESOLUCIÓN N° 107/15. MESA DIRECTIVA
VALORES VIGENTES DESDE EL 01/01/2016 HASTA EL 30/06/2016.



SEÑOR DE LAS MONTAÑAS, DE LOS VALLES Y MARES,
SEÑOR DE LA HUMANIDAD ENTERA,
TE PEDIMOS EN ESTAS NAVIDADES, ENROJECIDAS POR LA BARBARIE DEL HOMBRE,
NOS ENVIES UN BAÑO DE SERENIDAD, DE REFLEXION Y DE HUMILDAD
QUE NOS PERMITA A LOS HOMBRES ENTENDER NOS EN LA DIVERSIDAD,
AYUDARNOS EN LA ADVERSIDAD Y TOLERARNOS CON AMOR FRATERO
PARA QUE VOLVAMOS A DISFRUTAR DE UNA BLANCA NAVIDAD.

MESA DIRECTIVA



FOTOS DE TAPA



Catedral "San Ramón Nonato"
San Ramón de la Nueva Orán (Salta)



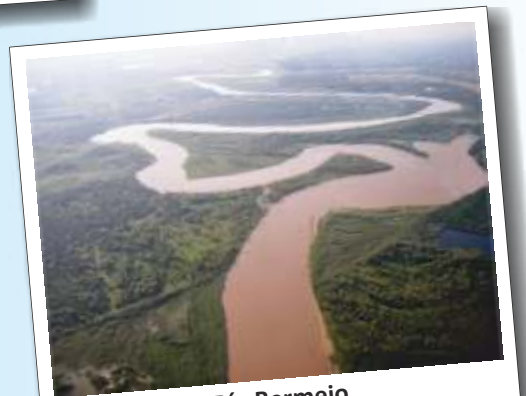
Vista del Pueblo de Iruya
Iruya (Salta)



Hospital "San Vicente de Paúl"
San Ramón de la Nueva Orán (Salta)



Tabacal Agoindustria
El Tabacal (Dpto. Orán - Salta)



Río Bermejo
Dpto. Orán (Salta)