



VINCULOS

La revista del Colegio de Médicos de Salta

AÑO 14 - N° 35 - DICIEMBRE 2020



| Biografías: Dr. José Ricardo Niewolski | Características de los Stroke Mimics en un Hospital Público de Salta, Argentina | Aplasia Cutis Congénita: A propósito de un caso | Bronceosis: enfermedad especulativa por depósito de bronce | Dr. Gerardo Domagk (1895 - 1964) | Las bondades de la muerte | “Carta de una madre” | Anexo Sede Institucional | Colegio de Médicos de Salta “Reafirma la defensa de las dos vidas” | Autoridades 2018-2020 | Colegiados Honorarios | Guía de Trámites | Nuevos Matriculados | Tribunales / Comités / Comisiones



A TODOS LOS MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE SALTA:

Sería impropio que este 3 de diciembre de 2020, día del Médico, el Colegio les deseara felicidades a los colegas. Sin embargo a viva voz les comunicamos a los profesionales médicos de toda la provincia y al pueblo en general que, el jurado que dictamina sobre el “Premio al Humanismo Médico en el Ejercicio de la Profesión”, distinción que esta institución otorga anualmente a distintos profesionales por su labor humanitaria, por unanimidad, este año 2020 le concedió “A todos los médicos de la Provincia de Salta” por su lucha titánica contra la pandemia COVID-19, algunos con el sacrificio de su vida. El premio consistirá en una placa recordatoria que será colocada en la entrada del anexo de COLMEDSA de próxima inauguración. Merecidísimo homenaje a todos y cada uno de los profesionales médicos por su entrega total en pos de los enfermos COVID-19.

Mesa Directiva, 3 de diciembre 2020.





Colegio de Médicos de la Provincia de Salta

Marcelo T. de Alvear N° 1310

C.P. (4400) Salta

Tel.: (0387) 4212527 / 4213355

Fax: (0387) 4714703

Email: info@colmedsa.com.ar

Web: www.colmedsa.com.ar

 Colegio de Médicos de Salta

VINCULOS

La revista del Colegio de Médicos de Salta

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

Dirección:

Dr. Juan. J. Loutayf Ranea
(Presidente Colegio de Médicos de Salta)

Coordinación General:

Comisión Consultiva Jóvenes Médicos
Dra. Carolina Saravia Figueroa
Dra. María Jimena Pérez Frías
Dr. Bernabé Loutayf Terán
Dr. Alberto Aleman (H)
Dr. Nicolás Cornejo Revilla
Dra. Mercedes Armengol

Diseño Gráfico:

Diego Martín Loza

Impresión:

Artes Gráficas Crivelli

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

SUMARIO

AÑO 14 - NUM. 35 DICIEMBRE 2020

Biografías: Dr. José Ricardo Niewolski
Pág. 3

Características de los Stroke Mimics en un Hospital Público de Salta, Argentina
Pág. 5

Aplasia Cutis Congénita: A propósito de un caso
Pág. 11

Bronceosis: enfermedad especulativa por depósito de bronce
Pág. 13

Dr. Gerardo Domagk (1895 - 1964)
Pág. 15

Las bondades de la muerte
Pág. 18

“Carta de una madre”
Pág. 19

Anexo Sede Institucional
Pág. 21

Colegio de Médicos de Salta "Reafirma la defensa de las dos vidas"
Pág. 22

Autoridades 2018-2020
Pág. 23

Colegiados Honorarios
Pág. 24

Guía de Trámites
Pág. 25

Nuevos Matriculados
Pág. 26

Tribunales / Comités / Comisiones
Pág. 28

Los sonidos del silencio

20 de marzo de 2020, 00:00 hs., la sirena del Tribuno empieza su sonido escalofriante. Anuncia el silencio que empezaba sobre toda la República Argentina por el aislamiento social preventivo y obligatorio para intentar contener la pandemia del COVID 19, que ya hacía estragos en Europa y otras partes del mundo. Silencio en las calles, bares, teatros, negocios. Silencio en nuestro Colegio de Médicos de Salta. Solo se sentían los sonidos de aquellos que fueron decretados esenciales en esta pandemia y debían continuar sus labores, entre ellos y fundamental, el Equipo de Salud de nuestra Provincia de Salta. Llegaban los colegas y restos de personal del equipo de salud a Hospitales, Sanatorios, Centros de Salud y en esos momentos empezaban los sonidos de los pechos de los médicos que tenían que contener la avalancha de enfermos de COVID. Y algunos de ellos eran sonidos desgarradores por el silencio sepulcral en que entraban pacientes y, con el tiempo, silencio desgarrador de los propios médicos en la soledad de su muerte.

Se entabló una lucha en donde el enemigo era muy superior a las fuerzas físicas del equipo de Salud, no estábamos preparados para esta Pandemia feroz. Pero en ese escenario de lucha sin cuartel, sonaban muy alto los sonidos de las trompetas del espíritu inquebrantable de los colegas que intentaban ponerse de pie ante caídas y tropiezos, y seguir adelante con un humanismo inigualable!!!

El Colegio de Médicos de la Provincia de Salta, desde el primer momento y a través de nuestro sitio web y videos, reconocía el trabajo inconmensurable de todos los colegas de la provincia. En algunos lugares del interior el silencio era tan silencioso que se podía escuchar el eco del latido de los corazones del equipo de salud pidiendo AYUDA!!! Sí, es cierto que se les mandó aplausos, palabras de estímulo, reconocimiento moral, no silenciosos, llenos de bullicio muchos de ellos. Pero el equipo de Salud, nuestros médicos salteños que mientras la pandemia avanza luchan más y más a costa de su propio silencio de vida, necesitan algo más, algo silencioso pero efectivo en recompensa de su esfuerzo denodado. Vaya el pedido sincero para quienes deben decidir sobre las mejoras materiales para su subsistencia diaria, actúen por favor, se lo merecen. No solo de halagos vive el hombre, también necesita el pan diario.

El Colegio de Médicos los ayudó mínimamente con disminución o no pago de cuota de colegiados.

Pero, no era suficiente. Debíamos plasmar para el futuro, el agradecimiento eterno de nuestra Institución para todos los médicos de la Provincia.

Justamente se lanzaba meses atrás la convocatoria para la Distinción al Humanismo en el Ejercicio de la Profesión Médica. Mesa Directiva del Colegio no dudó en postular para este premio a TODOS LOS MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE SALTA. Oportunamente y como la reglamentación lo estipulaba, se reunió el Jurado ad hoc y por decisión unánime se aceptó lo solicitado por Mesa Directiva, entre distintas opciones: Se otorga la DISTINCIÓN AL HUMANISMO EN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN MÉDICA A TODOS LOS MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE SALTA.

Habitualmente la Distinción consiste en medalla de oro y diploma al ganador. En este caso se decidió que el reconocimiento quedara plasmado en una placa en la entrada del Anexo del Colegio de Médicos, próximo a inaugurar, al lado norte de nuestra Institución.

Allí quedarán los sonidos del silencio, por años, el agradecimiento a quienes ofrendaron su vida por los demás. Nuestro agradecimiento sentimental, espiritual, pero también quedará el SILENCIO de que no fueron reconocidos en otro sentido. A BUEN ENTENDEDOR, POCAS PALABRAS.

Dr. Juan José Loutayf Ranea
Presidente
Colegio de Médicos de la Provincia de Salta

BIOGRAFÍAS

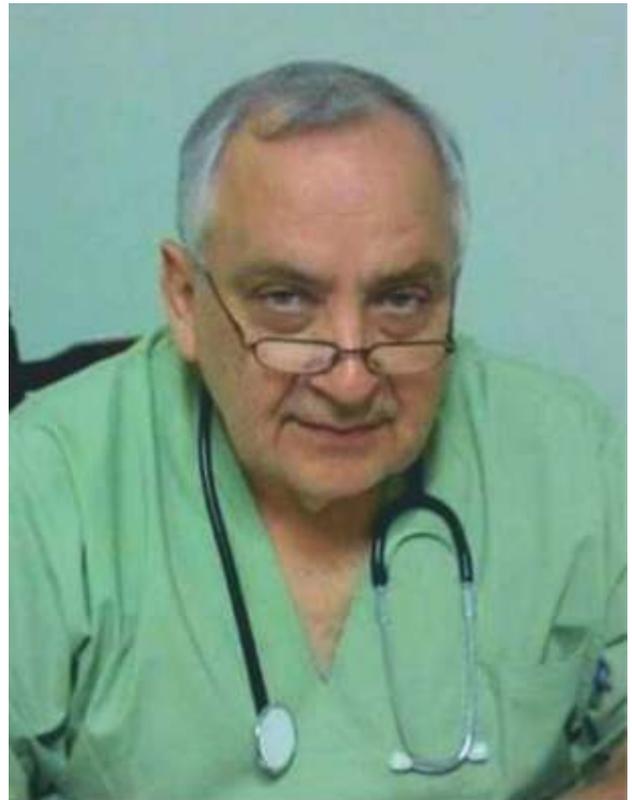
Dr. José Ricardo Niewolski

Nació el 26 de abril de 1955 en Campamento Vespucio, Departamento Gral. José de San Martín, Provincia de Salta. Hijo de una salteña trabajadora y un polaco inmigrante contratado por YPF como técnico en perforaciones de petróleo, del cual heredó sus clarísimos y profundos ojos verdes llenos de esperanza, honestidad y una cultura del trabajo inigualable. El séptimo de ocho hermanos siempre predispuerto y dispuesto a compartir todo en un hogar sencillo lleno de amor y valores. Realizó la primaria y parte de la secundaria en la Escuela de Educación Técnica Aguaray y también en el Colegio Mariano Moreno de Aguaray (localidad del departamento Gral. San Martín).

Desde niño fue amante del campo, los animales, la naturaleza y una vocación innata por ayudar a los demás lo hizo a sus cortos 17 años partir de su querido lugar de origen donde creció e ingresar a la Universidad Nacional de Córdoba para estudiar medicina. Un alumno formidable el cual hizo una carrera brillante que convirtió en su forma de vida... médico clínico, especialista en terapia intensiva y hemoterapia.

Terminados sus estudios regresó a la ciudad de Salta Capital donde trabajó en el Hospital San Bernardo, Hospital Arturo Oñativia, Instituto Médico de Salta (actual Clínica Santa Clara de Asís). Fue socio fundador de la terapia intensiva de la Clínica Córdoba de Salta, un incansable trabajador de la salud, tanto en el ámbito público como privado, en sus diversos consultorios de centros médicos como Satis, Savia Salud, entre otros. Miembro honorable del Círculo Médico de Salta y del Círculo Médico de Metán.

En el año 1986 fundó la primer Terapia Intensiva en la ciudad de Metán, Salta, para la Clínica Metán del Doctor Carlos Poma junto a sus colegas amigos salteños, el Dr. Falú, Dr. Osinaga, Dr. Baffa Trasci, Dr. Otero, Dr. González, Dr. Molina, entre otros. Desde ese año hasta el año de su deceso inclusive, el doctor Niewolski desarrolló una relación muy especial con la Ciudad de la miel, de la cual nunca pudo volver



definitivamente ni despegarse, dedicó todos los años de su vida a viajar constantemente y dividir sus días de la semana entre sus pacientes en Salta Capital y a dicha Clínica y también al Hospital Del Carmen donde desempeñó con talento, efusión y devoción el cargo de “Jefe de Programa de Emergencias” en la Ciudad de Metán. En ambos lugares su consultorio siempre estaba abierto y a disposición del paciente, o mejor dicho, de la persona que lo necesitara sin importar protocolos o burocracia, más de una vez sin obras sociales y con regalos en mano, como los que a él le gustaban (miel de abeja, huevos de campo, cerditos para navidad, un pan dulce, algo casero... que recordara sus orígenes, era lo que más valía a su visión). Centenares de personas esperaban ansiosos por él en su sala de espera. Un médico como pocos, siempre pendiente de su gente, al servicio de los más desprotegidos, de sus queridos pacientes de PAMI, olvidados y desestimados por la mayoría, hasta por algunos de sus propios colegas. Con una

transparencia y una ética intachable el doctor Niewolski es, fue y será un médico de real vocación y total entrega, el cual será recordado siempre con alguna anécdota maravillosa de por medio de alguien dedicado a salvar vidas y corazones.

Como muestra enorme de su generosidad, entre tantos otros gestos del doctor, fue nombrado padrino de la Escuela N° 4812 “El Manantial” en Apolinario Saravia por su director, señor Eduardo Perea, lugar donde por lo menos dos veces al año visitaba con sus amigos colegas llevando medicamentos y todo lo que fuera necesario para asistir a toda la comunidad que no puede acceder a la medicina, es así que formó un grupo de trabajo totalmente ad honorem nombrado a continuación, los cuales seguirán con su legado en honor a los momentos compartidos y su nombre: Dr. Rodolfo Gastaldi, Dr. José Luis Soraire, Dr. Martín Loutayf, Dr. Raúl Aparicio, Dr. Armando Martínez, Dr. Luis Ortíz y también colaboradores amigos entrañables para él.

Fue esposo de una sola mujer, el gran amor de su vida, con sus encuentros y desencuentros pero siempre juntos hasta el final con una gran familia de por

medio, padre de cuatro hijos, dos de corazón a los que amó y crió como propios desde pequeños, muestra de un acto de amor inconmensurable, y dos hijas de idéntico parecido, fieles reflejos de sus ojos en cuerpo y alma, abuelo de nueve nietos, cariñoso, generoso, irremplazable.

Aficionado a la pesca, a la música, un eterno amante de la familia y de la vida con su simpleza. Una persona pacífica, generosa, totalmente desinteresada y con una bondad y moral nada común.

Dueño de una ética profesional como pocos, un médico sin igual, un amigo entrañable, un padre ejemplar, un abuelo incondicional, sin duda una gran pérdida para su familia y amigos pero sobre todo para la medicina, su gran pasión y vocación, a la cual entregó su vida hasta el fin de sus días. Falleció el 29 de marzo de 2019 por una enfermedad cruel llamada “cáncer”, que no tuvo piedad ni siquiera por un incansable y gran trabajador de la salud como lo fue el Doctor Niewolski, el cual siempre será recordado por sus grandes valores como persona y un enorme legado que dejó como médico.

Estefanía Niewolski

AREA ADMINISTRATIVA

GERENCIA

SECRETARÍA DE GERENCIA

SECTOR CONTABLE

SECTOR ESPECIALIDADES

SECTOR HABILITACIONES

MATRICULACIONES / POSTGRADO

EDUCACIÓN MÉDICA

MESA DE ENTRADAS

Jorge Aramayo

Diego Loza

Gustavo Gariboli / Mauricio Villarroel

Fabián Tapia / Cristian Olarte

Lucas Rodríguez

Anabella Alvarez Rojas

Luis Aramayo

Ana Sol Amorós / Nicolás Rada

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

AREA INFORMÁTICA

Ing. Francisco Fernández

MANTENIMIENTO

César Arias / Carina Flores

Características de los Stroke Mimics en un Hospital Público de Salta, Argentina

Autores:

Dra. Mellinger Surai, Dr. Días Diego, Dr. Palavecino Alfredo, Dra. Aguirre Laura, Ing. Juan Anuch, Dr. Burgos Marcos, Dra. Orzuza Gabriela.

Colaboradores:

Dr. Gaspar Elvio, Dr. Chanampa Sebastián, Dr. Ivetich Guillermo, Dra. Aguirre Monica, Dra. Flores Noelia, Dr. Martínez Fascio José, Dr. Segura Andrés, Dr. Burgos Daniel.

Introducción

El accidente cerebrovascular (ACV) es la segunda causa de muerte en los países de moderados y altos ingresos, y la tercera en aquellos de bajos ingresos, según la OMS. Representa la primera causa de discapacidad en adultos (1). En Argentina la tasa de incidencia para cualquier evento cerebrovascular varía entre 127.9 (2) y 143 (3) casos cada 100000 habitantes/año según los últimos estudios publicados.

Para el tratamiento del ACV isquémico en la fase aguda se recomienda como primera línea (Case I, Nivel de Evidencia A) la administración de fibrinólisis intravenosa con Activador Tisular del Plasminógeno Recombinante (rtPA) dentro de los 60 minutos de la llegada del paciente a un servicio de urgencias, siendo contraindicada su utilización más allá de las 3 a 4.5 h de comienzo de los síntomas, según el caso (4).

El diagnóstico del ACV isquémico agudo es fundamentalmente clínico, basado en el inicio súbito de síntomas neurológicos que corresponden a un territorio vascular, y se apoya en la historia clínica del paciente, el examen neurológico y los hallazgos en la neuroimagen. La Tomografía axial computada (TAC) de cerebro estándar es característicamente normal en las primeras horas del inicio del evento y presenta una baja sensibilidad (42%) para la detección de ACV isquémico en la fase aguda (5), sin embargo es el único método disponible de neuroimagen en el servicio de urgencias de muchos hospitales en Argentina.

Debido al acotado tiempo para poder realizar tratamiento trombolítico, asociado a la normalidad inicial en la TAC, resulta, en muchos casos difícil la diferenciación de los ACV isquémicos agudos, de otros casos que pueden ser simuladores de éste, que son los llamados "Stroke Mimic" (SM)(6). Dentro de las causas más frecuentes de SM se encuentran las psiquiátricas o síndromes funcionales, las convulsiones, migrañas con aura, trastornos metabólicos (hipoglucemia), encefalopatía hipertensiva, encefalopatía de Wernicke, lesiones ocupantes de espacio cerebrales, toxicidad por drogas (litio, fenitoína, carbamazepina), entre otras (4).

Se han estudiado previamente, características o factores que están asociados con mayor frecuencia a SM, y que puedan por lo tanto ser utilizados para la sospecha diagnóstica temprana. Avellaneda-Gómez et al (7) realizaron un estudio prospectivo entre 2005 y 2015, donde encontraron que sobre 4.570 casos, 404 (8,8%) fueron SM. Los pacientes con SM fueron en su estudio más jóvenes, tuvieron menos factores de riesgo cardiovascular y fibrilación auricular, una menor puntuación en la escala National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) y menos afasia y disfagia. Goyal et al (8) realizó un score (FABS) para predecir el riesgo de SM, donde las variables incluídas fueron la ausencia de parálisis facial, la ausencia de fibrilación auricular, edad menor a 50 años, presión arterial sistólica al ingreso menor a 150 mm Hg, historia de convulsiones y síntomas sensoriales aislados sin síntomas motores al momento de la presentación. Puntuaciones mayores se asocian con mayor probabilidad de SM. Nguyen & Chang (9) realizaron en 2015 un review sobre las

diferencias entre SM y ACV, así como los riesgos secundarios a la aplicación de fibrinólisis en los primeros. Encontraron como factores que apoyan el diagnóstico de SM el antecedente de epilepsia, migraña, déficit cognitivo, la presentación con pérdida de la conciencia, afasia global sin hemiparesia y dolor de pecho. Por otra parte, hallaron con mayor frecuencia asociación de los ACV con debilidad focal, disartria, hemiparesia, limitación para la mirada horizontal, disfunción visuo espacial, neglet, desvío conjugado de la mirada, síntomas focales. Hand et al (10) realizó un estudio observacional, prospectivo, donde hallaron que el deterioro cognitivo, la pérdida de la conciencia y el antecedente de crisis convulsivas al inicio del cuadro, la posibilidad de deambular del paciente, la ausencia de síntomas lateralizadores, la confusión al examen físico, la presencia de síntomas en otros sistemas no vasculares (ejemplo, rales crepitantes), síntomas que no corresponden a un territorio vascular, estuvieron asociados con mayor frecuencia a SM. Por el contrario, la presencia de síntomas focales definitivos, el buen estado de salud la semana previa al evento y la posibilidad de determinar el tiempo exacto del inicio de la clínica se asociaron con mayor probabilidad de ACV.

El Hospital San Bernardo de la ciudad de Salta, Argentina cuenta con neurólogo de guardia activa las 24 horas del día con el fin de poder seleccionar correctamente los pacientes y realizar de forma oportuna el tratamiento trombolítico endovenoso en caso de ACV isquémico agudo. Sin embargo, debido a la difícil clasificación demostrada con algunos casos de SM, el corto período ventana para el tratamiento y la falta de disponibilidad de métodos más sensibles que la TAC de cerebro standard para determinar ACV isquémicos agudos, en muchos casos, los pacientes con SM son interpretados inicialmente como fenómenos neurovasculares agudos, siendo tratados como tales e internados posteriormente en sala de neurología para completar estudios. En caso de tratarse de SM, se descarta el compromiso isquémico cerebral por medio de Resonancia Magnética Nuclear (RMN) con secuencia de difusión.

No existen hasta la fecha estudios publicados en la ciudad de Salta, ni en Argentina que analicen las características de los pacientes con SM, por lo que su descripción es de gran importancia para conocer las variables que más frecuentemente se asocian a ellos a nivel local.

Objetivos

Como objetivo primario del presente estudio nos planteamos determinar el porcentaje de pacientes internados con diagnóstico clínico de ACV, a los que se diagnostica finalmente SM. Como objetivo secundario nos propusimos describir las características más frecuentemente presentes o ausentes en los pacientes con SM, que puedan ser utilizadas en el servicio de emergencias como guía para orientar el diagnóstico.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, durante 16 meses en el Servicio de Neurología del Hospital San Bernardo de Salta Capital, incluyendo todos los pacientes internados con diagnóstico inicial por el neurólogo de guardia de ACV isquémico agudo. Se excluyeron del estudio aquellos pacientes que se negaron a firmar el consentimiento informado (Anexo 1) (en caso de menores, o demencia se solicitó autorización apadre, madre o tutor a cargo) y pacientes con afasia de comprensión o global, sin informante confiable, que impida recabar datos correctamente.

Se recabaron a través de una planilla (Anexo 2) los siguientes datos de todos los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y no presentaban criterios de exclusión:

1. Datos epidemiológicos: Edad, sexo, nivel de educación (medido en años completos de instrucción formal).
2. Factores de riesgo cardiovascular:
 - Tabaquismo actual (sí/no), entendiendo como adulto fumador toda persona mayor de 18 años que fumó al menos 100 cigarrillos en su vida y que actualmente fuma alguno o todos los días.(11)
 - Chagas: serología reactiva mediante hemaglutinación indirecta (HAI) y Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA) en laboratorio del hospital.
 - Antecedente de hipertensión
 - Antecedente de infarto de miocardio
 - Antecedentes de Diabetes
 - Fibrilación auricular permanente o paroxística (diagnosticada previamente o durante la internación)
 - Antecedentes o diagnóstico durante la

internación de dislipemia para pacientes con alto riesgo cardiovascular (por tratarse de pacientes con sospecha de evento vascular cerebral), definida como colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (LDL) mayor a 70 mg/dl, triacilgliceridos (TAG) mayor a 150mg/dl, colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (HDL) menor a 40 mg/dl en hombres y menor a 45 mg/dl en mujeres, o tratamiento previo con hipolipemiantes.

3. Datos del evento: Escala FABS (8), Puntuación de NIHSS al ingreso, afasia, disfagia (evaluación a través del test de la deglución de 3 Oz, validado para ACV)(12), presentación con pérdida de la conciencia, limitación para la mirada horizontal, crisis convulsivas al momento de la presentación, presión arterial al ingreso menor a 150.

4. Antecedentes no cardiovasculares: epilepsia, migraña, patología psiquiátrica (depresión, trastorno de ansiedad, retraso mental, síntomas somatomorfos o funcionales previos), diagnóstico previo de demencia.

5. Se preguntó textualmente la siguiente pregunta: “En las últimas 4 semanas, ¿ha estado estresado, preocupado o renegando por algo?”

6. Se preguntó textualmente la siguiente pregunta: “¿Ha tenido antecedentes de violencia o trauma sexual en algún momento de su vida?”

7. Se realizó la escala de screening de depresión Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (13)

El diagnóstico final de ACV/AIT o SM estuvo determinado a través de neuroimágenes: TAC de cerebro standard, y si esta resultaba negativa para lesiones isquémicas agudas/subagudas y quedaran dudas del cuadro, se procedió a realizar Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de cerebro, con secuencia difusión. Aquellos pacientes con duración de los síntomas menor a una hora y RMN de cerebro con secuencia difusión negativa para lesiones agudas, que puntuaban más de 4 puntos en la escala de ABCD2 para accidente isquémico transitorio (AIT)(14), fueron categorizados como diagnóstico final de ACV/AIT.

Se cargaron las variables cualitativas y cuantitativas en base de datos diseñada específicamente en planilla mediante programa Microsoft Office Excel 2013.

Posteriormente se analizaron dichas variables a fin de describir la población, y comparar la frecuencia de variables en el grupo de pacientes SM y en el de ACV. Se calcularon desvíos standard y medias con sistema Infostat versión 2018. Se cargó la información de las planillas en tablas de contingencia a partir de las cuales se calcularon los estadísticos necesarios para realizar el test X² de Pearson y el test exacto de Fisher, según la variable analizada. Se utilizó éste último para las variables que no cumplieron los supuestos del primero. Para la variable cuantitativa “edad” se calculó el valor del estadístico “T” de Student para comparar las medias de edad entre grupo ACV y SM. Por último se realizó una regresión logística entre el diagnóstico y la escala de FABS, para probar el ajuste entre ambas, y obtener de este modo una predicción de la probabilidad de SM a partir del valor de FABS, a su vez probar el ajuste entre los valores observados en los pacientes y el obtenido por el modelo estadístico propuesto.

El protocolo se adecuó a la declaración de Helsinki de 2013. Los autores no presentan conflictos de interés.

Resultados

Entre el 1/1/18 y el 29/5/19 se registraron 157 pacientes que fueron internados en el servicio de neurología con diagnóstico inicial de ACV y aceptaron participar en el estudio. Se excluyeron del análisis dos pacientes por pérdida de seguimiento y falta de diagnóstico final. Se incluyeron en el análisis pacientes con datos incompletos, siempre y cuando el dato faltante no fuera diagnóstico final. En nuestro estudio, se registraron 27 casos de SM (17.4%) y 128 casos de ACV (82.5%). 65.1% fueron hombres. La edad promedio fue de 62 años, con un rango de 16 a 88 años. 51.3% contaban sólo con estudios primarios. La mediana de NIHSS al ingreso fue de cuatro puntos, con un rango de cero a 23, observando la mayoría una puntuación de NIHSS menor a cuatro puntos (62%). 67.8% de los pacientes respondieron que sí habían estado estresados o preocupados por algo en el último tiempo y un 14% habían tenido antecedentes de abuso sexual en algún momento de su vida. La mediana de puntuación de la escala de PHQ, fue de cinco puntos, con 24 pacientes (19.3%) puntuando mayor a 10, consistente con trastorno depresivo mayor.

Al analizar los datos clasificando por diagnóstico de ACV versus SM (Tabla I), se encontró en nuestro

análisis una diferencia significativa en cuanto a edad (media grupo SM 56 y media del grupo ACV 64, $p=0,0240$). Además se hallaron diferencias significativas en cuanto a sexo (mayor porcentaje de mujeres con SM, $p=0,0034$), menor nivel educativo en grupo de stroke ($p=0,0440$), HTA (mayor porcentaje de hipertensos con ACV, $p=0,0001$), ausencia de parálisis facial al ingreso (mayor porcentaje de pacientes con SM $p=0,0001$), edad menor a 50 años (mayor cantidad de SM $p=0,0029$), TA sistólica al ingreso menor a 150 (mayor cantidad SM, $p=0,0113$), antecedentes de convulsiones (mayor porcentaje de SM $p=0,0006$), alteración de la conciencia al ingreso (mayor porcentaje de SM $p=0,0017$), crisis convulsivas al ingreso (mayor cantidad de pacientes con SM $p=0,0294$), antecedentes de epilepsia (mayor porcentaje de pacientes con SM $p=0,0088$) y puntuación de NIHSS menor a 4 (mayor porcentaje de pacientes con SM $p=0,0334$). La presencia de síntomas sensitivos aislados al momento del ingreso mostró una tendencia a presentar diferencia significativa entre los grupos ($p=0,0500$).

En cuanto al análisis de los datos obtenidos con la escala de FABS (Tabla II) se realizó un análisis de regresión logística, para determinar qué probabilidad de SM tenían los pacientes según su puntaje en la escala de FABS. Los datos obtenidos se ajustan correctamente a los valores esperados según nuestro modelo de predicción (Gráfico I), estimando a través de este medio, que una puntuación de FABS de 0 se asoció con 0% de probabilidad de SM, la puntuación de 1 con un 2% de probabilidad, la puntuación de 2, con un 7%, 3 puntos correspondieron a un 38% y 4 puntos correspondieron a un 67% de probabilidad de SM. No contamos en nuestro estudio con casos que puntuaran FABS de 5 o 6 para establecer predicciones con estos valores.

Discusión

La evaluación por un neurólogo especializado es esencial en el sector de urgencias para diferenciar pacientes con ACV de SM. Sin embargo, esta tarea es en muchas ocasiones difícil y deben recurrirse a exámenes complementarios para lograr la distinción. Resulta de importancia conocer las variables que más frecuentemente se asocian con estos simuladores para facilitar el diagnóstico diferencial entre ellas.

Este es el primer estudio de Argentina que describe

las características de los pacientes con diagnóstico de SM. En nuestro análisis observamos que puntuaciones de FABS de 4 puntos correspondieron a un 67% de probabilidad de SM y que esta escala se adapta correctamente al modelo de predicción establecido mediante análisis estadístico. Dentro de las variables que componen la escala de FABS, las que fueron más significativas en la distinción de las dos patologías fueron ausencia de parálisis facial y antecedentes de convulsiones, seguidas de edad menor a 50 años, TA sistólica al ingreso menor a 150 mmHg y síntomas sensitivos aislados, la cual mostró una tendencia. En nuestro estudio el factor "ausencia de fibrilación auricular" no mostró diferencia significativa en la distinción entre ACV y SM. La escala de FABS ha sido validada por otros estudios (8) donde de manera similar, se ha podido establecer una relación directa entre puntaje en la escala y la probabilidad de ACV, por lo que esta herramienta, debería ser difundida entre los profesionales para el manejo de pacientes con síndrome neurológico agudo.

Otros factores que mostraron diferencia significativa entre ambos grupos en nuestro estudio y por lo tanto podrían ser tomados en cuenta en el ámbito de emergencias para la orientación diagnóstica fueron el sexo femenino, antecedentes de HTA, alteración de la conciencia al ingreso, crisis convulsivas al ingreso, antecedentes de epilepsia y NIHSS menor a 4.

Consideramos necesaria la investigación de calidad sobre factores asociados a SM, para poder predecir con mayor nivel de certeza la presencia de ACV o SM en un paciente con síntomas neurológicos agudos y de esta manera reducir costos relacionados con internaciones y estudios que podrían ser evitados.

Bibliografía

1. Lucci FR, Lereis VP, Ameriso S, Povedano G, Díaz MF, Hlavnicka A, et al. Mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular. *Med.* 2013;73(4):331-4.
2. Bahit MC, Coppola ML, Riccio PM, Cipriano LE, Roth GA, Lopes RD, et al. First-Ever Stroke and Transient Ischemic Attack Incidence and 30-Day Case-Fatality Rates in a Population-Based Study in Argentina. *Stroke.* 2016;47(6):1640-2.
3. Melcon CM, Melcon MO. Prevalence of stroke in an Argentine community. *Neuroepidemiology.*

2006;27(2):81-8.

4. Jauch EC, Saver JL, Adams HP, Bruno A, Connors JJB, Demaerschalk BM, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013;44(3):870-947.

5. Mullins ME, Schaefer PW, Sorensen a G, Halpern EF, Ay H, He J, et al. CT and conventional and diffusion-weighted MR imaging in acute stroke: study in 691 patients at presentation to the emergency department. *Radiology*. 2002;224:353-60.

6. Caruso P, Manganotti P. Psychogenic Stroke Mimics and Thrombolysis: Ready to Take the Risk? *Med Rep Case*. 2016;1(4):1-6.

7. Avellaneda-Gómez C, Rodríguez Campello A, Giralt Steinhauer E, Gómez González A, Serra Martínez M, de Ceballos Cerrajería P, et al. Description of stroke mimics after complete neurovascular assessment. *Neurologia*. 2016;1-7.

8. Goyal N, Tsvigoulis G, Male S, Metter EJ, Iftikhar S, Kerro A, et al. FABS: An Intuitive Tool for Screening of Stroke Mimics in the Emergency

Department. *Stroke*. 2016;47(9):2216-20.

9. Nguyen PL, Chang JJ. Stroke mimics and acute stroke evaluation: Clinical differentiation and complications after intravenous tissue plasminogen activator. *J Emerg Med*. 2015;49(2):244-52.

10. Hand PJ, Kwan J, Lindley RI, Dennis MS, Wardlaw JM. Distinguishing between stroke and mimic at the bedside: The brain attack study. *Stroke*. 2006;37(3):769-75.

11. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco.

12. DePippo KL, Holas MA, Reding MJ. Validation of the 2 oz. wather swallow test for aspiration following stroke. *Arch Neurol*. 1992;49(September):1259-61.

13. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;46202(16):606-13.

14. Ong MEH, Chan YH, Lin WP, Chung WL. Validating the ABCD2Score for predicting stroke risk after transient ischemic attack in the ED. *Am J Emerg Med*. 2010;28(1):44-8.

Gráfico I. Predicción de SM con datos obtenidos de FABS

Predicción de Stroke Mimic con FABS

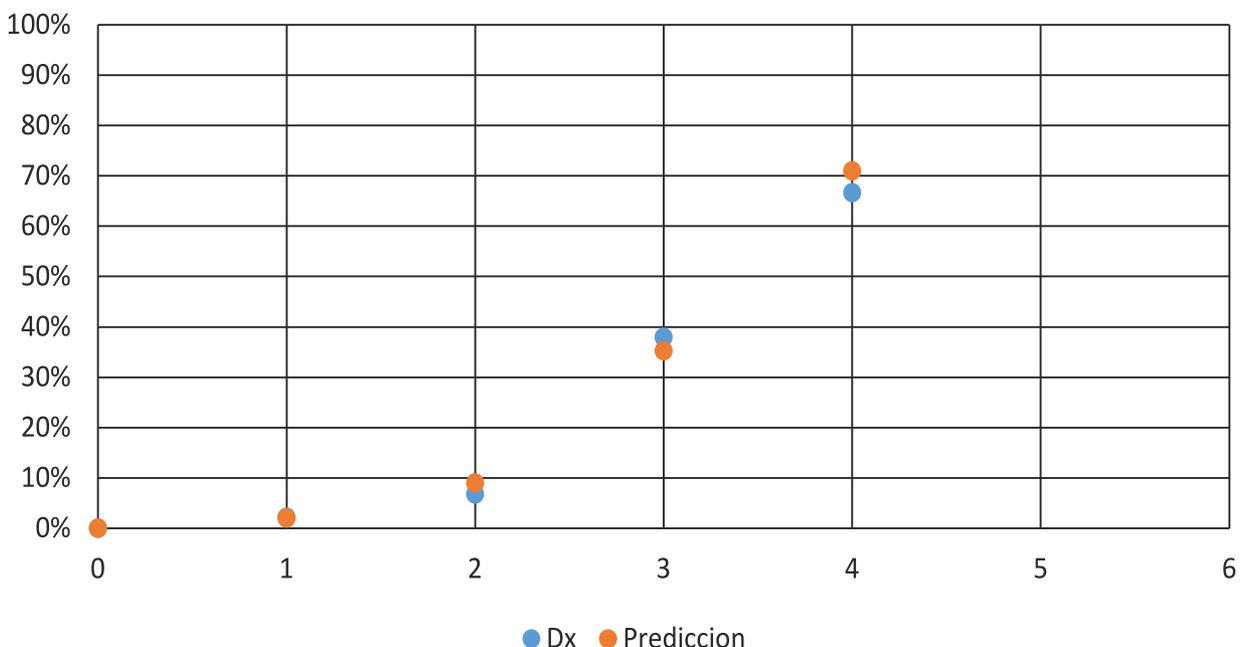


Tabla I. Resultados según grupo de stroke o SM.

VARIABLES	SM			ACV			p
	Nº	%	Total	Nº	%	Total	
Sexo Masculino	11	40,7	27	90	70,3	128	0,0034
Nivel Educativo							
Solo Estudios Primarios	8	33,3	24	67	55,8	120	0,0440
Hasta Nivel Secundario	14	58,3	24	46	38,3	120	0,0696
Estudio Superior*	2	8,3	24	7	5,8	120	0,6453
Tabaquismo	10	38,5	26	58	45,7	127	0,5004
Chagas*	3	11,1	27	32	25,2	127	0,1347
Hipertensión	7	25,9	27	95	74,2	128	0,0001
Diabetes*	4	23,5	27	36	28,1	128	0,2254
Infarto cardíaco*	0	0,0	27	11	8,6	128	0,2137
Fibrilación Auricular*	2	7,4	27	19	14,8	128	0,3745
Dislipemia	18	69,2	26	107	84,9	126	0,0866
Ausencia de Parálisis Facial	20	74,1	27	38	29,7	128	0,0001
Ausencia de FA	25	92,6	27	102	79,7	128	0,1132
Edad menor a 50 años	9	33,3	27	14	10,9	128	0,0029
Presión sistólica menor 150 ingreso	21	80,8	26	69	53,9	128	0,0113
Antecedentes de Convulsiones*	5	18,5	27	1	0,8	128	0,0006
Síntomas Sensitivos Aislados*	4	14,8	27	5	3,9	128	0,0500
Afasia*	3	11,1	27	6	4,7	128	0,2985
Disfagia*	2	7,4	27	13	10,2	128	0,7449
Alteración de la Conciencia al Ingreso	7	25,9	27	8	6,3	128	0,0017
Limitación para la Mirada Horizontal*	1	3,7	27	10	7,8	128	0,6905
Crisis Convulsivas al Ingreso*	2	7,4	27	0	0,0	128	0,0294
Antecedentes de Epilepsia*	4	14,8	27	2	1,6	128	0,0088
Antecedentes de Migraña	6	22,2	27	15	11,7	128	0,1473
Antecedentes de Patología Psiquiátrica*	4	14,8	27	10	7,8	128	0,2688
Antecedentes de demencia*	2	7,4	27	4	3,1	128	0,5910
Estrés en las últimas Semanas (pregunta)	18	69,2	26	81	67,5	120	0,8640
Abuso (pregunta)*	3	11,5	26	17	14,8	115	0,7677
PHQ							
0 a 6	10	43,5	23	63	62,4	101	0,0965
7 a 27	13	56,5	23	38	37,6	101	0,0965
NIHSS							
< 4	21	80,8	26	75	58,6	128	0,0334
5 a 25	5	19,2	26	53	41,4	128	0,0334

*Calculado con el test exacto de Fischer por no cumplirse los supuestos de la prueba chi cuadrado de Pearson
PHQ: depression Patient Health Questionnaire. NIHSS:National Institutes of Health Stroke Scale

Tabla II. Puntaje de FABS, probabilidad observada y predicha

FABS	SM	Stroke	Probabilidad observada	Probabilidad predicha
0	0/26 (0%)	5/128 (3.9%)	0%	0%
1	1/26 (3.8%)	45/128(35.1%)	2%	2%
2	4/26 (15.3%)	55/128 (42.9%)	7%	9%
3	11/26 (42.3%)	18/128(14%)	38%	35%
4	10/26 (38.4%)	5/128(3.9%)	67%	71%

Aplasia Cutis Congénita: A propósito de un caso

Autores:

Dra. H. Fernanda Mendivil, Dra. H. Gabriela Aranda.
Residencia de Neonatología - Hospital Público Materno Infantil.

Introducción

- La aplasia cutis congénita es una alteración cutánea caracterizada por la ausencia congénita de epidermis, dermis y, en ocasiones, de los tejidos subyacentes.
- Incidencia de 3/10.000.
- Se presentará casu único reportado en el Hospital Público Materno Infantil de un recién nacido con lesiones compatibles con aplasia cutis congénita de localización excepcional.
- oriunda de La Silleta. Gesta 3 / para 3. Serologías negativas. Hipotiroidea en tratamiento.
- Embarazo gemelar monocorial biamniótico con deceso del 2º gemelar a las 13 semanas de gestación.
- Lesión ulcerativa extensa de límites definidos, en forma de H en la región dorsal compatible con aplasia cutis.
- Lesiones cicatrizales estrelladas en miembros inferiores y en cara anterior de abdomen, respetando cordón umbilical.
- Sin malformaciones asociadas.

Presentación de caso clínico

- RNT / AEG (39 / 3140), sexo masculino. Nacimiento por vía vaginal. Vigoroso.
- Antecedentes perinatólogicos: Madre de 34 años,
- Métodos complementarios:
- Ecografía cerebral: normal.
- Ecografía abdominal: normal.
- Ecocardiograma: normal.



Diagnóstico:

- Clínico. No se realizó biopsia de piel ni de placenta.

Tratamiento:

- Mupirocina en úlcera de muslo izquierdo.
- Curaciones con agua destilada estéril y gasas vaselinadas cubriendo la región dorsal.

Evolución:

- Reepitelización centripeta con cicatriz retráctil.

Discusión y comentario

- La aplasia cutis congénita (ACC) es un desorden no común presentado al nacimiento. La asociación a feto papiráceo es aún más infrecuente.
- El proceso fisiopatológico involucrado en la aparición de las lesiones de ACC asociadas al feto papiráceo es el denominado síndrome de embolización gemelar.
- Si bien el diagnóstico es clínico, la biopsia de la placenta permite la observación de lesiones vasculares trombóticas.
- El pronóstico es excelente en el caso de aplasia cutis aislada. La presencia de malformaciones o síndromes serán mandatorios en el pronóstico final.
- El tratamiento se basa en el cuidado integral de la piel afectada para evitar comorbilidades

(infecciosas, mecánicas, estéticas).

Conclusión

- Ante la presencia de un feto papiráceo en una gestación gemelar, debemos tener en cuenta la posibilidad que el feto restante presente como complicación una aplasia cutis congénita.
- Es importante destacar el seguimiento multidisciplinario de esta anomalía para realizar un diagnóstico precoz, tratamiento eficaz y oportuna rehabilitación en el caso que lo requiera.

Bibliografía

1. Burgos J, y cols. Aplasia cutis congénita y feto papiráceo en embarazo gemelar monocoriónico. Prog Obstet Ginecol. 2005;48(5):268-71.
2. Kelly BJ, y cols. Aplasia cutis congénita of the trunk with fetus papyraceus. Pediatric Dermatology. 2002;19:326-9.
3. Ortiz Nuñez A. y cols. Aplasia cutis congénita asociada a feto papiráceo: A propósito de un caso. Revista Facultad de Ciencias Médicas. Ecuador. 2014;17/Nº1.
4. Solórzano S. y cols. Aplasia cutis congénita truncal simétrica asociada a feto papiráceo. Folia dermatol. Perú 2008; 19 (2): 69-74.
5. Suárez F, y cols. Aplasia cutis asociada a infartos placentarios. Dermatol. Pediatr. Latinoam. 2009; 7(3):29-33.



Bronceosis: enfermedad especulativa por depósito de bronce

La *broncemia*, es una enfermedad del adulto que no figura en ningún texto de medicina. Significa etimológicamente “acumulación de bronce en la sangre” y los médicos que la padecen, a medida que pasan los años, se invaden con bronce, se creen próceres y sueñan con su estatua instalada en el patio del hospital o de la clínica donde trabajan. Es un término creado hace unos 30 años por el Dr. Narciso Hernández, un prestigioso cirujano de la ciudad de Córdoba (Argentina).

Decía Narciso Hernández que el enfermo de *broncemia* o que padece de *bronceosis*, tendría una tesaurosismosis por depósito de bronce, que pasa por dos etapas: la primera es la *importantitis*, en la que él se cree tan importante que nadie es mejor que él, y la segunda es la *inmortalitis*. Cuando el paciente llega a esta etapa final, el bronce invade todo su cuerpo y ahí se cree ya una estatua olímpica e inmortal.

Esta enfermedad se desarrolla en aquellos lugares que presumen de un alto nivel de intelectualidad y el medio ecológico ideal es la universidad, pero es claro y notorio que este padecimiento no ataca solamente a

los médicos. También se observa en otras profesiones, como en política, donde la soberbia y la solemnidad propia del *broncémico* aparecen de manera espontánea.

Se trata de una endemia, enfermedad que se presenta regularmente con un número determinado de casos. Si fuera una epidemia, podría esperarse su desaparición en algún momento, lo que aún no se ha comprobado.

La mayoría de los casos se expresan entre los 45 y 55 años, y los más graves se presentan entre los 55 y 66 años. Está en relación inversa con su edad y su capacidad de poder comprender y discernir. El sexo también es importante: se pensaba que era más prevalente en el sexo masculino, pero ahora, con el auge del feminismo, parece tener igual prevalencia en ambos sexos.

Los síntomas más comunes del paciente *broncémico* son tres: diarrea mental, hipoacusia interlocutoria y reflejo céfalocaudal.



La diarrea mental se caracteriza por una verborragia exagerada, en que el *broncémico* habla y habla todo lo que su cerebro depone. La sordera interlocutoria siempre acompaña a la diarrea mental: cuando el *broncémico* habla y habla, sus oídos no escuchan nada ni a nadie. El reflejo céfalocaudal produce una actitud de caminar con la cabeza elevada, como si estuviera en un púlpito o atrio. La rigidez se hace evidente. Las partículas de bronce en la columna cervical y el tórax determinan una postura que los clásicos llaman “actitud real”: el mentón elevado, el pecho hinchado, con el gesto que adopta quien huele un olor desagradable. Los músculos de la visión, endurecidos por el bronce, no le permiten, curiosamente, dirigir su mirada hacia abajo.

Insensiblemente, sin darse cuenta, enfermos de solemnidad, los médicos afectados ven con tristeza cómo la enfermedad llega a los músculos de la cara, impidiéndoles sonreír. Por alguna razón, aún desconocida, el bronce comienza a precipitar y forma depósitos. El primer lugar es la laringe. Las cuerdas vocales se engrosan y adquieren resonancia suficiente como para modificar la natural voz de tenor hacia una de barítono, o de bajo, que le asegura mantener una suficiente distancia entre su persona y el paciente. En esta etapa la enfermedad es aún reversible. La experiencia, los buenos maestros, la lectura de textos alejados de la medicina, la música, la pintura u otras expresiones del humanismo alejan el peligro. No obstante, un porcentaje de ellos se convierte en crónicos².

Se pensaba que esta enfermedad era de la modernidad, pero ya 1.500 años antes de Cristo, cuando se realizó en la antigua India la separación de las castas sociales en cinco: la quinta era la de “los intocables”, aquellos que no tenían derecho a nada, ni siquiera a la atención médica; la cuarta era de los trabajadores inferiores, la tercera la de los comerciantes, la segunda era la casta de los *Ambasta*, a la que pertenecían los médicos y la primera casta era la de los reyes. De estas dos se decía que descendían de los dioses. Pienso que tal vez alguno de estos médicos *broncémicos* creen realmente que descienden de los dioses.

Clarissimus Galenus, o Galeno (129-200 d.C.) o Galeno de Pérgamo, ejerció en la Roma Imperial y era un *broncémico*: ególatra incorregible, hablaba permanentemente de sus grandes ganancias, de sus logros, de su fama, y revestía todas sus curaciones de una aura milagrosa para impresionar a la gente.

Debemos enseñar a nuestros jóvenes médicos, el deseo de ayudar a sus colegas y pacientes, de sembrar dentro de ellos para que florezca el espíritu de servicio. Hay que distinguir entre servicio y espíritu de servicio. El servicio es un acto de ayuda que puede ser instintivo y puede no necesitar de la razón, en cambio el espíritu de servicio es el profundo deseo de satisfacer a aquellos que necesitan de nosotros. No es un acto, es una actitud, es una función de vida. Si los médicos jóvenes no se preparan para nutrirse intensamente del espíritu de servicio, están preparándose o son susceptibles a contagiarse de broncemia.

Seguramente, nuestros lectores han compartido algún tiempo con broncémicos y cualquiera podría contar su experiencia al lado de uno de ellos.

Berni Siegel, pionero de la medicina mentecuerpo, se reunió con tres enfermos terminales jóvenes que murieron pocos días después. Berni les preguntó que querían que él enseñara a los médicos jóvenes. Los pacientes respondieron: “que golpeen la puerta de nuestra habitación antes de entrar, que cuando salgan se despidan y nos saluden y que cuando se comuniquen con nosotros nos hablen a los ojos”. Ninguno de ellos pidió que se les encontrara la cura de su enfermedad, sólo pedían respeto.

Los médicos dioses, esos médicos que desayunan con Dios y luego bajan a atender a sus pacientes, no suelen recibir muestras de cariño, porque la distancia que ellos mismos generan, se convierte en un abismo que los aleja de todos los demás hombres, impidiéndoles compartir.

Pablo Young
Servicio de Clínica Médica,
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Referencias

1. Occhiuzzi F. La Broncemia. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=74513> [Consultado el 19 de enero de 2012].
2. Raffo CHG. Cuidado con el bronce. En el diario “La Nación” (Buenos Aires) del 28/08/89. <http://www.icarodigital.com.ar/diciembre2001/.../cuidadoconelbornce.htm> [Consultado el 20 de enero de 2012].

Dr. Gerardo Domagk

(1895 - 1964)

La vida de este investigador, como la de tantos otros se halla notoriamente ligada con el descubrimiento y la puesta en acción de una sustancia que pronto habría de adquirir el carácter de fabulosa. La aparición en la terapéutica de la sulfamida y sus derivados creó por primera vez en la historia de la medicina el convencimiento de que los gérmenes podían ser batidos en todos los terrenos en forma terminante. Hasta entonces la enfermedad conseguía siempre sus triunfos. Todos los medicamentos usados eran falibles y fallaban. Nunca se estaba seguro de que en un periodo dado el paciente resistiría a la droga y saldría con vida. Las sulfamidas hicieron entrever desde el comienzo que la afección y el avance de los gérmenes podían ser detenidos en cualquier periodo y que el porcentaje de curaciones se aproximaba al cien por ciento. Las escépticas consideraciones del comienzo fueron pronto reemplazadas por entusiasmos desbordantes. No se había visto tal milagro terapéutico desde la quinina y el salvarsán. Inclusive los superaba a los dos en efectividad. La historia de su descubrimiento, tal como el hecho mismo, habían de quedar hasta el advenimiento de la penicilina como la mayor conquista terapéutica del siglo. Ciertamente es que su descubrimiento está empañado por una de las frecuentes conjunciones de ciencia y capital, de desinterés científico y de interés financiero, La I. G. Farbenindustrie, a la cual pertenecía Domagk, retuvo su descubrimiento varios años con el objeto de resguardar su fórmula, que era de una sencillez extrema.

Durante varios años los químicos alemanes trataron de enmascarar el producto para impedir su reproducción por firmas rivales de Europa. Las sulfas figuraban en sus prospectos como un desinfectante más entre muchos. Era también un colorante producido por una fábrica y su primera presentación al público fue con el nombre de "prontosil". Teñía los tejidos de rojo y daba un color anaranjado brillante a la orina y mucosas del paciente.



Domagk había nacido en Lagow en 1895. Ingresó en la escuela de medicina de Kiel, ejerció muy pocos años y luego comenzó a trabajar a las órdenes de Hoerlein en la I. G. Esta era, ante todo, una empresa comercial, y quería encontrar una droga que fuera activa contra alguna enfermedad con carácter específico.

Domagk comenzó a trabajar allí sobre el cáncer y los diversos métodos de diagnóstico, pero fue alentado para investigar una terapéutica activa contra algunos gérmenes. Cientos de ensayos se repitieron sin descanso y sin tiempo preciso para fijar las características de su acción. Al mismo tiempo se interesaba particularmente por la cirrosis en los conejos. Pero a instancias de Hoerlein abandonó estas tareas y se dedicó a buscar una sustancia activa contra los estreptococos. Estos gérmenes eran temibles, responsables de los envenenamientos de la sangre, de la fiebre puerperal, la escarlatina y la erisipela. Son innumerables las afecciones de todo tipo en las cuales desempeña algún papel. Existían muchos productos, conocidos de antiguo, que eran eficaces contra los estreptococos en el tubo de ensayo, pero inservibles en la sangre y el organismo

del paciente. A partir de ellos, sin embargo, debía Domagk intensificar su tarea para dar con lo que buscaba. Los colorantes químicos se manifestaron como promisorias esperanzas de la meta y Domagk y colaboradores intentaron decenas y decenas de ensayos con ellos. En 1932 creyó Domagk dar con la sustancia buscada y se la presentó a su jefe Hoerlein. Fue así como el director de I.G. tuvo la oportunidad de conocer este primer producto, pero decidió mantener en reserva el descubrimiento de Domagk esperando una mejor situación comercial para enviarlo al mercado. Fue patentado bajo una fórmula muy oscura, se declaraba como un germicida y no se realizó esfuerzo alguno por imponerlo a la consideración del gremio médico. Domagk entretanto volvió a trabajar en células cancerosas. Hoerlein puso la droga en manos del profesor Schreus para que la ensayara en seres humanos. Por esas raras y llamativas combinaciones de inteligencia y casualidad, la droga fue ensayada en un bebé infectado por estafilococos, siendo que el uso específico de la droga era contra los estreptococos, pero la gravedad del caso era tanta que el experimento se justificaba. Durante varios días el

niño osciló entre la vida y la muerte y se inclinó definitiva mente hacia la vida, sellando el primer éxito resonante en el hombre del nuevo producto. También allí se comprobó que el producto teñía los tegumentos del color rojo brillante tan característico. El caso era tanto más notable cuanto que la droga no figuraba en modo alguno como apropiada para el germen causal de la septicemia del bebé. Durante varios años, la droga fue ensayada por un grupo muy restringido de médicos. Hasta 1934 no pasaban de una decena quienes conocían su existencia y sus cualidades.

Entretanto, millones de hombres, mujeres y niños morían en Europa y América de infecciones por estreptococos y estafilococos. Sólo en 1935 se hizo pública la presentación de la droga. Habían transcurrido dos años íntegros desde su descubrimiento. Los médicos comenzaron a informar y el mundo quedó conmovido. La droga curaba la erisipela en dos días, la septicemia en dos días, la fiebre puerperal en cuatro días; infecciones de todo tipo: artritis, amigdalitis, infecciones renales y pulmonares. En fin, toda la gama del sufrimiento humano fue puesta en la mesa de la prueba con la sulfamidal.

Hubo exageraciones, como era lógico, pero el efecto terminante del producto sobre muchos gérmenes era cada vez menos puesto en duda. Domagk publicó el resultado de sus experimentos sobre animales y llegó a la conclusión de que curaba en el cien por cien de los casos tratados a tiempo. Esto naturalmente, levantó una oleada de suspicacias y protestas. No faltó quien la acusara de fantasiosa. Pero no fue esto lo más grave ni lo más ominoso que pesa en el descubrimiento de esta droga maravillosa. Se preguntó, con tono acusador, a la I.G. por qué no se habían dado datos sobre este producto en dos años, siendo tan claros los resultados. Se contestó evasivamente, pero en París, en el laboratorio de Fourneau, se habría de encontrar muy pronto la respuesta. Fourneau era un distinguido químico francés y competidor de la casa alemana. Fue quien había conseguido equilibrar el prestigio del salvarsán con los compuestos de bismuto y luego consiguieron enviar al mercado productos si similares al Bayern 206 contra la enfermedad del sueño y muchos otros.

Cuando Fourneau se dirigió a la I. G. en nombre del Instituto Pasteur para solicitar el envío de prontosil con fines experimentales, se le propuso una con referencia comercial: la venta del prontosil en



Francia, que no permitía mantener en secreto las patentes. La conferencia terminó sin acuerdo y Fournau partió a Francia sin prontosil y decidió investigar por su cuenta, a pesar del hermetismo de los fabricantes alemanes.

El análisis del prontosil demostró que una buena parte de la molécula era inactivada contra los gérmenes y podía ser variada a voluntad sin que su efecto se alterara. Tal como lo calificaron los químicos franceses, se trataba de un "camuflaje" para enmascarar la simple molécula de la sulfamida.

Suprimieron, por lo tanto, esa parte del compuesto molécula y probaron experimentalmente el resto molecular, que era un derivado de anilina. Con extraordinaria sorpresa comprobaron que la droga así simplificada era muy activa en las infecciones y que, además, no coloreaba los tejidos de rojo como el primitivo prontosil. Era muy barato y fácil de obtener. Se descubrió también que la sustancia ahora aislada había sido patentada por Horalein en 1909 pero nunca fue utilizada como germicida. Su patente había caducado y podía ser ahora empleada por los químicos franceses con toda libertad.

En Inglaterra, Colebrook ensayó la droga en la fiebre puerperal, en el Hospital Reina Carlota. El porcentaje de muertes era del veinticinco por ciento. Era justificado por lo tanto tratar de detener esta mortandad con todas las medidas posibles o probables, y los ingleses se pusieron con todo celo a levantar una amplia estadística de la actividad del prontosil en la fiebre puerperal. Al año comunicaron los resultados: la mortalidad había caldo del veinticinco a menos del cinco por ciento. Los resultados fueron anunciados como asombrosos. Los reticentes del mundo médico se rindieron ante el trabajo de Colebrook, cuya probidad científica y criterio clínico eran reconocidos sin ambages. Los experimentos se repitieron en Estados Unidos en conejos infectados con dosis masivas de estreptococos y el resultado fue también brillante. Los casos de enfermos salvados de la muerte por erisipela, infecciones generales, septicemia, etc. eran todos los días comunicados a los distintos centros científicos del mundo. Aún la meningitis por estreptococos, que mataba un noventa y nueve por ciento de los afectados, redujo la mortalidad en las primeras pruebas a menos del veinticinco por ciento, Perry Long en Baltimore, que encabezaba el grupo de los experimentadores del prontosil, recibió una llamada urgente de la Sra. Roosevelt, quien solicitaba

la utilización de la droga para su hijo Franklin, enfermo de septicemia a causa de una sinusitis. La situación del paciente era sumamente grave. El prontosil lo salvó y de una manera fulminante el nuevo producto fue comentado en todos los diarios del país y estudiado en forma conjunta por varias academias americanas.

Se descubrió, además, por qué el producto no actuaba en el tubo de ensayo: necesitaba determinadas temperaturas para actuar sobre los bacilos. La temperatura del paciente lo transformaba en eficaz. En poco tiempo más, el prontosil, la droga roja que iniciara la serie maravillosa, era suplantada por sulfanilamida, más barata, no colorante e igualmente eficaz. De este modo la extensión del medicamento adquirió una magnitud tal que sólo algún otro como la aspirina puede comparársele. Hubo, sin embargo, cierto pánico cuando algunos productos, no bien dosificados y controlados antes, como el elixir de sulfanilamida con dietilenglicol, produjeron varios casos de muertes y debieron ser urgentemente retirados de la circulación. Se refiere que el jefe de química de esta casa americana, al ser responsabilizado por las muertes ocurridas en Estados Unidos, se suicidó. Muchos otros derivados se prepararon y se descartaron. Centenares de ensayos no lograron suplantar a la primitiva sulfanilamida

Luego aparecieron la sulfapiridina, la sulfamerazina, el sulfatiazol, las combinaciones de diversas sulfas, etc. El reinado de las sulfadrogas, puras o combinadas con otros productos, se impuso con magnitud universal. Fue concedido el Premio Nobel a Domagk por sus trabajos. La extensión de los trabajos experimentales no cesaba. Fue usada en África y en Asia, en multitud de afecciones, contra las que no se contaba con remedio alguno. En algunas, los resultados fueron sorprendentes. En Sudán, por ejemplo, hubo una epidemia de meningitis en 1939, que comenzó con ochenta por ciento de mortalidad. Se inició la aplicación de sulfanilamida en inyecciones y los pocos nativos que consintieron en darse el "pinchazo", se salvaron. La mortalidad se redujo al diez por ciento en pésimas condiciones de control. Era la prueba global, masiva, que el remedio necesitaba para asegurar definitivamente su prestigio, que sólo la penicilina había de empalidecer.

Dr. Pablo Horacio Figueroa

“Carta de una madre”

Hola hijo(a) te escribo para proponerte un trato, lo he pensado mucho y nos convendría a los dos, no te voy a obligar a que lo aceptes, pero déjame explicarte de qué trata:

No te pongas triste, pero todos algún día vamos a dejar este cuerpo, algunos antes, otros después, pero a todos nos llegará la hora, estoy segura que ese día tú estarás muy triste, ya te veo con su traje de negro, viajando y llegando a como dé lugar para despedirte, con una corona de rosas, o tal vez un ramo de rosas. Me llorarás, y así sucesivamente, tratarás de cumplir todos los protocolos de un fallecimiento.

Bueno aquí va mi trato... que te parece si en vez de llevarme rosas cuando muera, me las traes ahora, al fin al cabo de muerta que más da? ni voy a ver lo bellas que son y menos a sentir su aroma.

Que te parece? si ese día seguro todos tomarán café en mi velorio, por qué no vienes ahora y nos tomamos ese café?, seguro que va estar más rico de los que prepararan ese día, tu sabes que yo tengo mi secreto para el café y lo acompañamos con esos panecillos

que tanto te gustan.

Que te parece si en vez de venir a mi velorio de traje negro elegante, vienes hoy con un traje de cualquier color y nos vamos a comer algún restaurante muy bonito?, no te preocupes yo pago.

Me imagino que ese día vendrás con tu pareja y tus hijos y todos estarán con la cara triste, y si lo cambiamos porque vengas ahora y cocino algo rico, para tu pareja y tus hijos, y miramos películas como cuando eras niño o salimos a pasear todos juntos y comemos helados?, tu sabes que me encanta.

Que te parece si en vez de viajar desesperado por llegar a mi velorio ese día, vienes ahora y me disfrutas que estoy viva, muerta para que?, ni vamos a poder conversar, te podría platicar tantas cosas, pero tu siempre vives con el tiempo, que te parece si te das una pausa y charlamos?

Dime hijo(a), que te parece mi trato?, te lo cambio por el día de mi muerte, ese día no vengas, ven hoy y así disfrutamos los dos.



03 DE DICIEMBRE DE 2020 JORNADA DE PROTESTA MEDICA

En pocos días mas, el 03 de diciembre se celebra el Día del Médico. Entendemos que este año no hay nada que festejar. Por ello, los Colegios y Consejos Médicos de nuestro país Declaramos el próximo día 03 de diciembre Jornada de Protesta Médica. Por los magros salarios, los honorarios miserables, las pésimas condiciones de trabajo y las indignas relaciones laborales. Proponemos para ese día y los 7 días subsiguientes, que nuestros médicos y médicas, exhiban un brazalete, listón o lazo de color negro, sobre el guardapolvos blanco o el ambo de guardia, como cabal expresión del malestar de nuestra profesión por el destrato recibido, y en respetuosa memoria de los más de 150 compañeros y compañeras fallecidos en sus puestos de trabajo sanitario contra el Covid 19, para enviar nuestro apoyo a los que aún se encuentran internados peleando por su vida y energía a los colegas que se encuentran recuperándose lentamente de las secuelas que el virus les provocó.

Que esta Jornada sea el inicio de la lucha por las legítimas reivindicaciones, largamente postergadas que esta pandemia a puesto en palmaria evidencia. Les trasmitimos nuestro respeto y admiración por la entrega y el sacrificio permanente, sin claudicaciones, para el cuidado de los argentinos, poniendo de manifiesto nuestro **ORGULLO DE SER MEDICAS Y MEDICOS.**



DR. RUBEN H. TUCCI
PRESIDENTE C.S.




DR. MAURICIO D. ESKINAZI
PRESIDENTE

COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROV.DE BS.AS. CONSEJO SUPERIOR
COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROV.STA. FE 1RA. CIRCUNSC.
COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROV.STA. FE 2DA. CIRCUNSC.
COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROV.DE CATAMARCA
COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROV.DE SALTA
COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROV.DE MISIONES
CONSEJO DE MEDICOS DE LA PROV.DE CORDOBA
CONSEJO DE MEDICOS DE LA PROV.DE JUJUY
CONSEJO DE MEDICOS DE LA PROV. DE LA PAMPA
CONSEJO DE MEDICOS DE LA PROV. DE SGO. DEL ESTERO
CONSEJO DE MEDICOS DE LA PROV. DE SANTA CRUZ
CONSEJO DE MEDICOS DE LA PROV. DE LA RIOJA



Anexo Sede Institucional





COLEGIO DE MÉDICOS DE SALTA

REAFIRMA LA DEFENSA DE LAS DOS VIDAS

A LOS PROFESIONALES COLEGIADOS, A LOS SEÑORES LEGISLADORES NACIONALES, A LAS AUTORIDADES DE LOS PODERES PROVINCIALES Y AL PUEBLO DE LA PROVINCIA:

Dado que ha sido presentado en el Congreso de la Nación el Proyecto de Ley que postula la completa legalización del aborto hasta la semana 14 de gestación del niño por nacer por la simple voluntad de la madre gestante, y luego de ese plazo por otras amplias causales, el **Comité de Bioética** y la **Mesa Directiva del Colegio de Médicos de la Provincia de Salta** reiteran lo declarado en el mes de Abril del año 2012 y Marzo del año 2018.

“Desde distintos poderes del Estado (fallos judiciales y proyectos legislativos) y de organizaciones particulares se busca instalar la práctica del aborto como un procedimiento médico y un derecho de la mujer encinta. Incluso se lo plantea como una reivindicación ante lo que se denomina la “corporación médica”. Este enfoque reposa en el difundido agravio de que la profesión médica realizaría habitualmente abortos movida por un interés económico, excluyendo a los sectores pobres de la sociedad.

No podemos dejar de recordar que el profesional médico está exclusivamente al servicio de la vida humana, desde la concepción hasta la muerte. Por ello el aborto, en cualquiera de las etapas del proceso de la gestación, no es una actividad médica, no es una práctica aceptada ni tolerada por el Colegio de Médicos de la Provincia de Salta, sin acepción de personas ni de intereses económicos.

Por los actuales conocimientos genéticos y embriológicos sabemos que el concebido es un nuevo individuo de la especie humana, con su identidad genética única, diversa de la del padre y de la madre. No se trata de un órgano ni de una modificación benigna o maligna del cuerpo de la madre. Se trata de un niño en las primeras etapas de su desarrollo, que necesita imprescindiblemente su lugar natural en el seno materno. Es el mismo niño que, una vez nacido, seguirá requiriendo de un ambiente y de una atención especial.

Con toda la tradición hipocrática y con la renovada claridad que el estado de la ciencia y de la reflexión biomédica actual ofrece, reafirmamos que no es aceptable reconocer el aborto como una praxis médica, disponible al arbitrio de la voluntad de un solicitante.

Incorporar el aborto como una práctica social no es un avance sino un retroceso en la calidad de vida; se dirige contra la vida misma en su etapa inicial pero ya objetivamente definida. Además el aborto, cualquiera fueren las condiciones de su realización, no es inocuo para la misma mujer que se lo practica.

La objeción de conciencia ante una normativa de tipo permisivo surge de la raíz misma del conocimiento y de la identidad de la profesión médica. También el deber de explicar, a quien nos consulte sobre este tipo de procedimientos, su verdadera naturaleza y sus probables consecuencias psicofísicas.

Consideramos que la legislación debe disponer medios para una efectiva asistencia a la madre gestante y al niño concebido, de manera que esté garantizada la salud de ambos y se atienda a los problemas que puedan afligirlos. En esta tarea sí tenemos nuestro compromiso vocacional y profesional, y nuestra disposición a colaborar.” SALTA, NOVIEMBRE 2020.-

COMITÉ DE BIOÉTICA

MESA DIRECTIVA

NOMINA DE AUTORIDADES

PERIODO 2018- 2020

(Mandato prorrogado hasta 2021 por Pandemia COVID-19)

CONSEJO DE DISTRITOS

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

MESA DIRECTIVA

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

TRIBUNAL DE ETICA Y EJERCICIO PROFESIONAL

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

TRIBUNAL DE APELACIONES

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

REVISORES DE CUENTAS

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

Colegiados Honorarios

El Colegio de Médicos de la Provincia de Salta, mediante Resolución N° 208/2020 reconoció a los profesionales médicos colegiados que a la fecha registran 45 años o más de antigüedad en la matrícula y que además carecen de sanciones disciplinarias por no haber transgredido las normas éticas estipuladas por la reglamentación vigente (Decreto Ley N° 8984/65 - Código de Ética Médica), otorgándoles la **Categoría de Colegiados Honorarios**:

M.P. N°	NOMBRE Y APELLIDO	EJERCICIO PROFESIONAL
0912	DR. VÍCTOR MANUEL ELÍAS	R ° LERMA - SALTA
0920	DR. PEDRO ROBERTO RUMI	SALTA - CAPITAL
0921	DR. GUSTAVO ALBERTO RODRÍGUEZ	CAMPO QUIJANO - SALTA
0928	DR. ROBERTO CARRILLO	SALTA - CAPITAL
0947	DR. OSVALDO MARCELO TORRES PESSAS	SALTA - CAPITAL
0949	DR. ALBERTO RAÚL SUAREZ	ORÁN - SALTA
0958	DRA. ALICIA COPA TORRES	SALTA - CAPITAL
0961	DR. JULIO ALFREDO LAJAD	SALTA - CAPITAL

Sr. Colegiado:

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

info@colmedsa.com.ar - dloza@colmedsa.com.ar.

Comisión Consultiva de Jóvenes Médicos

GUIA DE TRAMITES

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

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

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

CUOTA DE COLEGIADO: \$ 900,00.-

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

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

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

CERTIFICADO DE ESPECIALISTA: Acreditar (5) cinco años de ejercicio ininterrumpido en la Especialidad. Presentar currículum vitae en original y copia (foliado y rubricado). Arancel \$ 7200,00 (Inscripción fuera de término (\$10125,00). Para el caso de las especialidades quirúrgicas, se deberá acompañar detalle de las prácticas realizadas durante el último año, éstas deberán estar avaladas por el Gerente General, Jefe del Servicio, Jefe del Programa de Recursos Humanos del Hospital donde se desempeña. En caso de las actividades quirúrgicas privadas, el listado deberá estar avalado por el Director del establecimiento y la Asociación de Clínicas y Sanatorios de Salta. INSCRIPCIONES: Turno Febrero: hasta el 28/02 del año en curso. Turno Julio: hasta el 31/07 del año en curso.-

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

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

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

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

NUEVOS MATRICULADOS

BIENVENIDOS!!!

M. P. N°	APELLIDO Y NOMBRE
6445	Dra. Molina, Noel Marianela
6446	Dr. Licantica, Fernando Guido
6447	Dr. Rivadeneira, Mauricio Nahir
6448	Dra. Silva, Corina del Milagro
6449	Dra. Martínez, María José
6450	Dr. Salinas, Gabriel Fernando
6451	Dra. Arroyo Miranda, Karina Paola
6452	Dra. Ramírez, Carla Luciana
6453	Dr. Unda Velasco, Santiago René
6454	Dr. Brizuela, Maximiliano Fernando
6455	Dr. Norte Jiménez, Lautaro
6456	Dra. Carrizo, Florencia Cecilia
6457	Dr. Sakal Campos, Adolfo Nicolás
6458	Dra. Gudiño, Melisa Juliana
6459	Dra. Do Nascimento, Patricia Regina
6460	Dra. Armengol, Mercedes
6461	Dr. Tobar Salces, Eduardo Matías
6462	Dr. González, Fabián Enrique
6463	Dr. Flores Gutiérrez, Karina Yankarla
6464	Dr. Pereyra, Ivar Imanol
6465	Dr. Rivadeneira, Enzo Julián
6466	Dra. Atencio, Daiana Mariel
6467	Dr. Palma Figueroa, Ignacio Miguel
6468	Dr. Melo de Oliveira, Thais
6469	Dr. Duarte, Daniel Alejandro
6470	Dr. Carrizo, Paolo Francisco
6471	Dra. Vázquez, Gimena Trinidad
6472	Dr. Quiroga, Fernando Marcelo
6473	Dr. Belmont Wasserlauf, Eden
6474	Dra. Arbini, Erica Tatiana
6475	Dra. Villa, Claudia Mariel
6476	Dra. Minari, Gisela Anabel
6477	Dra. Guantay, Roxana Jesabel
6478	Dra. Rivas, Candela Silvana
6479	Dr. Friedrich, Santiago
6480	Dra. Passarell, Rocío
6481	Dr. Guzmán Monzón, Adalit Erico
6482	Dra. Burgos, Yésica Paola
6483	Dra. Martínez, María Cristina del Milagro
6484	Dr. Mateo Calvo, Eduardo Vicente
6485	Dra. Mamaní Cuyo, Verónica

M. P. N°	APELLIDO Y NOMBRE
6486	Dra. Flores González, Clara Egdalix
6487	Dra. Aguirre, María Alejandra
6488	Dra. Sarapura Falcón, Elizabeth del Valle
6489	Dra. Tolaba Vásquez, Mariela Silvia
6490	Dra. Isla, Reina del Valle
6491	Dr. Almamlouk, Sharif Saleh Salem
6492	Dra. Pargas Jiménez, Alba Marina
6493	Dra. Yousseph Rosario, Yarelis Subhía
6494	Dra. Escudero Graterol, Anny Verónica A.
6495	Dr. Leal Guanche, Arturo Alejandro
6496	Dr. Torrealba Morón, Francisco Javier
6497	Dra. Durán Soto, Darmin Yohana
6498	Dra. González Señoranes, Cinthia Alexandra
6499	Dr. Gutiérrez, Pablo Martín
6500	Dr. Ovando, Oscar Humberto
6501	Dra. Barboza, Florencia Mariana
6502	Dra. Apaza, Marcela Evangelina
6503	Dra. Bacchiddu, María Emilia
6504	Dr. Díaz Angarita, José Gregorio
6505	Dr. Díaz Ojeda, Ildegar Alberto
6506	Dra. Galván Guzmán, Vanina Anabel
6507	Dra. Velásquez Ortega, Shirley Ana
6508	Dr. Hernández Jurado, José Rafael
6509	Dr. García Acosta, Manuel Argenis
6510	Dra. Moreno Quintero, Hilda Teresa
6511	Dra. Rodríguez, Claudia Patricia
6512	Dra. Figueroa Pérez, Jéssica Andrea
6513	Dra. Verón, Tatiana Yanil
6514	Dra. Zapana, Yamila Jéssica
6515	Dra. Beltrame, Sofía Ángeles
6516	Dra. Alfaro, Nina Constanza del Huerto
6517	Dra. Pacci Gómez, Carla Carolina
6518	Dra. Torres, Erika Gabriela
6519	Dr. Daneri, Gustavo Emanuel
6520	Dra. Martín Ferreiro, Zahyli
6521	Dr. Biurrun Chamale, Javier Osvaldo
6522	Dr. López, Lucas Alejandro
6523	Dra. López, Ana Laura
6524	Dra. Ugueto Quintero, Ysabel del Rosario
6525	Dra. Latorre, Karina Pamela
6526	Dr. Rueda, Elías Samuel
6527	Dr. Campo, Máximo
6528	Dra. Liberti Russo, Mónica Agustina
6529	Dr. Decouvette, Leopoldo Federico
6530	Dr. Copa, Pablo Martín
6531	Dr. Milone, Gustavo Alberto
6532	Dra. Ruíz, Miranda Lucía

TRIBUNALES / COMITES / COMISIONES

COMISION/COMITE/TRIBUNAL	INTEGRANTES	FECHA DE REUNION
TRIBUNAL DE ESPECIALIDADES	Dr. Juan José Albornoz Dr. Federico Mangione Dr. Rubén Abraham Gurevech Dr. Jorge Leonardo Vasvari Dr. Demetrio Herrera	Lunes 21:00 hs.
COMITE DE BIOETICA	Dr. Oscar Cornejo Torino Dr. 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 Dr. Carlos Franco Lic. Alejandra Martínez Robles Lic. Romina Yáñez	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. Daniel A. Delgado (Círculo Médico de Salta) Dra. María N. Gonza (Círculo Médico de Salta) Dra. María Paola Russo Dr. Félix Aldana	Lunes 12:00 hs.
COMISION CONSULTIVA DE JOVENES MEDICOS	Dra. Carolina Saravia Figueroa Dra. María Jimena Pérez Frías Dr. Bernabé Loutayf Terán Dr. Alberto Aleman (H) Dr. Nicolás Cornejo Revilla Dra. Mercedes Armengol	Martes 20:30 hs.
COMITE CIENTIFICO ASESOR	Dr. Carlos Cúneo Dr. Jorge E. Llaya Dr. Miguel A. Basombrío Dr. Oscar David Rivero Dr. Juan Pablo Zorrilla Dr. René Maximiliano Gómez Dra. María Macarena Galindez	
COMISION DE INSPECCION SERVICIOS ASISTENCIALES	Dr. Ramiro Pablo Choke Dra. Stella Maris Galdeano Dr. Carlos Alberto Martínez Dr. Antonio Wayar	Jueves 12:00 hs.
COMISION DE POSTGRADO	Dr. Ramón Jorge Fiqueni Dr. Welindo Toledo Dr. Gerardo Torletti Dr. Ricardo Altobelli Dr. Luis Alberto Sorroza Dr. Maximiliano Javier Farfán	Martes 21:00 hs.
COMISION PROYECTOS COMUNITARIOS	Dra. Mónica Beatriz Gelsi (Coordinadora) Dr. Juan Carlos Alberto Larrahona (Coordinador) Lic. Maritza Ortega Dra. Patricia Ovejero Dra. María Carolina Alvero Dr. César Guillermo Lemir	
COMISION DE CULTURA	Dr. José Oscar Adamo Dr. Carlos Alberto Musicante Prof. Telma Palacios Dr. José Lucas Gato Prof. Susana Godoy Dra. María Nélida Koconos	Martes 10:00 hs.



Sea esta Navidad un momento de sincera reconciliación entre todos los habitantes de este mundo, especialmente entre los argentinos, dejando de lado cualquier connotación social, política, religiosa o sexual.

Sea 2021 un año de unidad de los pueblos, que la pandemia que estamos atravesando, con todos los muertos que lloramos, nos sirva de lección que no debemos buscar el interés personal o sectorial sino luchar todos unidos por un mundo mejor, con las armas de la paz, el respeto por la vida y la honestidad intelectual.

Feliz Navidad!

Feliz Año Nuevo!

Comisión Directiva

COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE SALTA

HORA DE TRABAJO MÉDICO:

\$ 4200,00 (Pesos, Cuatro Mil Doscientos)

RESOLUCIÓN N° 152/19. MESA DIRECTIVA

VALORES VIGENTES DESDE EL 01/01/2020 HASTA EL 31/12/2020.

HORA DE GUARDIA MÉDICA:

\$ 1400,00 (Pesos, Mil Cuatrocientos)

RESOLUCIÓN N° 153/19. MESA DIRECTIVA

VALORES VIGENTES DESDE EL 01/01/2020 HASTA EL 31/12/2020.

HONORARIO MINIMO ETICO PROFESIONAL

CONSULTA A CONSULTORIO:

\$ 1200,00 (Pesos, Mil Doscientos)

CONSULTA A DOMICILIO:

\$ 1400,00 (Pesos, Mil Cuatrocientos)

RESOLUCIÓN N° 151/19. MESA DIRECTIVA

VALORES VIGENTES DESDE EL 01/01/2020 HASTA EL 31/12/2020.

