



VINCULOS

La revista del Colegio de Médicos de Salta

AÑO 11 - N° 28 - SEPTIEMBRE 2017



Biografías: Dr. José Humberto Diez Barrantes | Evaluación de tecnologías sanitarias | Sociología de la vejez | 40 años de la primera Angioplastia Coronaria | Consulta Médica, estado actual y nuevas modalidades | Uso Medicinal del Aceite de Cannabis | Foto Noticias | Reunión de CONFEMECO en Salta | Reconocimiento a los Ex Presidentes del Colegio de Médicos de la Provincia de Salta | Historia del Señor y de la Virgen del Milagro | Dr. Juan Pedro Garrahan | Curiosidades Médicas | Humor Médico

PEREGRINO

Si ha sido muy amargo, muy árido el camino;
si te ha dado la vida
tan sólo los abrojos, si tienes una herida
que sangra todavía, si la áspera jornada
te robó todo siempre, sin ofrecerte nada;

Si resultaron vanos
tus dorados ensueños; si no encontraste hermanos,
si, al pasar a tu lado, la dulce primavera
no te miró siquiera...

Si sientes ya en el alma cansancio de las cosas,
de sufrir las espinas sin alcanzar las rosas,
si buscas un oasis de amor en tu sendero,
quédate aquí, viajero...

No sigas tu camino, no vayas adelante;
fijate en esa imagen de Cristo agonizante:
mira esos mansos ojos, mira esos labios yertos
que, pidiendo ternura, siempre están entreabiertos...
mira: esa Carne santa sabe también de espinas
y saben de dolores esas Llagas divinas...

No te vayas, viajero cansado de la vida
que el Señor del Milagro restañará tu herida.
... si ha sido muy amargo, muy árido el camino
quédate, peregrino...

Clara Saravia Linares de Arias





Colegio de Médicos de la Provincia de Salta

Marcelo T. de Alvear N° 1310

C.P. (4400) Salta

Tel.: (0387) 4212527 / 4213355

Fax: (0387) 4714703

Email: info@colmedsa.com.ar

Web: www.colmedsa.com.ar

 Colegio de Médicos de Salta

VINCULOS

La revista del Colegio de Médicos de Salta

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

Dirección:

Dr. Juan. J. Loutayf Ranea

(Presidente Colegio de Médicos de Salta)

Coordinación General:

Comisión Consultiva Jóvenes Médicos

Dr. Walter Leonardo Failá

Dra. Carolina Saravia Figueroa

Dr. Matías Andrés Orquera

Dra. María Jimena Pérez Frías

Dr. Bernabé Loutayf Terán

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 II - NUM. 28 - SEPTIEMBRE 2017

Biografías: Dr. José Humberto Diez Barrantes

Pág. 3

Evaluación de tecnologías sanitarias

Pág. 5

Sociología de la vejez

Pág. 7

40 años de la primera Angioplastia Coronaria

Pág. 9

Consulta Médica, estado actual y nuevas modalidades

Pág. 11

Uso Medicinal del Aceite de Cannabis

Pág. 12

Foto Noticias

Pág. 13

Reunión de CONFEMECO en Salta

Pág. 15

Reconocimiento a los Ex Presidentes del Colegio de Médicos de la Provincia de Salta

Pág. 16

Historia del Señor y de la Virgen del Milagro

Pág. 18

Dr. Juan Pedro Garrahan

Pág. 27

Curiosidades Médicas

Pág. 28

Humor Médico

Pág. 29

A ciencia y a conciencia

El desarrollo de la tecnología en el ámbito médico, al abrir posibilidades de intervención siempre nuevas y mayores, ha puesto sobre el tapete la consideración acerca de lo que es propiamente un acto médico en el uso de estas posibilidades.

La distinción entre lo técnicamente posible y lo éticamente aceptable ha originado una interdisciplina, la *bioética*.

Ubicarse en su ámbito es un ejercicio de racionalidad. Es ejercer la responsabilidad por los propios actos profesionales, sin dejarse llevar por presiones de ningún lado ni por intereses de otro tipo (aún para el mismo profesional o su institución).

Como hay cuestiones donde la discusión bioética no se salda fácilmente, o porque muchas veces no alcanza para regir las conductas, se ha desarrollado también una nueva especialidad jurídica, el *bioderecho*.

Cada vez más las normas jurídicas y las sentencias judiciales se ocupan de conductas médicas.

El ejercicio actual de la medicina está atravesado a menudo por dilemas bioéticos y por exigencias y controles jurídicos. Sin embargo, también ha surgido un problema.

En el juego de los principios bioéticos fundamentales (*beneficencia, autonomía, no-maleficencia, justicia*) uno de ellos ha cobrado tal primacía, que muchas veces arriesga con anular los otros. Es el caso de la autonomía.

Hemos pasado de un histórico exclusivismo del criterio profesional, supongamos basado en el de beneficencia, a una tendencia a privilegiar el principio de autonomía, desgajado de los otros tres. Esta corriente se ha hecho fuerte en el ámbito legislativo y judicial.

Frecuentemente se dictan leyes y sentencias que sostienen la pretensión autónoma de prácticas médicas como un derecho de parte. El profesional resultaría frente a ellas un simple obligado a ejecutar lo solicitado, para satisfacer a personas e instituciones.

Esta situación ha hecho surgir dos reacciones conexas a modo de *objeción*.

Objeción significa que hay algo puesto delante, algo que está en la razón y no permite actuar de un modo humanamente aceptable. Forzar la actuación en presencia de una objeción es romper la unidad del sujeto actuante. Es un modo de violar su autonomía: ésta es la paradoja, la afirmación de la autonomía de una parte se hace a costa de la autonomía de la otra.

Se plantean *objeciones de conciencia* cuando el reparo es de orden ético; *objeciones de ciencia* cuando el reparo surge del leal saber y entender profesional respecto a qué es lo que corresponde al buen arte de curar en ese caso.

Las figuras de las objeciones de ciencia y de conciencia son caminos por los cuales el ejercicio razonado y responsable de la medicina busca recuperar su integridad, al menos para el caso particular.

Son una articulación operativa de los cuatro principios. Tienen lugar en casos particulares cuando se dan fuerzas sociales que atentan contra la naturaleza del acto médico.

Dr. Julio Raúl Méndez
Comité de Bioética
Colegio de Médicos de la Pcia. de Salta

BIOGRAFÍAS

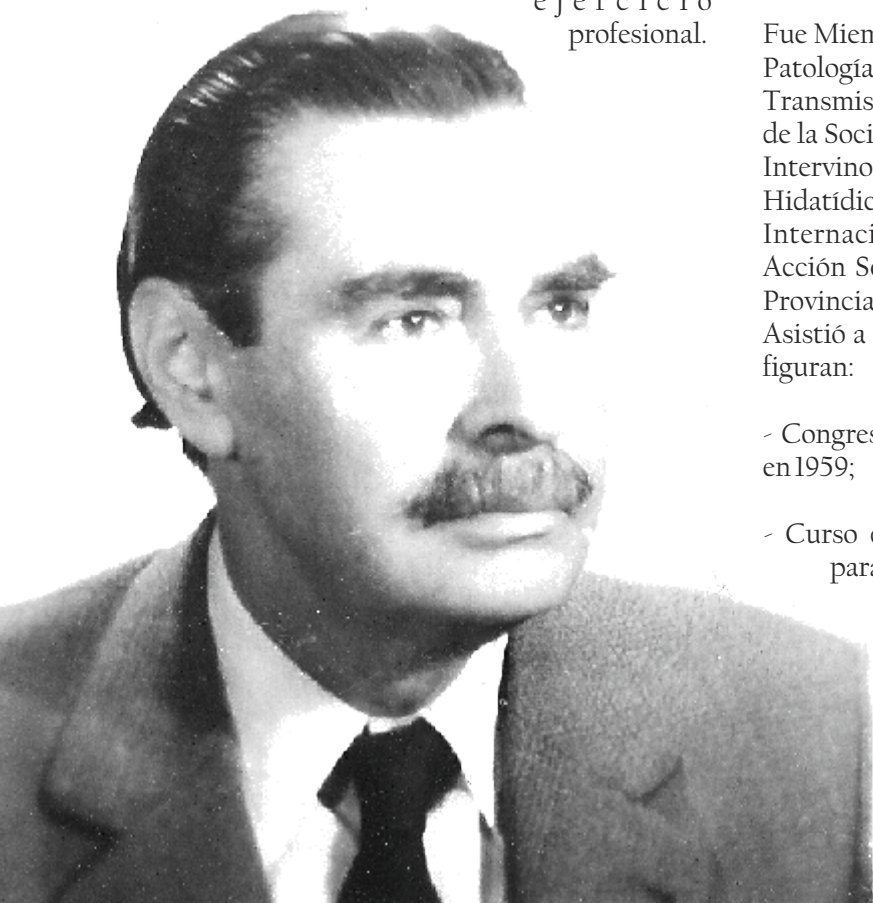
Dr. José Humberto Diez Barrantes

Dedicado por entero a su noble profesión médica, nació en Salta el 19 de mayo de 1919, hijo de Don Eduardo Diez y de Doña Antonia Barrantes. Casado con Teresita C. Echenique. Tuvieron cuatro hijos, Humberto, Mónica, Claudia y Aníbal.

Egresó del Colegio Nacional de Salta en 1938 estudiando luego en la Facultad de Medicina de Córdoba, donde se recibió de Médico Cirujano en 1946.

Durante sus estudios universitarios fue Practicante Adscripto a la cátedra de Anatomía Patológica, Practicante Externo del Hospital Rawson, Practicante del Dr. R. Brandán en Clínica Médica y Practicante Mayor por concurso del Hospital de Clínicas.

Ya recibido se trasladó a su ciudad natal donde comienza su ejercicio profesional.



En 1947 es designado Médico Regional en Rosario de Lerma por decreto dictado por el Poder Ejecutivo de la Provincia.

Desde el 1º de diciembre de 1946 al 28 de setiembre de 1951 se desempeñó como Médico Asistente del Hospital del Milagro en la sala San Camilo y a partir de esta última fecha hasta el 1º de noviembre de 1958 cumplió la función de Jefe de Clínica de dicha sala.

Desde 1948 y 1949 fue Médico de Guardia de la Asistencia Pública y Médico de Consultorio respectivamente, renunciando a estas funciones en 1958 por ser contrario a la acumulación de cargos.

En 1947 fue designado Médico de Guardia del Hospital Nacional de Gral. Güemes y Jefe de la Sala de Clínica de Hombres en 1948, 1949 y 1950. En este mismo período desempeñó el cargo de Jefe de la Clínica Experimental del Paludismo.

Fue Miembro Fundador de la Sociedad Argentina de Patología y Epidemiología de las Enfermedades Transmisibles en 1949 y Miembro Titular Fundador de la Sociedad de Medicina Interna de Salta en 1966. Intervino en carácter de Adherente en las Jornadas Hidatídicas en 1958 y organizadas por la Asociación Internacional de Hidatidología, Ministerio de Acción Social y Salud Pública de la Nación y de la Provincia de Salta.

Asistió a diversos Cursos y Congresos entre los que figuran:

- Congreso de Gastroenterología realizado en Salta en 1959;
- Curso de Perfeccionamiento Médico Quirúrgico para Postgraduados en 1959 dictado por el Ministerio de Asuntos y Salud Pública de Salta y por la Institución de Perfeccionamiento Médico de Córdoba y llevado a cabo en el Hospital del Milagro;
- Curso de Gerontología y Geriatria

organizado por la Sociedad Argentina de dicha especialidad realizado en Salta en 1959;

- Curso de Cardiología en 1965; III Curso para Graduados organizado por el Círculo Médico de Salta en 1965;

- Curso de Perfeccionamiento Médico organizado por el Instituto de Endocrinología de Salta en 1968.

Presidió la Mesa Directiva del Colegio de Médicos de Salta durante el período 1970 - 1972, fue representante titular del Distrito Nº 1 de dicho Colegio como así también Miembro Titular del Tribunal de Ética y Ejercicio Profesional durante sucesivos períodos.

Fue Miembro de la Comisión Directiva del Círculo Médico durante el período 1955-1956.

Fue médico delegado de las Naciones Unidas en Salta.

En el Hospital San Bernardo desempeñó su ejercicio profesional como Jefe del Servicio de Clínica Médica

Nº 2 con absoluta y exclusiva dedicación a sus funciones como médico y como docente, formando innumerables discípulos y desarrollando una ineludible labor entregada en forma incondicional.

Con gran pesar tuvo que retirarse de este nosocomio por decreto del Poder Ejecutivo en 1983, donde se establecía la jubilación de oficio para muchos y muy valorados profesionales médicos. En 1985 fue designado Miembro Honorario del Hospital San Bernardo.

Continuó con el ejercicio profesional privado en forma plena, incondicional y humana, sin reparar en horas ni distancias para llevar el alivio a sus enfermos, hasta su retiro definitivo por razones de salud.

Falleció en la ciudad de Salta el 21 de mayo de 1997.

Material cedido por el Dr. Anibal Diez y familia.

Fuente: Cartilla “La Medicina en Salta” Tomo III – Círculo Médico de Salta



PROGRAMA DE EDUCACION MEDICA -2.017-



SEPTIEMBRE	CURSO ANUAL DE TOCGINECOLOGÍA 2017 MÓDULO V: “Climaterio y Anticoncepción” 29 y 30 de Setiembre Hosp. Público Materno Infantil - Sarmiento 1301		
OCTUBRE	12º CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA: MÓDULO VI: “Salud Mental” 13 y 14 de Octubre Círculo Médico - Urquiza 153	CURSO ANUAL DE TOCGINECOLOGÍA 2017 MÓDULO VI: “Autoinmun. y Embarazo” 20 y 21 de Octubre Círculo Médico - Urquiza 153	JORNADAS DE DERMATOLOGÍA 20 y 21 de Octubre Círculo Médico - Urquiza 153
NOVIEMBRE	12º CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA: MÓDULO VII: “Diagnóstico por Imágenes” 10 y 11 de Noviembre Círculo Médico - Urquiza 153		

Evaluación de tecnologías sanitarias: el camino de la mentira a la verdad

La cobertura de salud registra una expansión de costos que responde a diversos factores y que crece en los países desarrollados a un ritmo dos veces y medio por encima del crecimiento del Producto Bruto Nacional y que, si no se toman medidas adecuadas, hará insostenible todo tipo de sistemas de salud. Uno de los principales determinantes de la inflación médica lo constituyen las tecnologías sanitarias, con el agravante que su uso está muchas veces sustentado en evidencia de dudosa calidad científica y su aporte sobre los resultados en salud de la población no guarda relación con el precio de las mismas. A modo de ejemplo, puede citarse el caso del cáncer de colon, cuya duplicación de la sobrevida se asoció a un aumento del costo de tratamiento superior al 3000%.

Son muchos los ejemplos en los cuales las nuevas tecnologías han representado enormes avances para los resultados en salud, como el “descubrimiento” de James Lancaster en 1601 sobre el impacto que tuvo el jugo de limón en la reducción de la mortalidad por escorbuto de sus marineros. Así también, la vacuna contra la viruela en 1796 o la Insulina en 1921, ejemplos concretos de avances significativos para la salud de la población.

Si bien la disponibilidad de nuevas y mejores tecnologías sanitarias representa una potencial mejora para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, al mismo tiempo constituye el mayor determinante del crecimiento del gasto en salud. Teniendo en cuenta que las necesidades en salud son infinitas y los recursos siempre escasos, sumado a la incertidumbre por los resultados de utilizar muchas de las nuevas tecnologías sanitarias, es necesario evaluar el verdadero aporte de cada una de ellas y los costos que dichos beneficios implican.

La situación descripta obliga a implementar en nuestro país herramientas de priorización explícita que permitan evaluar el verdadero aporte de una tecnología sanitaria, el costo que la misma genera y hasta la posibilidad concreta de financiarla. La



evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) es un proceso de análisis e investigación, que está dirigido a estimar el valor y contribución relativos de cada tecnología sanitaria a la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo además en cuenta su impacto económico y social.

Aun cuando esta herramienta podría suponer a priori, un mero análisis económico, se trata en realidad de una evaluación sistemática que incluye determinar la calidad de la evidencia que soporta el uso de una tecnología, analizar qué alternativas están disponibles, cuál es el costo incremental por la incorporación de una nueva tecnología y hasta la evaluación del impacto presupuestario que suponen para el sistema de salud en su conjunto. Se trata, ni más ni menos, que de una estrategia que tiende a reducir incertidumbres en la toma de decisiones sanitarias, transformando en ocasiones una mentira en verdad.

Verdades absolutas tales como que “lo nuevo siempre es mejor” pueden ser fácilmente puestas a prueba con herramientas como la ETS.

En Argentina, la única barrera que deben atravesar actualmente las tecnologías sanitarias es la autorización por parte de la Administración

Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), la cual determina un permiso de comercialización. Diferente es la situación en varios países, incluyendo varios de Latinoamérica como Colombia y Brasil, donde existe la denominada Cuarta Barrera representada por una Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Nuestro país se encuentra en estos momentos debatiendo la creación de una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Bienvenido el debate, más allá de las características que termine teniendo la misma, en cuanto a organización y funcionamiento.

Aunque no debe olvidarse que la ETS es una

herramienta técnica, sólida pero herramienta al fin, que debe incluirse como parte de políticas activas en salud que favorezcan el acceso equitativo e intenten mitigar el uso inadecuado de los recursos.

Dr. Esteban Lifschitz

*Especialista en Clínica Médica y Medicina Sanitaria.
Magister en Gerencia y Adm. de Sistemas y Servicios de Salud.
Director de la Carrera de Médico Especialista Universitario en
Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Facultad de Medicina
de la Universidad de Bs. As.*

Prof. Dr. Hugo N. Catalano

*Doctor en Medicina.
Profesor Adjunto de Medicina y Subdirector de la Carrera de
Médico Especialista Universitario en Evaluación de Tecnologías
Sanitarias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Bs. As.*

El Comité de Redacción de la Revista Vínculos agradece profundamente a los Dres. Hugo Catalano y Esteban Lifschitz su colaboración con este interesantísimo artículo.

AREA ADMINISTRATIVA

GERENCIA	Jorge Aramayo
SECRETARÍA DE GERENCIA	Diego Loza
SECTOR CONTABLE	Gustavo Gariboli / Mauricio Villarroel
SECTOR ESPECIALIDADES	Raúl Córdoba / Alfredo Ruíz Anabella Alvarez / Ana Sol Amorós
SECTOR MATRICULACIONES	Luis Aramayo
SECTOR HABILITACIONES	Fabián Tapia / Lucas Rodríguez
MESA DE ENTRADAS	Cristian Olarte / Nicolás Rada

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

AREA INFORMÁTICA

Ing. Francisco Fernández

MANTENIMIENTO

César Arias / Carina Flores

Sociología de la vejez

Un país que se precie de tal, aún en circunstancias adversas, debe reconocer y admitir que su población ha envejecido y que esta evolución demográfica continuará; es el caso de la Argentina.

Dados los guarismos actuales y sus proyecciones, se necesita con urgencia la elaboración de una política de la vejez por lo menos previsible de aquí a los próximos veinte años; una política a largo plazo y no con pequeños arreglos coyunturales, adoptados sobre la marcha y a última hora.

Asegurar recursos decentes a las personas de edad avanzada, se plantea apremiante para evitar la marginación y la exclusión social.

El aumento del envejecimiento poblacional es lento y casi insidioso en demografía y lo que hoy preocupa es la proporción creciente de los muy ancianos que requieren mucho esfuerzo sociosanitario para atender a sus necesidades. Este grupo social es, en general, muy frágil y vulnerable, poseen menos recursos y sus hijos, igualmente de edades avanzadas, suelen carecer de medios para proporcionar suficiente ayuda.

En el grupo de los adultos mayores hay sobremorbilidad y sobremortalidad masculina y en consecuencia hay un aumento de la viudedad y de hogares solitarios constituídos por mujeres.

Antes, un pequeño número de mayores podían ser cómodamente cuidados por un grupo grande de familiares; hoy ya no es así. Al mismo tiempo, está aumentando la proporción de personas inactivas de hecho pese a su juventud y al grado de capacitación laboral alcanzado lo que disminuye las posibilidades de contención psicosocioeconómica de los mayores. Quedan así en desventaja no sólo los adultos mayores sino también los adultos jóvenes; la solidaridad intergeneracional se fractura y la brecha se ahonda dramáticamente.

El afán de dignidad y la autoestima no tiene, razonablemente, que disminuir o abolirse por la edad avanzada. La cobertura de lo indispensable para una persona mayor de edad avanzada supone un requerimiento del 72% de lo que se necesita para

mantener a un adulto; las asignaciones de jubilaciones y pensiones en nuestra realidad están por debajo de lo que deberían ser y en la mayoría alcanzan a cubrir escasamente el 30-40 % de los requerimientos reales. Los contrastes son impresionantes y la mayoría de los adultos mayores son los más desamparados entre los pobres.

Las personas de edad avanzada no se cuidan “mejor” sino que necesitan hacerlo “más”; la alimentación y los cuidados incrementan su importancia al igual que la atención médica; disminuyen los gastos en ropa, equipo personal, cultura, distracciones, etc. pero aumentan las necesidades de servicio doméstico, ayudas y cuidados físicos.

El envejecimiento presenta caracteres muy distintos según la rama de la actividad laboral que se haya tenido, las enfermedades acumuladas y el régimen previsional que se ha adoptado.

Muchas comunidades entran en decadencia por el peso demográfico de sus mayores y la emigración de los jóvenes.

La política de empleos, los regímenes salariales y la desocupación compromete el equilibrio de los regímenes jubilatorios. Los prejuicios juegan también un importante papel; se quiere desconocer que la formación profesional permanece y es posible hasta edades relativamente avanzadas y que no es deseable privar a la sociedad de experiencia. La disminución de la capacidad de adaptación a métodos o técnicas nuevas, la menor velocidad de ejecución y la pérdida de fuerzas no son buenas excusas para excluir a los mayores; éstos conservan las habilidades adquiridas y el producto de su trabajo suele tener muy buena calidad.

El alojamiento reviste una importancia afectiva que crece con la edad y las vinculaciones del mayor con su comunidad; las personas de edad avanzada que viven en las grandes ciudades están mucho más aisladas y sometidas a riesgos difíciles de superar. La cohabitación entraña dificultades no tanto por el espacio disponible sino por los desencuentros con los más jóvenes.

El tiempo de ocio depende de muchos factores, tales como el tiempo libre, los recursos, el estado de salud, los gustos personales y la infraestructura social.

La situación de los mayores no es precisamente óptima; los recursos y la salud suelen ser insuficientes. Las jubilaciones y pensiones adolecen de multiplicidad, complejidad e insuficiencia. Cuando la base es demasiado estrecha, sea por el número de afiliados o por los indicadores económicos sumado al envejecimiento poblacional y al desempleo, el empleo ilegal y la evasión fiscal, el sistema puede llegar al desequilibrio y a su colapso. Las ayudas no contributivas para las personas de edad constituyen una alta proporción y son de una cuantía irrisoria. La carga es cada vez más pesada con respecto a la masa salarial y a la relación retirados-cotizantes que se está tornando desproporcionada entre estos dos grupos a largo plazo. El cociente demográfico será con el tiempo menos favorable y será necesario -tal vez- aumentar las cotizaciones o crear un Fondo Nacional de Solidaridad para con los adultos mayores ya que su situación se convierte, cada día, en más crítica.

Es necesario dignificar las prestaciones y armonizar los reglamentos y los sistemas. En suma, el planteamiento del problema de fondo es que hay que lograr un reparto más equitativo del ingreso nacional. En términos de reivindicaciones, la voz de los mayores resulta muy débil a pesar de su número.

La política de la tercera y cuarta edad no puede limitarse a tranquilizar alguna turbada conciencia, su objetivo debe ser permitir un desarrollo más armónico de la vida individual y una mejor cohesión del cuerpo social; la edad de las personas no debe conducir a elaborar criterios absolutos.

La economía no puede hacer olvidar la equidad; por otra parte, aumentar en el plano económico el poder adquisitivo de los mayores trae consecuencias favorables para el mercado y el consumo.

Rebajar la edad de jubilación ampliando el número de beneficiarios repercutirá en casi una triplicación de la carga financiera en aproximadamente veinte años con aumento, al mismo tiempo, de las cargas de soportes sanitarios y sociales. El número de personas activas va a crecer menos que el de las inactivas en el transcurso de los próximos años y deberán aumentar las prestaciones de todo tipo.

La estructura de las necesidades no se cierra a los 65 años y, obviamente, el mayor de hoy -cabe reconocerlo- contribuyó con su trabajo personal a darle al país el nivel económico y técnico que ha alcanzado; merecen un decoroso nivel y calidad de vida.

La lucha contra la senectud debería basarse en la continua protección del buen estado físico y mental de los trabajadores (más vale prevenir que curar). Actualmente, para beneficiarse con la ayuda social hay que satisfacer ciertas condiciones de edad, de salud, de recursos y presentar una demanda que será valorada por las instituciones; el mayor se encuentra en posición de mendigo; algunos prefieren no pedir nada, otros se dan maña para "prepararse" un buen fajo de papeles que faciliten la concesión de la ayuda inmersos en sistemas de alta complejidad y complicación con suficiente embrollo y demoras para cansar a cualquiera o no otorgar nada.

Muchas de estas cuestiones podrían mitigarse con estrategias y programas de "anciano en casa" con su familia, subsidiando el alquiler, la ayuda doméstica y hogareña (limpieza, pintura, instalación eléctrica y sanitaria), generando servicios colectivos, ayuda sanitaria y medicinal domiciliaria proscribiendo las deprimentes concentraciones de mayores.

El sentimiento de "estar de más" es muy frecuente en los mayores; una propuesta de actuación comunitaria, colectiva con intercambio e interactividad generacional es la más conveniente. Esto exige inversiones en servicios con personal calificado y bien remunerado. No es posible que después de los 60 o 65 aniversario, muchos mayores no puedan dejar de enfrentarse con otra cosa que con recursos aleatorios o inadaptados a su realidad y ayudas mezquinamente dosificadas; no es posible reclamar el derecho al reposo sin haber previsto antes los medios de ejercerlo. No se pueden abandonar los máximos esfuerzos para asegurar una buena dignidad y calidad de vida para nuestros mayores, que serán mañana muchos millones y entre ellos nosotros mismos.

Dr. Leonardo Strejilevich

40 años de la primera Angioplastia Coronaria

Un homenaje al Dr. Andreas Grünzig y a todos los cardiólogos intervencionistas que, en pocos minutos desde el inicio de los síntomas del Infarto de Miocardio, logran abrir arterias coronarias y disminuir las complicaciones, incluyendo una significativa reducción de la mortalidad, comparado con el antiguo método de observación y tratamiento precoz de las complicaciones en la Unidad Coronaria. Este mes se conmemora (el 16 de septiembre) el 40° aniversario de la primera angioplastia coronaria.

Las investigaciones del Dr. Grünzig se basaron en numerosos trabajos realizados por otros investigadores desde mucho tiempo atrás. Sería injusto un homenaje a su creatividad, sin recordar los numerosos descubrimientos e inventos que dieron basamento científico a su labor.

Podría resumir los resultados obtenidos por estos investigadores con una breve reseña:

1711. Stephen Hales, realizó el primer cateterismo cardíaco en un caballo, usó tubos de latón y logró llegar a los ventrículos. Fue el primero en medir la presión arterial intracardiaca.

1844. Claude Bernard, el conocido investigador francés, registró las presiones intracardiacas humanas usando catéteres flexibles.

1895. Wilhelm Roentgen, en Alemania, descubrió los Rayos X.

1910. Alexis Carrel, en Francia, realizó el primer bypass y trasplante cardíaco en perros. Recibió por su labor el Premio Nobel en 1912 por su trabajo en “sutura vascular y el trasplante de vasos sanguíneos y órganos”.

1929. Werner Forssmann, en Alemania, documentó la liberación directa de drogas en las cámaras cardíacas. Forssmann cortó su propia vena, introdujo un catéter con el que llegó a la aurícula derecha y caminó hasta el departamento de radiología para documentar adecuadamente este hecho.

1953. John Gibbon en Estados Unidos, inventó la

“máquina corazón-pulmón” y realizó la primera cirugía a corazón abierto. Y del otro lado del océano, en Suecia, Sven Seldinger inventó la técnica que lleva su nombre.

1956. Premio Nobel para Werner Forssmann, Frederic Cournand y Dickinson Richards, por sus descubrimientos acerca de “Cateterismo cardíaco y cambios patológicos en el sistema circulatorio”.

1958. Mason Sones en Estados Unidos, inyectó yodo durante una aortografía y el catéter accidentalmente avanzó dentro de la coronaria derecha. Inesperadamente realizó la primera opacificación coronaria (coronariografía).

1959. J Ross, en Estados Unidos, realizó la primera punción transseptal logrando cateterizar el corazón izquierdo desde un acceso venoso.

1964. Charles Dotter y Melvin Judkins en Estados Unidos, realizaron la primera angioplastia periférica.

1967. René Favaloro, en la Cleveland Clinic de Estados Unidos, realizó en primer injerto venoso con safena, inaugurando la era del bypass aorto-coronario. Y Melvin Judkins, en Estados Unidos, creó los primeros catéteres con forma especial, para hacer angiografías coronarias selectivas por vía femoral.

1968. Eberhard Zeitler, en Alemania, realizó la primera angioplastia periférica exitosa usando los catéteres coaxiales Dotter.

1971. Kurt Amplatz, en Estados Unidos, creó catéteres y guías especialmente trombo-resistentes.

1977. Andreas Grünzig y Richard Myler, en Estados Unidos, realizaron la primera angioplastia intraoperatoria con balón, con el cirujano Elias Hanna, en el Hospital Saint Mary de San Francisco, California.

El 16 de septiembre de 1977, Andreas Grünzig dilató una lesión proximal en la arteria descendente anterior, usando un catéter, realizando así la primera ANGIOPLASTIA TRASLUMINAL CORONARIA

PERCUTANEA (PTCA POR SUS SIGLAS EN INGLES).

1978. Andreas Grünzig publicó los resultados de los primeros 5 pacientes en una carta a la revista The Lancet, publicada el 4 de febrero de 1978. Y en agosto del mismo año condujo en Zurich el primer curso demostrativo, con 28 cardiólogos, sus primeros alumnos.

1979. Andreas Grünzig publicó los resultados de los primeros 50 pacientes, en New England Journal of Medicine, en el mes de julio.

1980. Andreas Grünzig se trasladó a Atlanta (EEUU) para ser Director de Cardiología Intervencionista, y el Ministerio de Salud de EEUU inició el primer registro de Angioplastia Coronaria.

1981. John Simpson en Estados Unidos, desarrolló un nuevo sistema para angioplastia coronaria, con una guía independiente de alambre de acero.

1985. Tassilo Bonzel inventó un catéter conocido como "monorail". Y ese mismo año se trató con ese método el primer paciente.

1986. Jacques Puel, en Francia, implantó el primer stent coronario el 28 de marzo en Toulouse. Se publica en The Lancet los resultados del Estudio GISSI 1, demostrando la utilidad de la Estreptoquinasa en el tratamiento del Infarto Agudo de Miocardio.

1987. Se realizó el primer tratamiento con trombolíticos (estreptoquinasa endovenosa) para el tratamiento del infarto agudo de miocardio, en la Unidad Coronaria del Hospital San Bernardo. Desde ese momento, el tratamiento con trombolíticos en el Infarto de Miocardio fue rutinario.

1992. Ferdinand Kiemeneij, en Francia, realizó la primera angioplastia coronaria por vía transradial.

1994. Paul Barragán, en Francia, publicó su protocolo usando 72 hs de pre-tratamiento con ticlopidina para implante de stent. José Condado en Venezuela, realizó la primera braquiterapia vascular en coronarias, usando radiación Gamma.

1995. En Salta, se realizó la primera angioplastia coronaria, en el Instituto Médico de Salta.

1996. Varios investigadores en Francia, participando de un estudio multicéntrico, validaron el tratamiento antiplaquetario dual para la prevención de la trombosis de stent. El estudio incluyó 2.900 pacientes de 25 centros de Francia. Varios otros estudios posteriores confirmaron este hallazgo.

1997. El estudio PAMI mostró que la angioplastia primaria con balón reduce la mortalidad intrahospitalaria, en comparación con la terapia trombolítica.

1999. Eduardo Souza en Brasil, implantó el primer stent recubierto con droga, el stent Palmaz-Schatz Cypher. Y ese mismo año se demostró que clopidogrel es una droga más segura que ticlopidina.

2001. Un registro mundial revela que se han realizado más de 2.000.000 de angioplastias coronarias, y hoy nadie duda del valor que tiene el método, que se ha convertido en procedimiento de rutina en miles de centros de cardiología intervencionista en todo el mundo.

Dr. Carlos Alberto Cúneo
M. P. N° 1.179

Médico Cardiólogo - Investigador Clínico



Visite nuestro Sitio Web:

www.colmedsa.com.ar

Consulta Médica, estado actual y nuevas modalidades

Comunicado del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires - Distrito VIII, en relación a la consulta de pacientes por los distintos medios de comunicación

La práctica de la medicina combina la ciencia y la tecnología con la aplicación de conocimientos y valores. Esta combinación gira alrededor de la interacción médico-paciente, elemento necesario para que la acción del médico pueda intervenir en las necesidades del enfermo.

La entrevista médica es la herramienta principal para obtener una anamnesis fidedigna y para establecer una relación médico-paciente sólida, perdurable y productiva; esta última constituye un escenario fundamental y determinante para la adecuada expresión o no del resto de los elementos que definen la práctica asistencial, por lo tanto:

- 1) Toda Consulta Médica implica la realización de un Acto Médico, que se refiere al que realiza el profesional de la medicina en el desempeño de su profesión con la presencia física del paciente, en forma personal, en un ámbito adecuado y respetando todas las implicancias ético legales que rigen la profesión en la Provincia de Buenos Aires.
- 2) Por lo tanto toda otra modalidad que se ejecutara sin dar cumplimiento a lo anterior no se considera Consulta Médica por Acto Médico.
- 3) No consideramos Acto Médico a la medicina virtual, WhatsApp, consulta telefónica o a distancia, etc.
- 4) Recomendar a las empresas de Salud, Obras Sociales, Prepagas, dar cumplimiento a la Consulta Médica según lo arriba expresado, debiendo brindar a los profesionales los recursos adecuados para su realización.
- 5) Se recomienda al Consejo Superior del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, continuar promoviendo los valores humanísticos de la Medicina a las nuevas generaciones de profesionales.

Azul, 02 de junio de 2017.



Uso Medicinal del Aceite de Cannabis

Opinión del Comité de Bioética del Colegio de Médicos de la Provincia de Salta respecto a los requisitos o criterios desde el punto de vista clínico que deben reunir los pacientes con epilepsia refractaria que serían candidatos a un tratamiento compasivo con aceite de cannabis

“... 1) Con respecto al uso terapéutico de cannabis la Sociedad de Neurología de Salta adhiere a las recomendaciones e indicaciones: Sociedad Argentina de Neurología Infantil (SANI), Liga Argentina Contra La Epilepsia (LACE) y Sociedad Neurológica Argentina.

2) En todos los casos y respondiendo la pregunta acerca de los requisitos que deben reunir los pacientes para la utilización de aceite de cannabis, el mismo y según Disposición 10401/16 de la ANMAT es para el tratamiento de pacientes niños y adultos jóvenes con epilepsia refractaria.

3) Los productos farmacéuticos que contienen aceite de cannabis para uso medicinal solo pueden ingresar al país, solicitados por vía de excepción controlados por la ANMAT...” Informe de fecha 28/03/2017 del Presidente de la Sociedad de Neurología de Salta.

Por su parte la Sociedad Argentina de Neurología Infantil (SANI) y la liga Argentina contra la Epilepsia (LACE) comunican que:

“En la marihuana (cannabis sativa) se han individualizado dos componentes principales, el THC con efectos psicotrópicos y el CBD, con posibles efectos anticonvulsivantes; pero todavía no se conocen los mecanismos precisos de acción en el Sistema Nervioso Central.

Con respecto a su uso en niños se desconocen los efectos a mediano y largo plazo sobre el cerebro en desarrollo”. Comisiones Directivas de SANI y LACE. Marzo de 2016.

Por lo arriba expuesto, y circunscribiéndonos a la consulta, se advierte que la utilización del “aceite de cannabis” es únicamente para el tratamiento de pacientes niños y adultos jóvenes con epilepsia refractaria, a la vez que se indica que los productos farmacéuticos que contienen aceite de cannabis para un fin medicinal solo pueden ser aquellos autorizados por la ANMAT y no los que son de producción artesanal o doméstica y que los mismos deberán ser prescriptos únicamente por un médico especialista en neurología infantil.

Aprovechamos esta ocasión para hacer conocer nuestra inquietud y a la vez solicitar a la Mesa Directiva se haga saber a la población el riesgo del uso de productos artesanales o domésticos, de los cuales se desconoce su composición química y los efectos que los mismos pudieren ocasionar.



FOTO NOTICIAS



La Comisión de Proyectos Comunitarios del Colegio de Médicos de la Provincia de Salta, con el objeto de mejorar la calidad de vida y promover hábitos saludables, continúa desarrollando sus actividades docentes en distintas localidades del interior de nuestra provincia sobre sedentarismo, obesidad, hipertensión, diabetes, dolores cardiovasculares y RCP.



Los días 13 y 14 de Julio, se llevaron a cabo en los salones de nuestra sede Institucional, las “Iras. Jornadas de Interresidencias Públicas y Privadas de Especialidades Quirúrgicas”, organizadas por la Comisión Consultiva de Jóvenes Médicos. En el marco de dichas Jornadas, el Dr. Federico Mazzini del Hospital Italiano de Buenos Aires, realizó interesantes disertaciones sobre “Emergencias Quirúrgicas”.



El 31 de Agosto del corriente año, se llevó a cabo en el Hospital “Dr. Ramón Villafañe” de la localidad de Apolinario Saravia una charla sobre “Diabetes Mellitus” dirigida a médicos, profesionales de la salud y a la comunidad en general. La jornada fue un éxito y contó con una gran concurrencia de asistentes.



Como lo viene haciendo desde hace 8 años, el Dr. Esteban Poma Druetta participó de los 38° Juegos Mundiales de la Medicina y la Salud en Marsella (Francia), llevados a cabo del 1 al 8 de julio de 2017. En esta oportunidad obtuvo 3 medallas de Oro (1º Puesto) en las siguientes categorías:

- Tiro con Carabina de Tiro Olímpico a 50 metros de distancia.
- Tiro con Carabina Neumática de Tiro Olímpico a 10 metros de distancia.
- Tiro con Pistola Neumática de Tiro Olímpico a 10 metros de distancia.

Reunión de CONFEMECO en Salta

El día 30 de Junio, tuvimos el honor y el gusto de contar en Salta con representantes de distintos Colegios y Consejos Médicos de CONFEMECO.

Asistieron representantes de Santa Fe, Rosario, Buenos Aires, Santa Cruz, Catamarca, Misiones y Jujuy.

Fue una reunión absolutamente cordial en la que

desde las 18:30 a las 21:00 hs., se desarrollaron temas muy diversos de acuerdo al orden del día.

Luego, en la misma sede del Colegio de Médicos de la Provincia de Salta, todos los representantes y miembros de Mesa Directiva con sus esposas, compartieron un asado de camaradería, amenizado por el dúo folclórico "Tucanychaya".



Reconocimiento a los Ex Presidentes del Colegio de Médicos de la Provincia de Salta

El día 30 de junio, en el seno de la reunión de CONFEMECO que se realizó en nuestro Colegio, quisimos reconocer el trabajo y entrega de los Presidentes de la Institución, cada uno en el período que le tocó presidirla.

Rendimos el reconocimiento, plasmado en una bandeja de plata, a los Dres.:

- José Tomás Museli (1976-1978)
- Jorge Carlos Albrecht (1980-1982)

- Alberto Briones (1982-1984)
- Oscar Jorge Farjat (1984-1986)
- Enrique Cornejo San Millán (1986-1988)
- César Augusto Aguirre (1988-1990 / 1996-1998 / 1998-2000 / 2000-2002)

Sirva este homenaje como muestra de respeto a quienes se brindaron por entero a la Institución.





Historia del Señor y de la Virgen del Milagro

Aproximadamente diez años después de la fundación de la ciudad de Salta, el 19 de junio de 1592, se divisaron dos grandes cajones flotando sobre las aguas del Océano Pacífico, en las cercanías del puerto del Callao en Perú. Uno de los cajones traía grabado a fuego la frase «Una Virgen del Rosario para el convento de predicadores de la ciudad de Córdoba», hoy Convento de Santo Domingo, y el otro «Un Cristo crucificado para la iglesia matriz de la ciudad de Salta», imágenes barrocas (de la Escuela Castellana) que eran enviadas por el antiguo Obispo del Tucumán Fray Francisco de Victoria, que estuvo presente en la fundación de la ciudad. Jamás se supo qué embarcación las trajo desde España ni qué fue del mismo.

Una vez transportadas en procesión hasta Lima, la capital de Perú, el virrey García Hurtado de Mendoza ordenó que se cumpliera el mandato y la voluntad del Obispo Vitoria. De modo que las imágenes fueron cargadas a lomo de mula y transportadas aproximadamente 2800 km por el viejo Camino del Inca, dejando en Salta el Cristo correspondiente y continuando la peregrinación con destino a la ciudad de Córdoba.

En Salta, las imágenes cuya autoría se atribuyen a Juan Martínez Montañés, fueron recibidas con entusiasmo en el llamado desde entonces Campo de la Cruz y, luego de un solemne oficio religioso,

ubicaron el Cristo crucificado en el altar de las ánimas -o sacristía de la iglesia matriz- donde fue olvidado por largo tiempo.

Luego de 100 años de la llegada de la imagen a Salta, exactamente a las 10 de la mañana del 13 de septiembre de 1692, un gran temblor sacudió la ciudad de Esteco, que quedó definitivamente arruinada, por lo que poco más tarde sería despoblada. El sismo fue también percibido en Salta, donde causó grandes daños, aunque no tan graves como en Esteco.

En la Iglesia Matriz de Salta se encontraba una imagen de la Inmaculada, que posteriormente se llamaría «Virgen del Milagro», propiedad de una familia asentada en estos solares, que la había dejado por unos días -desde la festividad de la Natividad de la Virgen María el día 8 de setiembre- en un nicho superior del altar, a unos tres metros de altura aproximadamente. Cuenta la tradición, que los asustados salteños pensaron que su ciudad sería destruida, pero los daños no fueron tan graves; en cambio, el templo había sufrido graves daños. Al ingresar al templo, se encontró la imagen de la Virgen en el suelo, a los pies del Cristo, como si lo mirara en actitud orante, sin que sufriera ningún daño en su rostro ni manos, pese al gran tamaño de la imagen y la altura desde la cual había caído. Los colores del rostro habían cambiado, quedando pardo y macilento. Este



hecho fue interpretado como una súplica e intercesión de la Virgen ante su Hijo, con el resultado de los escasos daños sufridos por la ciudad.

La imagen fue llevada a la casa del alcalde Bernardo Diez Zambrano donde fue exhibida toda la noche y rodeada de orantes. Al día siguiente, la imagen fue colocada en el exterior de la Iglesia Matriz, para que todos la pudieran venerar. Allí se confirmó que los colores del rostro seguían cambiando.

Los temblores de tierra continuaron, aunque con menos intensidad. Uno de los Padres de la Compañía de Jesús, José Carrión, afligido por la situación sintió una voz, con toda claridad, que le decía «mientras no sacasen al Cristo en procesión, no cesarían los terremotos». El sacerdote se dirigió urgentemente a comunicar el mensaje recibido. Los padres jesuitas recordaron la imagen enviada por Vitoria, entraron al templo y bajándola con mucha dificultad la acomodaron en andas que sirvieron para sacarla al atrio de la derruida iglesia, liberando del encierro la imagen luego de un siglo entero. La colocaron frente a la iglesia que la Compañía de Jesús tenía en el centro de la ciudad, y el pueblo acudió al templo con antorchas encendidas. Las campanas llamaron a penitencia y la imagen fue sacada en procesión por los fieles salteños, con el ruego de que cesaran los temblores.

Al amanecer del día 15 la tierra dejó de temblar, aunque volvió a estremecerse a la noche, en medio de procesiones y rogativas. Al cesar los estremecimientos, el día 16 renació la calma y con ella se comenzó a hablar del «milagro». Días más tarde se tuvo noticias de la destrucción de Esteco, lo cual aumentó la magnitud del «milagro» obrado por la Virgen y el Señor de la iglesia de Salta.

Una nueva historia empezaba para esta sencilla imagen y para los salteños, que conservan hasta hoy

su culto y su devoción.

Procesión

Cada año, el día 15 de septiembre, las santas imágenes recorren en procesión las calles de la ciudad acompañadas de cientos de miles de fieles en una de las expresiones populares más importantes de la Argentina e Iberoamérica.

Es al pié del «monumento a la Batalla de Salta» o «monumento 20 de febrero» donde el pueblo de Salta renova el pacto de fidelidad con las palabras: «Señor, nosotros somos tuyos y tú eres nuestro», oración que da esencia y representa el fundamento de fe en las imágenes del milagro.

El Milagro es la más antigua y, a la vez, la más actual manifestación de fe de Salta, la que se continúa sin interrupción desde el año 1692 hasta el presente.

Con una asistencia promedio del orden de más de medio millón de personas que arriban desde distintas latitudes de la región, del país y del mundo entero, la procesión del Señor y de la Virgen del Milagro es una de las manifestaciones de fe más grande de la Argentina.

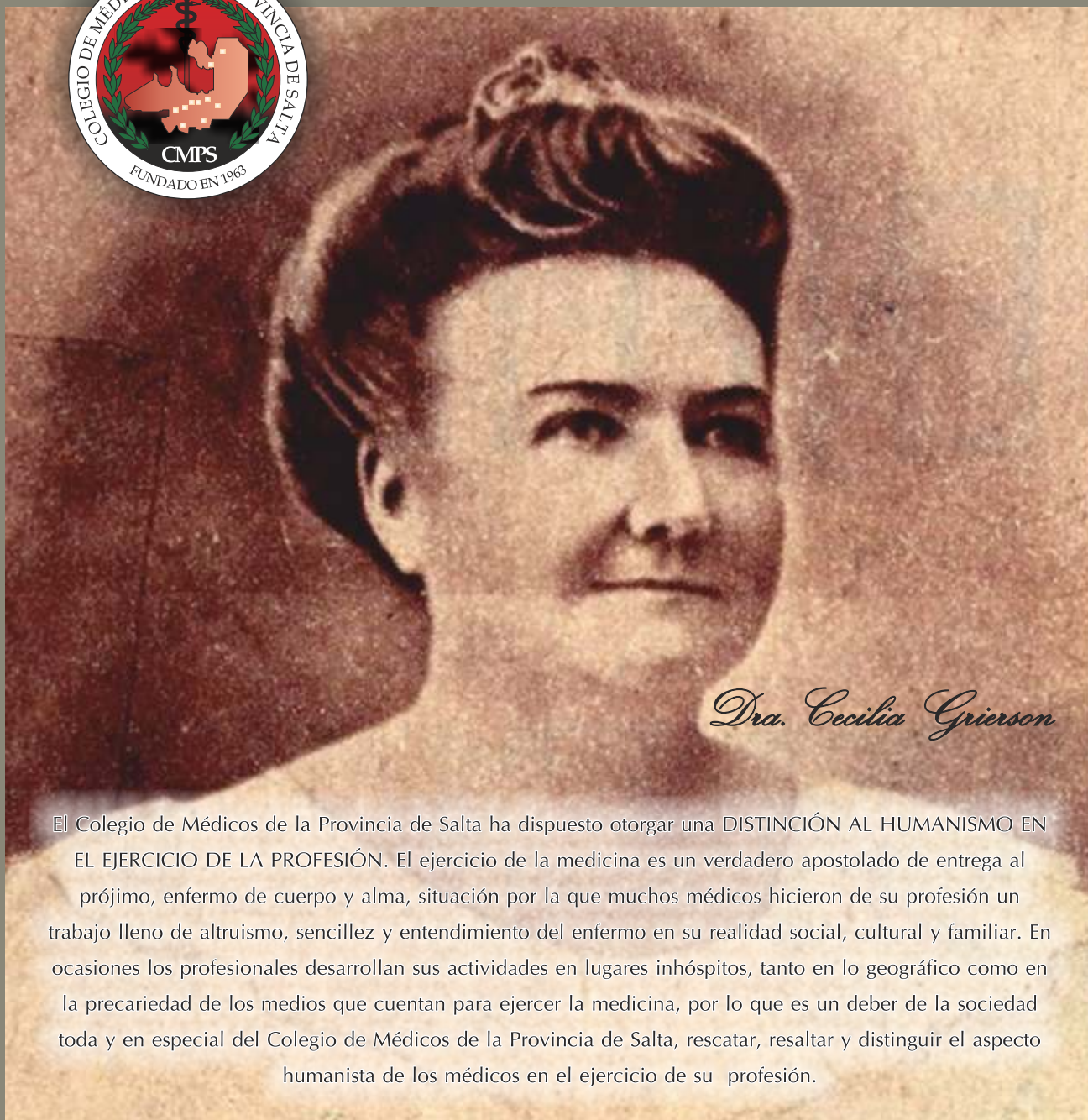
Se trata de la más antigua y tradicional manifestación de fe del país y la segunda manifestación religiosa de importancia en la Argentina luego de la Peregrinación a Nuestra Señora de Lujan en Buenos Aires, Patrona de la República

Para finalizar la procesión y de regreso en la catedral, acompañados de un mar de pañuelos blancos en la plaza principal, el repique de las campanas, el lamento de una sirena y una lluvia de pétalos rojos y blancos, la plaza completa, con capacidad de 50 000 personas de pié, el pueblo de Salta despide las sagradas imágenes hasta el siguiente año.



COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE SALTA

DISTINCIÓN AL HUMANISMO EN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN MÉDICA 2017



Dra. Cecilia Grierson

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

DISTINCIÓN: Consistirá en DIPLOMA y MEDALLA DE ORO · **PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS:** Hasta el 30/09/2017
ENTREGA DE DISTINCIÓN: Acto Académico Noviembre 2017 · **BASES Y REQUISITOS en:** www.colmedsa.com.ar
COORDINACIÓN A CARGO: MESA DIRECTIVA · **COLABORACIÓN:** COMITÉ DE BIOÉTICA

Médicos Jubilados que obtuvieron la Matrícula Especial (J)

M. P. Nº	APELLIDO Y NOMBRE
(J) 2065	Dr. Wayar Giménez, Ricardo
(J) 1182	Dra. Del Olmo, María Elena
(J) 1012	Dra. García Saravia, María Lidia del Carmen
(J) 1246	Dr. Strejilevich, Leonardo
(J) 976	Dra. Vuistaz Langou, Martha Nelly
(J) 50	Dr. Carrizo, Rómulo Néstor
(J) 1666	Dr. Maestro, Sergio Oscar
(J) 1107	Dr. Miranda, Héctor Raúl
(J) 574	Dra. Koconos de Sánchez, María Nélica
(J) 898	Dr. Montalbetti, Hugo Eduardo
(J) 535	Dr. Gonorazky, Julio Alberto
(J) 45	Dr. Cornejo Torino, Oscar
(J) 788	Dr. Arias, Luis Mario
(J) 463	Dr. Calvet, Felipe Adolfo
(J) 585	Dra. Cabrera, Sonia Leonor
(J) 734	Dra. Lascano, Mercedes del Valle
(J) 873	Dr. Díaz, Celso Estraton
(J) 1026	Dr. Alfie, Natalio Carlos
(J) 1502	Dra. Plaza Yáñez, Elena del Rosario
(J) 462	Dr. Zalazar, Roberto Antonio
(J) 545	Dra. Molina de Raspi, Emma Argentina

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

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

NOMINA DE AUTORIDADES

PERIODO 2016- 2018

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
Secretaria	Dra. SILVIA FILOMENA VILCA
Tesorera	Dra. IRMA ADRIANA FALCO
Vocal Titular	Dr. SERGIO RAÚL BERETTA
Vocal Suplente 1º	Dr. JUAN JOSÉ ALBORNOZ
Vocal Suplente 2º	Dr. GUSTAVO BERGESI
Vocal Suplente 3º	Dr. GERARDO TORLETTI

TRIBUNAL DE ETICA Y EJERCICIO PROFESIONAL

Miembro Titular	Dr. JOSE TOMÁS MUSELI
Miembro Titular	Dr. HÉCTOR POLITI
Miembro Titular	Dr. VICENTE DOMINGO ALTOBELLI
Miembro Suplente	Dr. ALBERTO ALEMAN
Miembro Suplente	Dr. RAMÓN ELISEO ALBEZA

TRIBUNAL DE APELACIONES

Miembro Titular	Dr. HÉCTOR MARIO CERRUTTI
Miembro Titular	Dr. LUIS ROBERTO D'MAYO
Miembro Titular	Dr. GUILLERMO SOLDINI
Miembro Suplente	Dr. EDUARDO FABIÁN ACUÑA MARTÍNEZ
Miembro Suplente	Dra. TERESITA ELIZABETH ROYANO

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: \$ 3000,00.-

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: \$ 370,00.-

DUPLICADO DE CREDENCIAL: Denuncia Policial. (1) Foto Carnet 3 cm. x 3 cm. Arancel: \$370,00.-

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 \$ 3100,00 (Inscripción fuera de término (\$4400,00). - 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.-

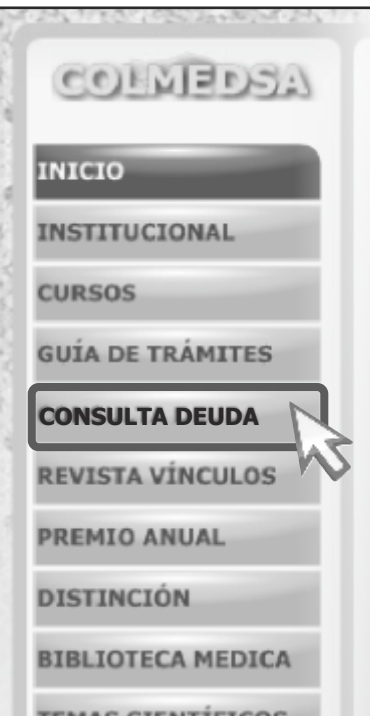
REQUISITOS PARA LA OBTENCIÓN DE LA MATRÍCULA ESPECIAL (J) PARA MÉDICOS JUBILADOS: Fotocopia de la 1ª y 2ª hoja del D.N.I. del solicitante. Fotocopia de la 1ª y 2ª hoja del D.N.I. de los familiares a cargo. Certificado médico de aptitud psico - física del solicitante. Proveer de 2 fotografías de 3 cm.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

NUEVOS MATRICULADOS

BIENVENIDOS!!!

M. P. N°	APELLIDO Y NOMBRE
6167	Dra. Yáñez Chávez, Daiana Carolina
6168	Dr. Quiroga García, Nicolás
6169	Dr. Belmont, Javier Ignacio
6170	Dra. Prinzio Orellana, Noelia Rocío
6171	Dra. Argañaráz, Micaela Belén
6172	Dr. Parada Heit, Rodrigo Sebastián
6173	Dr. Chico, Germán Antonio
6174	Dra. Iporre Quiroga, Leslie Verónica
6175	Dr. Farfán, Cristian Ariel
6176	Dr. Funes, Mario René
6177	Dra. Exeni Díaz, Georgina Luz
6178	Dr. Alpire Gonzáles, Marvin
6179	Dra. Villegas, María Guadalupe
6180	Dra. Antezana Chinchilla, Vania
6181	Dra. Hoyos, María Guadalupe
6182	Dra. Colque, Ileana Amira
6183	Dr. Lovaglio, Santiago Enrique
6184	Dr. Maidana, Jorge Luis
6185	Dr. Sirena Talocchino, Juan Pablo
6186	Dr. Palomino Bejarano, Jorge Luis
6187	Dr. García, Mariano Alberto
6188	Dra. Burgos, María Dalina
6189	Dra. Mancilla, Elba Noelia
6190	Dr. Mamaní, Carlos Alberto
6191	Dra. Martín, María Julieta
6192	Dra. Cabral Albornoz, Sofía Elizabeth
6193	Dr. Bollati, Ezequiel Andrés
6194	Dr. Ayarde, Angel Gastón
6195	Dr. Huertas, Fernando Rodrigo
6196	Dra. Duarte, María Teresa
6197	Dr. Venega, Oscar Fernando
6198	Dr. Sánchez, Luis Enzo
6199	Dr. Calderón Arancibia, José Alfredo
6200	Dr. Ocampo, Horacio Alejandro Matías
6201	Dra. Morelli, María Ayelén
6202	Dra. Argañaráz, Marcela Estefanía
6203	Dra. Álvarez Tejerina, Valeria Samanta
6204	Dra. Aguirre, Laura Cecilia
6205	Dr. Puig, Pablo Ignacio
6206	Dra. Verón, Beatriz Lilia
6207	Dra. Gutiérrez, Ana Melisa
6208	Dr. Oller Zamar, Marcelo
6209	Dra. Jurado, Alejandra Estefanía

6210	Dr. Tobar Salces, Lucas Ariel
6211	Dr. Delgado, Claudio Ismael
6212	Dra. Nieva, Noelia Estefanía
6213	Dr. Ciotta, Alejandro Daniel
6214	Dra. Díaz, Fabiana Lilia
6215	Dra. Fonseca, Agustina
6216	Dra. Guerra, María Belén
6217	Dra. Ovejero Solá, Ana
6218	Dr. Alba, Carlos Edmundo
6219	Dr. Calderari, Ramiro José
6220	Dra. Iñigo, Patricia del Valle
6221	Dr. Morales Socaza, Adan Sam
6222	Dra. Bravo, Andrea Elizabet
6223	Dra. Enriquez Carvajal, Nilda Fabiana
6224	Dra. Padilla Cruz, Liceth Gisela
6225	Dr. Ruiz, Héctor Fabián
6226	Dr. Gutiérrez, José Manuel
6227	Dra. Ibáñez, Nelly Soledad
6228	Dra. Díaz Torres, Carolina
6229	Dr. Chosco, Tito Alberto
6230	Dra. Videla Acevedo, Silvia Inés
6231	Dra. Valdés Ortíz, Alejandra
6232	Dra. Facciotti, María Sofía
6233	Dra. Aguilar, Paula Elizabeth
6234	Dr. Cáceres Zerda, Darío Exequiel
6235	Dra. Castro Aredes, Fabiola del Carmen
6236	Dr. Zerpa, Gabriel Alejandro
6237	Dr. García, Manuel Andrés
6238	Dr. Raposo, Guillermo Federico
6239	Dr. Rubén, Cristian Andrés



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

TRIBUNALES / COMITES / COMISIONES

COMISION/COMITE/TRIBUNAL	INTEGRANTES	FECHA DE REUNION
TRIBUNAL DE ESPECIALIDADES	Dr. Juan José Albornoz Dr. Federico Mangione Dr. Rubén Abraham Gurevech Dra. María Elena Crespo Espíndola Dr. Jorge Leonardo Vasvari	Lunes 21:00 hs.
COMITE DE BIOETICA	Dr. Oscar Cornejo Torino Dr. Pablo Figueroa Dr. José Tomás Museli Dr. Julio Raúl Mendez Prof. Alfonsina Giraldez Lic. Sonia Cañizares de Fabián Dr. Rafael Cornejo Dr. Carlos Ernesto Wendichansky	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 Dr. Octavio Guanca Dr. Daniel A. Delgado (Círculo Médico de Salta) Dra. María N. Gonza (Círculo Médico de Salta) Dr. Alberto Aleman (H)	Lunes 12:00 hs.
COMISION CONSULTIVA DE JOVENES MEDICOS	Dr. Walter Leonardo Failá Dra. Carolina Saravia Figueroa Dr. Matías Andrés Orquera Dra. María Jimena Pérez Frías Dr. Bernabé Loutayf Terán	Martes 20:30 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. Carlos Alberto Martínez Dr. Antonio Wayar	Jueves 12:00 hs.
COMISION DE POSTGRADO	Dr. Ramón Jorge Fiqueni Dr. Alberto Robredo Dr. Welindo Toledo Dr. Gerardo Torletti Dr. Ricardo Altobelli	Martes 21:00 hs.
COMISION PROYECTOS COMUNITARIOS	Dra. Mónica Beatriz Gelsi (Coordinadora) Dr. Juan Carlos Alberto Larrahona (Coordinador)	
COMISION DE CULTURA	Dr. José Oscar Adamo Dr. Carlos Alberto Musicante Prof. Telma Palacios Dr. José Lucas Gato Dr. Luis Mario Arias Dr. Edmundo Del Cerro Dr. Edgardo Fuat León Prof. Susana Godoy Dra. María Nélide Koconos	Martes 10:00 hs.

Dr. Juan Pedro Garrahan

Juan Pedro, el mayor de los tres hijos de John Garrahan –un descendiente de inmigrantes irlandeses que fuera electo primer intendente de General Rodríguez en 1881- y Virginia Nóbile, nació el 24 de septiembre de 1893. Estudió en la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, realizó las prácticas hospitalarias en el Hospital Rawson y se doctoró en 1915, obteniendo el Diploma de Honor. De su matrimonio con María Prando –hija del Dr. Dravid Prando, un prestigioso cirujano de la época-, nacieron Juan David, María Teresa y Patricio José.

Al comenzar su desempeño profesional, el Dr. Juan Pedro Garrahan trabajó en los servicios internos de Clínica Médica del Hospital Rawson y en la maternidad del Hospital Rivadavia. Luego viajó a Europa, en 1928, para visitar y analizar numerosos establecimientos pediátricos en Francia, Bélgica, Alemania, Austria, Italia, Suiza y España. A su regreso, y como resultado de aquel viaje formativo, quien fuera estudiante sobresaliente y un joven médico prometedor se había convertido en el profesional maduro, tolerante, sereno y meticoloso que desplegaría una carrera extraordinaria.

Sus familiares aseguran que trabajó sin pausa hasta el día de su muerte, el 3 de abril de 1965, en Buenos Aires. Recuerdan su puntualidad casi obsesiva y su rutina diaria, que comenzaba a las 8 de la mañana con el ritual del desayuno familiar mientras leía y comentaba La Nación y La Prensa. Luego, desde las 9 hasta las 12 del mediodía, dictaba clases en el Hospital de Clínicas y, antes de almorzar en su casa a las 13:45, realizaba la primera ronda de visitas médicas domiciliarias. Garrahan dormía la siesta hasta las 16 horas, atendía el consultorio particular (que funcionaba en su casa, en la calle Suipacha 1366) hasta las 20, y realizaba la segunda ronda diaria de visitas a domicilio hasta el regreso para la cena, a las 22:30. Semejante valoración del trabajo quedó claramente expresada en la fuera su última carta, remitida a uno de sus hijos, que estaba en Cambridge: “Le recomiendo, para dentro de mucho tiempo -escribió-, que siga trabajando como si fuera viejo. Es lo que más llena la vida, sobre todo cuando se entremezcla la obligada disciplina diaria, la

satisfacción de hacer el bien, de vivir de comprensión y tolerancia, y volar un poco siquiera, con la inteligencia y la imaginación”.

En 1943 el Dr. Garrahan fue designado Miembro de la Academia Nacional de Medicina en el sitial número 34. Desde el año anterior ocupaba la titularidad de la Cátedra de Pediatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y se desempeñaba como profesor titular y director del Instituto de Pediatría y Puericultura del Hospital de Clínicas. Su carrera parecía definitivamente consolidada, pero diez años más tarde, en 1952, al llegar a su despacho se encontró con la novedad de que otro profesional ocupaba su escritorio y que, según la nota que éste se encargó de darle en mano, había sido cesanteado sin explicaciones ni fundamento alguno. Tres años después, con el cambio de gobierno llegaría también la reparación para el Dr. Garrahan. Pero aún hoy, al evocar ese momento, uno de sus hijos asegura que fue la única vez que lo vio llorar en su vida.

Escribió ocho libros que entregó al editor manuscritos con letra clara y prolija. En “Medicina Infantil”, “La Pediatría o Ciencia y Arte”, algunos de sus títulos fundamentales, Garrahan transmitió a sus alumnos y a las generaciones de médicos posteriores un enorme caudal de conocimientos de su especialidad.

Los libros de Garrahan gozaron de una gran difusión y trascendieron las fronteras nacionales para irradiar su influencia en América Latina y en España. Constituyen la obra de un gran médico, también dotado de una sólida formación humanística. A lo largo de sus páginas es posible discernir una decidida toma de posición respecto de la relación médico-enfermo, un tema trascendente. En efecto, Garrahan planteó que el facultativo debe lograr “una adecuación de su conducta a la modalidad del enfermo y de quienes lo rodean” para eliminar las barreras que con frecuencia se interponen entre ellos, porque semejante distanciamiento es doloroso, pero mucho más cuando el paciente es un niño.

Fuente: Roemmers 90 años con la medicina argentina.

Sabías que...

Un estudio de la Universidad de Ohio (EE.UU.) ha revelado que la premura en el proceso de cicatrización de las heridas depende del cortisol, hormona originada por el estrés. Cuanto mayor es su cantidad más lenta es la cicatrización, ya que ésta depende del sistema inmune.

El humo generado en la combustión de los motores diesel induce una respuesta de estrés en la actividad cerebral, provocando dolor de cabeza o mayores complicaciones.

El colesterol es un lípido (grasa) que pertenece al grupo de los esteroides. El hígado genera el 80% del colesterol total, al intervenir en procesos metabólicos, hormonales, digestivos y nerviosos. El otro 20% proviene de la dieta, y su exceso provoca un mayor riesgo de padecer enfermedades cardíacas.

La vigorexia se trata de un trastorno o desorden emocional donde las características físicas se perciben de manera distorsionada, al igual de lo que sucede cuando se padece de anorexia, pero a la inversa. Ello le lleva a realizar ejercicio físico de manera obsesiva compulsiva y pesas cada día de manera continuada.

El aceite de oliva es la grasa vegetal (lípido) alimenticio más antiguo y es un nutriente indispensable para nuestro organismo ya que aporta la energía que necesitamos para poder llevar a cabo nuestras actividades físicas e intelectuales. También estimula la absorción de calcio, y por ello estimula el crecimiento óseo, y aporta flexibilidad a las células. El 99% de su composición corresponde a diferentes ácidos grasos.

El alcohol, la luz, y las pastillas para dormir, entre otros, pueden destruir la vitamina B12, produciendo mala producción de glóbulos rojos y degeneración nerviosa.

Los fumadores pasivos, aquellos que están en contacto directo con el humo del cigarrillo pero que no fuman, también pueden padecer cáncer. El humo de un cigarrillo emana dos veces más alquitrán y nicotina que lo inhalado por el propio fumador.

El cuerpo humano posee más de 100.000 millones de neuronas. En cada borrachera se destruyen 1.000.000 de neuronas, es una pérdida de neuronas permanente ya que nunca más se van a volver a tener. Al consumir alcohol con el estómago vacío, el 20% de éste pasa directamente a la sangre.

Según un artículo publicado en el British Medical Journal, la reducción en la ingesta de sal (25%) reduce el riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular en un 25%. Así mismo observaron una disminución del 20% en el índice de mortalidad.

Fuente: www.zonadiet.com

HUMOR MÉDICO



JAJAJAJAJA
JAJAJAJAJA
JAJAJAJAJA
JAJAJAJAJA
JAJAJAJAJA
JAJAJAJAJA
JAJAJAJAJA
JAJAJAJAJA
JAJAJAJAJA
JAJAJAJAJA

JAJAJAJAJA
JAJAJAJAJA
JAJAJAJAJA
JAJAJAJAJA
JAJAJAJAJA
JAJAJAJAJA
JAJAJAJAJA
JAJAJAJAJA
JAJAJAJAJA
JAJAJAJAJA



COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE SALTA

HORA DE TRABAJO MÉDICO:
\$ 1110,00 (Pesos, Mil Ciento Diez)

RESOLUCIÓN Nº 075/17. MESA DIRECTIVA
VALORES VIGENTES DESDE EL 01/07/2017 HASTA EL 31/12/2017.

HORA DE GUARDIA MÉDICA:
\$ 370,00 (Pesos, Trescientos Setenta)

RESOLUCIÓN Nº 074/17. MESA DIRECTIVA
VALORES VIGENTES DESDE EL 01/07/2017 HASTA EL 31/12/2017.

HONORARIO MINIMO ETICO PROFESIONAL

CONSULTA A CONSULTORIO:
\$ 305,00 (Pesos, Trescientos Cinco)

CONSULTA A DOMICILIO:
\$ 370,00 (Pesos, Trescientos Setenta)

RESOLUCIÓN Nº 073/17. MESA DIRECTIVA
VALORES VIGENTES DESDE EL 01/07/2017 HASTA EL 31/12/2017.

