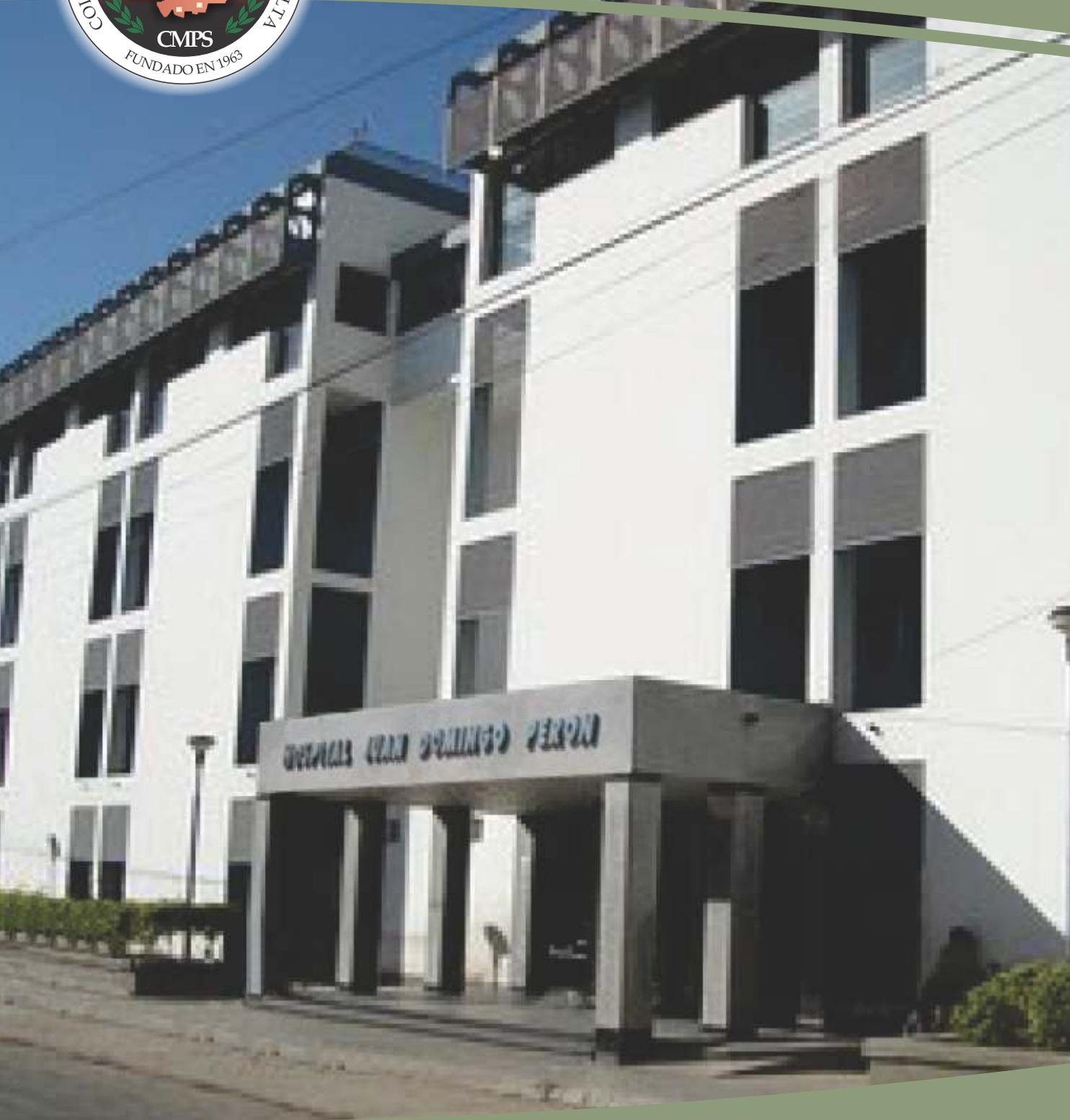




VINCULOS

La revista del Colegio de Médicos de Salta

AÑO 6 - N° 14 - AGOSTO 2012



Biografía: Dra. Lucinda Gramajo - Estatinas - Riesgo Cardiovascular asociado a antiinflamatorios no esteroides- Programa de Educación Médica 2012 - Nuevos Matriculados - Foto Noticias - Dios de los tiempos modernos - Convocatoria Elecciones de Representantes de Distritos 2012-2014 - Dr. Josef Mengele "El ángel de la muerte"

NUEVA SEDE INSTITUCIONAL

AVANCE DE OBRA

JULIO 2012



AGOSTO 2012



SUMARIO

AÑO 6 - NUM. 14 - AGOSTO 2012

Biografías: Dra. Lucinda Gramajo

pág. 5

Estatinas

pág. 6

Riesgo Cardiovascular asociado a...

pág. 9

Programa de Educación Médica 2012

pág. 16

Guía de Trámites

pág. 17

Nuevos Matriculados

pág. 18

Tribunales / Comités / Comisiones

pág. 20

Autoridades 2010 - 2012

pág. 21

Foto Noticias

pág. 22

Dios de los tiempos modernos

pág. 27

Convocatoria Elecciones 2012-2014

pág. 28

Dr. Josef Mengele "El ángel de la muerte"

pág. 29

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. Pablo Flores

Dr. Juan Carlos Giménez
Dr. Octavio Alejandro Guanica
Dr. Lisandro Pfister
Dr. Welindo Toledo
Dr. Facundo Argañaraz
Dr. Walter Leonardo Failá
Dr. Juan Pablo Zorrilla

Diseño Gráfico:
Diego Martín Loza

Impresión:
Artes Gráficas Crivelli

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

EDITORIAL

MUERTE DIGNA

Una mirada desde la Bioética

Una de las finalidades de la bioética es reflexionar y discernir sobre los dilemas éticos que se dan a lo largo de toda la vida del ser humano, y frecuentemente se van a dar, cuando éste es más vulnerable, como es, durante la enfermedad y mucha más si ésta es una enfermedad terminal que lo aproxima a la muerte.

En ese momento ya no se trata de curar, sino de evitar o aliviar el sufrimiento.

La ley 26742 de Muerte Digna, implica la postura a tomar ante un enfermo que padece una enfermedad incurable o se encuentra en estadio terminal de ésta. Implica no adelantar ni retrasar el instante de la muerte.

Está muy relacionada con un cambio de paradigma en la relación médico-paciente, en la cual se suponía que era el médico, por su saber específico, quien debiera tomar las decisiones concernientes, casi sin consultárselo al paciente o apenas informándole los pasos a seguir y las consecuencias asociadas.

En la actualidad, si bien sigue siendo el profesional quien detenta el conocimiento, es el paciente quien ejerce el derecho a tomar sus propias decisiones, sin coacciones de ningún tipo -Principio de Autonomía de la Bioética-. Este principio de autonomía tiene un carácter imperativo y debe respetarse como norma.

Se debe tratar a todos como agentes autónomos y se debe tutelar a los que tengan su autonomía disminuida por inmadurez o incapacidad.

En el ámbito médico, el Consentimiento Informado es la máxima expresión de este Principio de Autonomía, constituyendo un derecho del paciente y un deber del médico. Para poder hacer uso de la autonomía es indispensable que el paciente cuente con información clara, precisa y adecuada con respecto a su estado de salud, procedimientos propuestos, objetivos perseguidos, beneficios esperados y consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto.

Las decisiones de un paciente adulto, mentalmente competente y suficientemente informado, son éticamente inviolables.

BIOGRAFIAS

DRA. LUCINDA GRAMAJO

Nació el día 2 de junio de 1968, en la localidad de Villa Hipólita, departamento Robles de la provincia de Santiago del Estero.

Sus padres Evar Gramajo y María Salome Correa, siendo la segunda hija de cinco hermanos.

Cursó sus estudios primarios en la Escuela "Nilda Rodríguez Rojas N°776" de dicha localidad y los estudios secundarios en el Colegio del Centenario N°1, en la ciudad capital de Santiago del Estero.

Su vocación la llevó a realizar sus estudios universitarios en la provincia vecina de

Tucumán, donde egresó como Médica Generalista, el 23 de febrero de 1996 y con el objetivo de perfeccionarse se trasladó a la ciudad de Salta, donde se desempeñó como Médica Residente en el área de Medicina Generalista en el Hospital "Dr. Joaquín Castellanos" de General Güemes.

Al finalizar su residencia fue designada por un breve periodo en el Hospital de Tartagal, para luego ser trasladada a la localidad del Galpón al Hospital "San Francisco Solano", donde decide residir por determinado período. Allí recibió de la comunidad grandes muestras de cariño y afecto pero su anhelo personal, la llevó a realizar una nueva especialización en el Servicio de Dermatología del Hospital San Bernardo en la ciudad de Salta Capital, bajo la dirección de la Dra. Gladis Susana Montañez de Villagra.

Para poder dedicarle más tiempo a su especialidad pide el traslado al Hospital de General Güemes donde se desempeñó como Médica Generalista y fija su residencia final en la ciudad de Salta.

propósito de poder devolverle a la comunidad todo lo aprendido inaugura su propio consultorio "Vitality" y continúa ampliando sus conocimientos realizando numerosos cursos y congresos en diferentes provincias, entre ellas Córdoba, Corrientes, Buenos Aires, etc. En Salta logró desenvolverse exitosamente en su trabajo y estaba rodeada de numerosos amigos y colegas de los que recibía un apoyo y amor incondicional que ella siempre logró retribuir de la mejor manera posible. Así mismo su esmero y dedicación hizo que siempre mantuviera un vínculo con la comunidad del Galpón, donde continuaba atendiendo a sus pacientes de siempre.

A pesar de su fuerza de vocación y amor a su trabajo, nunca se olvidó de sus orígenes y raíces en la provincia de Santiago del Estero, donde residía toda su familia, padres, hermanos, primos, sobrinos y tíos entre otros, con quienes mantenía un vínculo permanente por lo que volvía periódicamente a esta su ciudad natal donde siempre estarán guardadas sus virtudes, acciones y ejemplos y son esos actos los que impulsan a la familia a seguir adelante.



FARMACOS QUE REDUCEN / ESTABILIZAN LA PLACA ATEROSCLEROTICA

ESTATINAS

En prevención secundaria:
¿Colesterol-LDL (C-LDL)
cuánto más bajo, mejor?

Varias investigaciones en campos alejados de la cardiología, como la Antropología, la Neonatología y la Primatología, han descubierto que los humanos neonatos, los humanos cazadores - recolectores, y los primates adultos comparten dos características biológicas que son muy significativas para los cardiólogos:

1.- Los niveles de colesterol de las LDL son bajos, alrededor de 50 mg/dl (entre 30 y 80 mg/dl).

2.- No desarrollan aterosclerosis.

Por otro lado, varios estudios epidemiológicos (Framingham HS, Pooling Project, Israeli Prospective Study, Seven Countries, etc) coinciden en que la menor tasa de morbimortalidad por enfermedad coronaria se halla entre los individuos que tienen niveles de colesterol total menores de 125 a 160 mg/dl. Esto es equivalente a niveles de C-LDL de 50 a 80 mg/dl.

La biología y la epidemiología nos enseñan que a menor nivel



de colesterol es menor la posibilidad de enfermar o morir por Enfermedad Coronaria.

Entonces sabemos que las personas que genéticamente tienen bajos los niveles de colesterol, tienen menos riesgo de enfermar o morir por Enfermedad Coronaria. Y lo contrario para los que genéticamente tienen niveles elevados, el riesgo de enfermar y/o morir por enfermedad coronaria aumenta proporcionalmente con los niveles de colesterol.

¿Es posible mediante tratamiento médico cambiar lo que la Genética ha determinado para estos pacientes con colesterol

elevado?

Desde el inicio del uso de Lovastatina en 1987 ha pasado un cuarto de siglo lleno de asombrosas novedades.

Y los cardiólogos nos preguntamos:

¿Hasta cuánto hay que bajar el colesterol? Primero a menos de 130 mg/dl, luego a menos de 100 mg/dl, enseguida a menos de 70 mg/dl.

¿Y ahora seguirán bajando?

¿Hasta cuánto?

Las evidencias derivadas de los estudios de regresión de placas (estudios angiográficos), realizados hace más de 20 años, sugerían que la regresión

era frecuente entre pacientes que alcanzaban valores cercanos a 70-90 mg/dl de Colesterol LDL con tratamiento basado en estatinas, solas o combinadas con resinas y/o niacina.

Y más recientemente hay estudios clínicos, tanto en prevención primaria como en prevención secundaria que sugieren que los beneficios clínicos son significativamente superiores entre los pacientes que alcanzan cifras menores a 50 mg/dl de Colesterol de las LDL.

En toda la evidencia de prevención secundaria que surge de la investigación clínica, hay un ejemplo que podemos repasar brevemente.

Estudio PROVE-IT

La hipótesis fue que después de un infarto de miocardio, un tratamiento intensivo basado en 80 mg/día de atorvastatina reducía la tasa de eventos clínicos mejor que un tratamiento convencional con 40 mg/día de pravastatina.

Los resultados mostraron que los pacientes que habían alcanzado durante el tratamiento niveles de C-LDL menores de 70 mg/dl tenían reducción significativa de eventos clínicos respecto de aquellos que lo habían mantenido en más de 70 mg/dl (16% de reducción de riesgo $p=0,005$). Como es de suponer, en el grupo que tuvo mejor evolución (menos de 70 mg/dl de C-LDL) había una mayoría de pacientes tratados

con atorvastatina 80 mg/día y menos pacientes tratados con pravastatina 40 mg/día. En el grupo que no alcanzó menos de 70 mg/dl las proporciones eran inversas.

Un subgrupo de PROVE-IT, alrededor de un millar de pacientes, lograron un nivel promedio de C-LDL de 40 mg/dl. Para sorpresa de la comunidad médica, este grupo tuvo menos eventos clínicos cardíacos sin que aumente la tasa de eventos adversos, respecto al resto de la población de estudio.

Estas evidencias demuestran que bajar C-LDL a menos de 70 mg/dl, da mejores resultados que bajar sólo hasta menos de 100 mg/dl.

Incluso alcanzando niveles de 40 mg/dl, los resultados son aún mejores sin que aparezcan eventos adversos por la medicación.

Niveles tan bajos de C-LDL alcanzados con estatinas son seguros y mejoran los resultados clínicos.

¿Cómo alcanzar estos niveles de colesterol LDL?

El descubrimiento de estatinas potentes de tercera generación, como atorvastatina y rosuvastatina, ha facilitado la tarea del cardiólogo clínico. Con una alimentación sana, muy baja en grasas saturadas y colesterol, junto a dosis habituales de estos fármacos (10 a 40 mg/día de atorvastatina, o 10 a 20 mg/día

de rosuvastatina), se alcanzan reducciones de más del 50% del valor basal de colesterol de las LDL.

Es decir, la monoterapia de estatinas reduce 50% o más el valor basal de C-LDL, y logra el objetivo de alcanzar y mantener el colesterol de las LDL en menos de 70 mg/dl, en la gran mayoría de los pacientes, sin una tasa significativa de eventos adversos.

Estos niveles tan bajos deben ser mantenidos en el tiempo (años), pues si la terapia con dieta y estatinas se interrumpe, los niveles de colesterol de las LDL volverán a subir, y también subirá el riesgo de volver a tener un evento coronario.

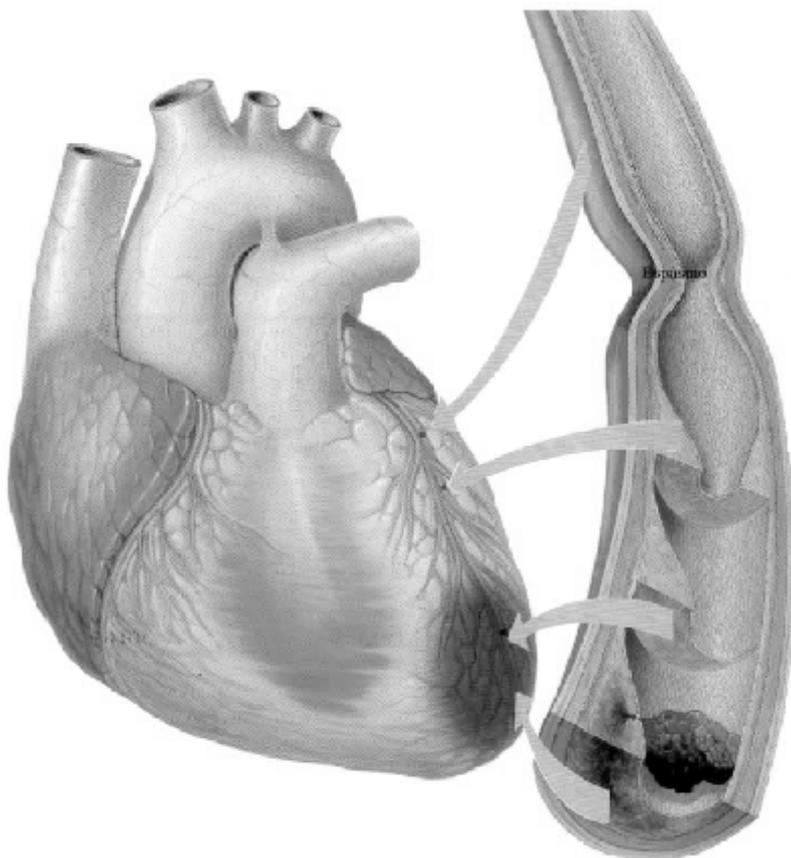
¿Cómo se controla la seguridad del tratamiento?

Los eventos adversos que hay que monitorear son los efectos a nivel muscular y a nivel hepático principalmente.

A nivel muscular, debe investigarse la presencia de dolores o debilidad muscular, y la elevación de CPK (Creatinfosfokinasa). Esto debe hacerse a los 30 días de haber iniciado la terapia o de haber incrementado la dosis.

Las alteraciones posibles son:

Mialgia: dolor, molestia o sensibilidad en los grandes grupos musculares, acompañados de CPK normal.



ser algo más frecuentes, sin que obliguen a detener la administración de las drogas hipolipemiantes.

Hay otros efectos secundarios que son menos frecuentes y que se explicitan claramente en los prospectos de los medicamentos.

Combinaciones de fármacos

Varios de los estudios que demostraron que la aterosclerosis coronaria es una enfermedad reversible, es decir, que la regresión de la aterosclerosis coronaria es posible, se hicieron combinando fármacos, para lograr descensos intensivos de colesterol de las LDL. Las combinaciones de estatinas (Lovastatina, Simvastatina, Pravastatina), resinas (Colestiramina, Colestipol) y niacina fueron evaluadas y lograron asombrosos resultados para la época, década del 90.

Estos antecedentes avalan el uso de terapias combinadas cuando la monoterapia con estatinas no es suficiente para alcanzar el objetivo de menos de 70 mg/dl de C-LDL. Por otro lado, recientes resultados de estudios clínicos usando combinaciones de estatinas con ezetimibe, de estatinas con niacina, o de estatinas con fenofibrato, no parecen mostrar que sean superiores al uso de estatinas en monoterapia.

Dr. Carlos Cuneo
Especialista en Cardiología

Ocurre generalmente en 1-3 pacientes por cada 100 tratados y no siempre es necesario interrumpir la terapia.

Miositis: los síntomas de la mialgia, acompañados de incrementos variables de CPK, desde aumentos leves a incrementos de 10 o más veces el valor basal. Ocurre en menos del 1% de los pacientes tratados y es necesario interrumpir la terapia.

Rabdomiolisis: los cambios propios de la miositis, acompañados de daño renal. Es una patología muy grave, es imprescindible suspender inmediatamente la terapia y recurrir a tratamiento especializado con urgencia. Afortunadamente este evento

medicamentoso es muy poco frecuente, menos de 1 en cada 1000 pacientes tratados.

A nivel hepático: el monitoreo de enzimas hepáticas (AST, ALT, Fosfatasa Alcalina) debe hacerse a los 30 días de haber iniciado el tratamiento y luego de cada incremento de dosis. Suelen considerarse significativas cuando aumentan más de 2 a 3 veces el valor normal. En la experiencia clínica es poco común ver elevaciones significativas de estas enzimas (1 a 3 pacientes por cada 100 tratados). Es menester descartar el efecto de otras noxas (alcohol, otros fármacos) y discontinuar la estatina de ser necesario. Elevaciones que no llegan a 2 veces el valor normal pueden

RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADO A ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES

Gran preocupación ha surgido en la comunidad médica con respecto a la seguridad de las drogas anti-inflamatorias, quienes están asociadas a un incrementado riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular.

Esta asociación fue primero establecida para las drogas anti-inflamatorias inhibidoras selectivas de la ciclo-oxigenasa 2 (COX -2), en estudios que investigaban el efecto de estos fármacos sobre el tracto gastrointestinal (1-4).

Posteriormente, estos datos fueron confirmados en estudios observacionales a gran escala (5-9) y en dos meta-análisis, los cuales sugirieron un incrementado riesgo cardiovascular asociado a drogas antiinflamatorias más tradicionales, no selectivas de la COX2, tales como el Ibuprofeno y en especial el Diclofenac (10-11).

La seguridad cardiovascular de los anti-inflamatorios (AINES) se ha transformado en un problema mayor de Salud Pública, porque estos fármacos son ampliamente usados en la población general y en muchos países pueden ser adquiridos sin prescripción médica y sin una advertencia profesional

sobre su uso y sus potenciales efectos colaterales.

En julio de 2010 fue publicado un gran estudio observacional ,realizado sobre población sana en Dinamarca y que relacionaba los registros de prescripción de drogas anti-inflamatorias con causas específicas de riesgo cardiovascular, desde enero de 1997 hasta el 31 de diciembre de 2005 (12).

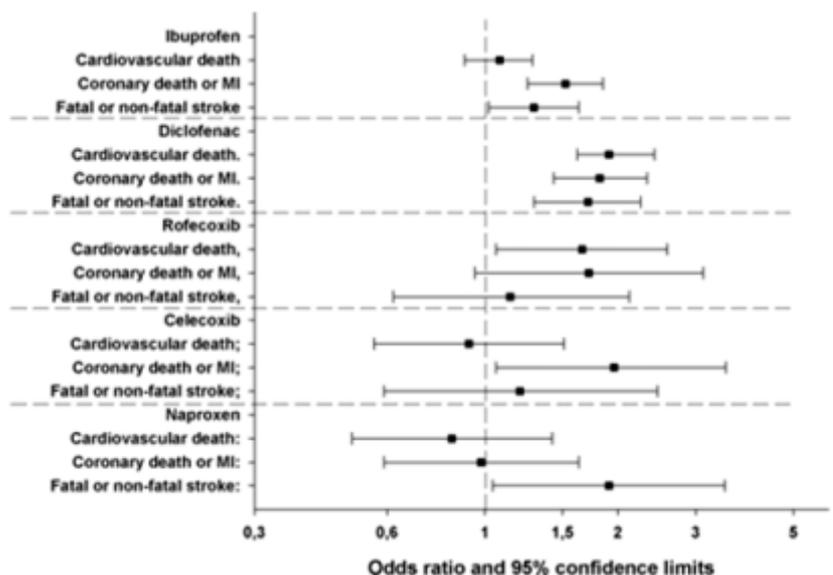
Para este análisis los autores recurrieron a los registros nacionales de Dinamarca que guardan la información de cada individuo, tanto de prescripción de medicamentos como de internación y las

causas de las mismas.

Evaluaron a la población mayor a 10 años de edad y excluyeron a aquellos individuos que registraban alguna internación en los últimos 5 años y a los que consumían medicación por más de 2 años. Esto seleccionó una población de 568.525 habitantes que fueron finalmente los pacientes incluidos en el estudio.

Relacionando esta población a registros de prescripción, los investigadores encontraron que el 45% de aquellos individuos aparentemente sanos habían recibido al menos una prescripción de AINES entre 1997 y 2005.

Análisis de casos cruzados. Las estimaciones y los alrededores de barras de error (en representación de los intervalos de confianza del 95%), ilustran la relación entre el uso de los AINES y los puntos finales de la lista para el uso de los medicamentos específicos.



Luego, analizando registros de hospitalización posterior y registros de muerte, ellos estimaron el riesgo de Muerte cardiovascular, un punto final compuesto de Muerte coronaria e Infarto no fatal y un punto final compuesto de ACV fatal y no fatal, asociados con el uso de anti-inflamatorios por un modelo de riesgo proporcional de COX y análisis de casos cruzados.

Los resultados fueron sorprendentes y como se ilustra en la figura adjunta, el Ibuprofeno se asoció a un incrementado y significativo riesgo de muerte de origen coronario o de Infarto de miocardio no fatal y también a ACV fatal o no fatal (En dosis altas).

El Diclofenac estuvo asociado a un significativo incremento en el riesgo de Muerte cardiovascular, Muerte coronaria, Infarto no fatal y ACV fatal y no fatal (En dosis altas).

El Rofecoxib, inhibidor selectivo de la Cox-2, estuvo significativamente asociado a un incrementado riesgo de Muerte Cardiovascular y al punto final compuesto de Muerte Coronaria e Infarto no Fatal. También se asoció a una tendencia positiva de riesgo de ACV fatal y no fatal.

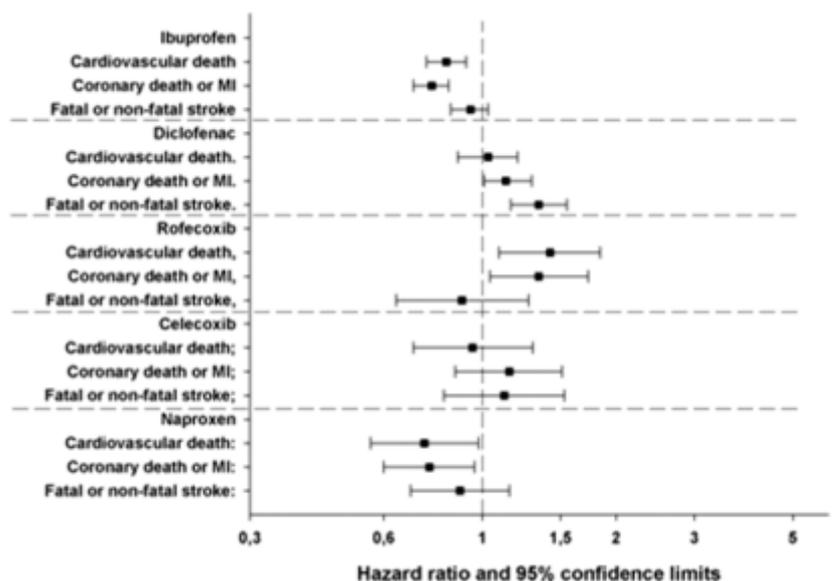
Los resultados fueron sorprendentes y como se ilustra en la figura adjunta, el Ibuprofeno se asoció a un incrementado y significativo

riesgo de muerte de origen coronario o de Infarto de miocardio no fatal y también a ACV fatal o no fatal (En dosis altas).

El Diclofenac estuvo asociado a un significativo incremento en el riesgo de Muerte cardiovascular, Muerte coronaria, Infarto no fatal y ACV fatal y no fatal (En dosis altas).

El Rofecoxib, inhibidor selectivo de la Cox-2, estuvo significativamente asociado a un incrementado riesgo de Muerte Cardiovascular y al punto final compuesto de Muerte Coronaria e Infarto no Fatal. También se asoció a una tendencia positiva de riesgo de ACV fatal y no fatal.

Análisis de Cox de riesgos proporcionales. Las estimaciones y los alrededores de barras de error (en representación de los intervalos de confianza del 95%), ilustran la relación entre el uso de los AINES y los puntos finales de la lista para el uso de los fármacos específicos



Los resultados también demostraron una relación dosis-riesgo cardiovascular, especialmente con respecto al Diclofenac ya que esta droga comúnmente es usada en altas dosis comparada con otras drogas anti-inflamatorias.

Así en el caso del análisis de ACV fatal y no fatal, fue determinado que hubo una relación entre las dosis e m p l e a d a s c o n u n

incrementado riesgo de ACV que alcanzaba 90% (HR 1.90) con dosis de Ibuprofeno mayores a 200 mg y 100% (HR 2.0) cuando la dosis de Diclofenac superaban los 100 mg.

Asimismo, todos los AINES, excepto el Celecoxib, estuvieron asociados a un incrementado riesgo de sangrado serio, un efecto colateral bien conocido de este

tipo de fármacos y que necesita ser tomado en cuenta. No se puede descartar la posibilidad de que este incremento en el riesgo de sangrado se vincule al incrementado riesgo o tendencia para ACV observado para la mayoría de los anti-inflamatorios.

Este estudio también indicó que el Naproxeno fue el fármaco asociado con el perfil más bajo de riesgo cardiovascular, hallazgo coincidente con otros estudios recientes.

El uso de los fármacos anti-inflamatorios a corto plazo aumentan sustancialmente el riesgo en pacientes cardíacos.

En mayo de 2011 el mismo grupo Danés presentó otro trabajo observacional, esta vez enfocado sobre pacientes con antecedentes de Infarto de

miocardio y que recibieron tratamiento con distintas drogas anti-inflamatorias. En este grupo de pacientes la mayoría de los AINES, pese a que eran tomados tan solo una semana, se asociaron a un 45% de incremento de riesgo de muerte y de Infarto recurrente. (13)

En este estudio todos los Anti-inflamatorios, excepto el Naproxeno, se asociaron a un incrementado riesgo de Muerte o Infarto de miocardio recurrente.

Nuevamente el Diclofenac surgió como el fármaco anti-inflamatorio asociado con el más temprano y más alto riesgo de Muerte e Infarto recurrente (HR 3,26; 95% CI 2,57-3,86 en la primera semana de tratamiento).

Aparentemente no existiría una ventana de tiempo segura para los anti-inflamatorios

cuando son usados en pacientes con Infarto previo y esto claramente pone en duda las recomendaciones actuales sobre el uso de estos fármacos en bajas dosis o limitados en tiempo en esta clase de pacientes.

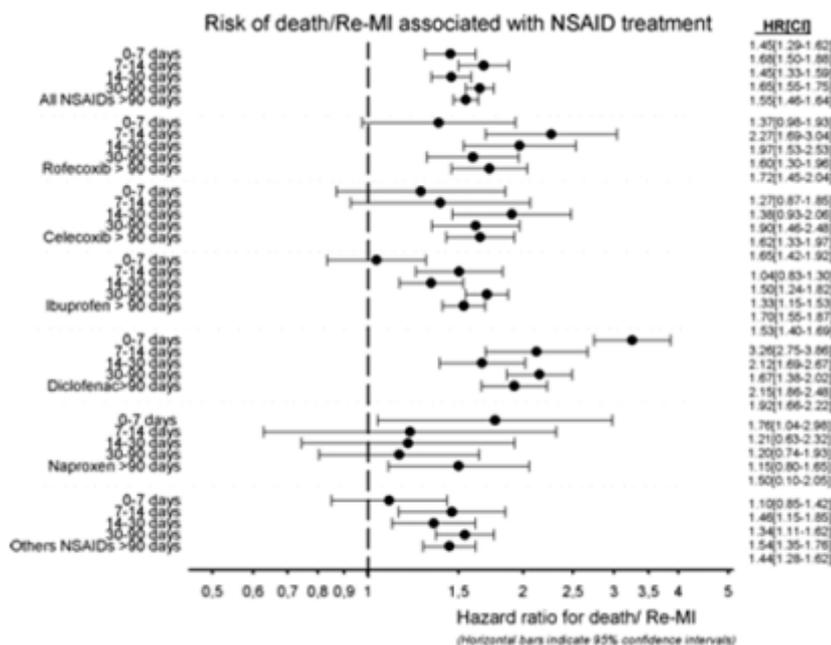
La evidencia acumulada sugiere que deberíamos limitar el uso de AINES a un mínimo absoluto en pacientes con enfermedad cardiovascular establecida.

Si el tratamiento es necesario e imprescindible para esta clase de pacientes, los médicos deberíamos elegir un inhibidor más selectivo de la COX-1, como el Naproxeno, en dosis no mayor a 500 mg/día y por un período de tiempo muy limitado.

Finalmente, en 2011, fue publicado un meta-análisis el Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: Network meta-analysis.(14)

Este meta estudio una vez más puso en relieve los riesgos cardiovasculares asociados con los medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos, de una magnitud que los investigadores llamaron sorprendente y clínicamente relevantes.

Estemeta- análisis proporcionó una exhaustiva evaluación de todos los ensayos controlados aleatorizados de fármacos anti-inflamatorios no



esteroideos.

El estudio incluyó 31 ensayos y 116.429 pacientes que tomaron Naproxeno, Ibuprofeno, diclofenac, celecoxib (Celebrex, de Pfizer), etoricoxib (Arcoxia, de Merck), lumiracoxib (Prexige, de Novartis), Rofecoxib (Vioxx, de Merck), o placebo.

Los investigadores observaron un aumento significativo de Infarto Agudo de Miocardio, Accidente Cerebrovascular y Muerte Cardiovascular en

pacientes que tomaban AINES.

El Rofecoxib se asoció con el mayor riesgo de infarto de miocardio, con una tasa de riesgo de 2,12 con respecto al grupo control.

El Lumiracoxib, que también fue retirado de la mayoría de los mercados de todo el mundo, se relacionó también con elevado riesgo de infarto de miocardio en este meta-análisis.

El Ibuprofeno se asoció con mayor riesgo de accidente cerebrovascular, con una tasa de Riesgo de 3,36, seguido por el diclofenac con una tasa de Riesgo de 2,86.

El Etoricoxib, comercializado fuera de los Estados Unidos, se vinculó a la mayor tasa de Muerte Cardiovascular de 4,07 seguida de Diclofenac con una tasa de Riesgo de 3,98.

De todos los AINES, el Naproxeno nuevamente apareció como el menos perjudicial en este estudio. De todos modos aún se debería reservar un juicio final sobre el Naproxeno hasta que se hayan completado estudios de seguridad general.

Actualmente se está estudiando la seguridad gastrointestinal de este fármaco y así recién podríamos sopesar los beneficios y los riesgos de su utilización. Por el momento el Naproxeno, necesita un inhibidor de la bomba de protones para

proteger el estómago, y esto está lejos de ser ideal.

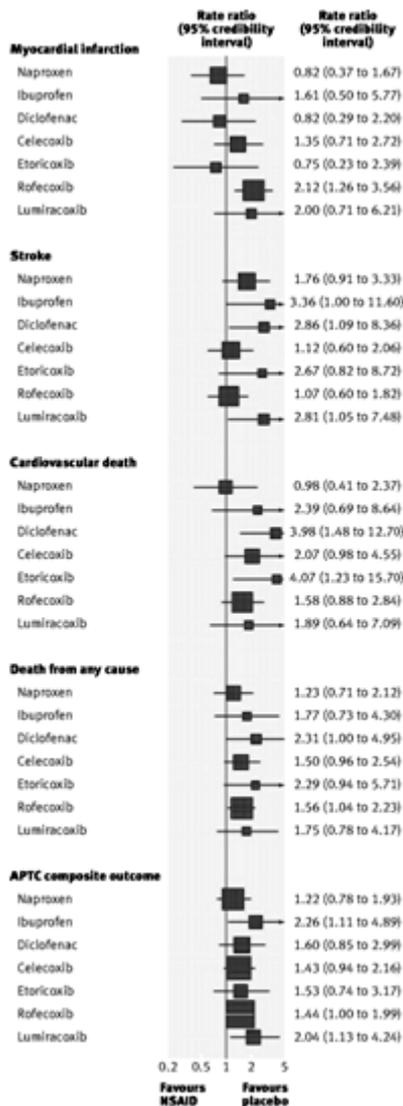
No hay vínculos claros entre la especificidad y riesgo cardiovascular

Existen diversas hipótesis que relacionan a los AINES con eventos cardiovasculares. El Diclofenac tiene una acción inhibitoria significativa aunque no selectiva de la COX 2 y los resultados de distintos estudios demostraron un incrementado riesgo cardiovascular, similar al observado con el inhibidor selectivo de la COX -2, el Rofecoxib, retirado del mercado en 2004 por su pobre perfil de seguridad cardiovascular. Esto llevó a los investigadores a pensar de que el aumento de la selectividad de los inhibidores de la COX-2 se asociaba con el incremento en el riesgo cardiovascular.

Sin embargo, hasta el momento, no se encontró una clara relación entre la especificidad de los inhibidores de la ciclooxigenasa-2 (COX-2) y el aumento de riesgo de eventos cardiovasculares.

La hipótesis más conocida sería de un desequilibrio entre la prostaciclina y el tromboxano A2 que conduce a un mayor riesgo de eventos trombóticos.

Los investigadores sugieren que la falta de una clara asociación entre la especificidad de los inhibidores COX-2 y riesgo cardiovascular



implica que otros mecanismos deben ser considerados. Múltiples efectos muy probablemente contribuyen al aumento del riesgo de eventos cardiovasculares, incluyendo efectos diferenciales sobre las prostaciclina y la síntesis de tromboxano A₂, la función endotelial, la producción de óxido nítrico, la presión arterial, la retención hidrosalina y otros efectos renales.

Millones de pacientes con AINES

Actualmente hay millones de pacientes con síntomas crónicos del aparato locomotor que son usuarios a largo plazo de AINES.

En los E.E.U.U., aproximadamente el 5% de todas las visitas al médico están relacionadas con las recetas de antiinflamatorios, y se encuentran entre los

medicamentos más comúnmente utilizados.

"Teniendo en cuenta que los datos clínicos sugieren que los AINES individualmente pueden tener diferentes perfiles de riesgo cardiovascular", una pregunta natural es: ¿qué Anti-inflamatorio es más seguro para los pacientes con alto riesgo cardiovascular?

Actualmente se está realizando un estudio de evaluación prospectiva, aleatorizada, de Seguridad Integrado por celecoxib frente a ibuprofeno o el naproxeno (PRECISION) que nos brindará más información acerca de la relativa seguridad cardiovascular de estas opciones. "Hasta que estos resultados estén disponibles, el naproxeno parece ser la mejor opción en lo que respecta a la seguridad cardiovascular".

La controversia y la confusión acerca de la seguridad cardiovascular de estos productos nos proporciona una lección importante. "Las drogas para el alivio del dolor deberían ser evaluadas no sólo con respecto al alivio de los síntomas sino también sobre los efectos adversos que ocasionan, menos frecuentes pero mucho más graves.

En conclusión, las drogas Anti-inflamatorias no esteroideas no son un tratamiento ideal con respecto a eficacia o seguridad. Tal vez es hora de que los médicos realicemos una evaluación más grande y sistemática de alternativas terapéuticas.

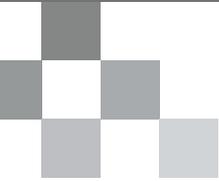
Dr. Edmundo Falú
Especialista en Cardiología

Referencias

1. Comparison of upper gastrointestinal toxicity of rofecoxib and naproxen in patients with rheumatoid arthritis. VIGOR Study Group. *N Engl J Med.* 2000;343:1520–1528.
2. Cardiovascular events associated with rofecoxib in a colorectal adenoma chemoprevention trial. *N Engl J Med.* 2005;352:1092–1102.
3. Complications of the COX-2 inhibitors parecoxib and valdecoxib after cardiac surgery. *N Engl J Med.* 2005;352:1081–1091.
4. Cardiovascular risk associated with celecoxib in a clinical trial for colorectal adenoma prevention. *N Engl J Med.* 2005;352:1071–1080.
5. The coronary risk of cyclo-oxygenase-2 inhibitors in patients with a previous myocardial infarction. *Heart (Br Cardiac Society).* 2007;93:189–194.
6. Risk of acute myocardial infarction and sudden cardiac death in patients treated with cyclo-oxygenase 2 selective and non-selective non-steroidal anti-inflammatory drugs: nested case-control study. *Lancet.* 2005;365:475–481.
7. NSAID use and the risk of hospitalization for first myocardial infarction in the general population: a nationwide case-control study from Finland. *Eur Heart J.* 2006;27:1657–1663.
8. Risk of myocardial infarction in patients taking cyclo-oxygenase-2 inhibitors or conventional non-steroidal anti-inflammatory drugs: population based nested case-control analysis. *BMJ (Clin Res Ed).* 2005;330:1366.
9. Risk of hospitalization for myocardial infarction among users of rofecoxib, celecoxib, and other NSAIDs: a population-based case-control study. *Arch Intern Med.* 2005;165:978–984.
10. Doselective cyclo-oxygenase-2 inhibitors and traditional non-steroidal anti-inflammatory drugs increase the risk of atherothrombosis? Meta-analysis of randomised trials. *BMJ (Clin Res Ed).* 2006;332:1302–1308.
11. Cardiovascular risk and inhibition of cyclooxygenase: a systematic review of the observational studies of selective and nonselective inhibitors of cyclooxygenase 2. *JAMA.* 2006;296:1633–1644.
12. Cause-specific CV risk associated with NSAIDs among healthy individuals. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010; 3:395-405.
13. Duration of treatment with nonsteroidal anti-inflammatory drugs and impact on risk of death and recurrent myocardial infarction in patients with prior myocardial infarction: A nationwide cohort study. *Circulation* 2011; DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.110.004671
14. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: Network meta-analysis. *BMJ* 2011; DOI:10.1136/bmj.c708

Comisión de Postgrado

CURSO BIANUAL EN MEDICINA DEL TRABAJO



24 y 25 de Agosto
Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo
Dra. Cristina Pantano

28 y 29 de Septiembre
Neumonología Ocupacional
Dra. Lilian Capone

26 y 27 de Octubre
Derecho del Trabajo y de la Seg. Social
Dr. Hugo Mansueti

23 y 24 de Noviembre
Epidemiología
Dr. Miguel Angel Schiavone

13 y 14 de Diciembre
Infectología Laboral
Dra. Susana Lloveras

LUGAR:

Salón del Colegio de Médicos de Salta
(España N° 1440 - Salta Capital)

CURSO SUPERIOR EN AUDITORÍA MÉDICA

17 y 18 de Agosto
Garantía de trazabilidad de los
medicamentos
Dra. Nora Dackiewicz

21 y 22 de Septiembre
Control de facturación
Dr. Ricardo Gutierrez

19 y 20 de Octubre
Sist. informático en autoriz. de prácticas
Dr. Jorge Petroni

16 y 17 de Noviembre
Taller s/ nuevas incorporaciones al P.M.O.
Evaluación del Trabajo final Integrador
Dr. Jorge Petroni

LUGAR:

Salón Auditorio de Swiss Medical
(España N° 943 - Salta Capital)

INFORMES:

SECRETARIA DE POSTGRADO

TEL. FAX (0387) 4212527 - 4213355 / E-mail: info@colmedsa.com.ar

Comisión de Postgrado

CURSO ANUAL EN DIABETOLOGÍA

3 y 4 de Agosto

Situaciones agudas en Diabetes

Dr. Félix Puchulu

31 de Agosto y 01 de Septiembre

Diabetes y Embarazo

Dra. Cristina Faingold

5 y 6 de Octubre

Pie Diabético

Dr. Adolfo Zabala

2 y 3 de Noviembre

Complicaciones Crónicas

Dr. Mariano Taberna

30 de Noviembre y 01 de Diciembre

Complicaciones Crónicas y

Casos Clínicos

Dr. Félix Puchulu

LUGAR:

Salón Auditorio de Swiss Medical
(España N° 943- Salta Capital)

CURSO ANUAL DE MEDICINA LEGAL Y FORENSE

10 y 11 de Agosto

Aspectos Médico Legales y
Forenses en Traumatología

Dr. José Luis Divito

07 y 08 de Septiembre

Protocolo Médico Legal p/
víctimas de Abuso Sexual

Dra. Silvia Palomero

12 y 13 de Octubre

Capacidad para delinquir
Internación Psiquiátrica

Dr. Roberto Luis María Godoy

09 y 10 de Noviembre

Taller debate
Evaluación Final

Dr. Carlos Baistrocchi

LUGAR:

Salón Auditorio de Swiss Medical
(España N° 943- Salta Capital)

INFORMES:

SECRETARIA DE POSTGRADO

TEL. FAX (0387) 4212527 - 4213355 / E-mail: info@colmedsa.com.ar



PROGRAMA DE EDUCACION MEDICA CONTINUA 2.012



AGOSTO	CURSO DE CIRUGÍA GENERAL: MÓDULO V 24 y 25 de Agosto Círculo M. - Urquiza 153		8º CURSO ANUAL DE MEDICINA INTERNA: MÓDULO IV 31 de Agosto Círculo M. - Urquiza 153		CURSO ANUAL DE TOCGINECOLOGÍA: MÓDULO VI 31 de Ago. y 01 de Set. Círculo M. - Urquiza 153	
SEPTIEMBRE	7º CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA: MÓDULO V 07 y 08 de Setiembre Círculo Médico - Urquiza 153		CURSO DE CIRUGÍA GENERAL: MÓDULO VI 21 y 22 de Setiembre Círculo Médico - Urquiza 153		8º CURSO ANUAL DE MEDICINA INTERNA: MÓDULO V 28 de Setiembre Círculo Médico - Urquiza 153	
OCTUBRE	JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA 19 y 20 de Octubre Círculo Médico - Urquiza 153		8º CURSO ANUAL DE MEDICINA INTERNA: MÓDULO VI 26 de Octubre Círculo Médico - Urquiza 153		CURSO ANUAL DE TOCGINECOLOGÍA: MÓDULO VIII 26 y 27 de Octubre Círculo Médico - Urquiza 153	
NOVIEMBRE	JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN INFECTOLOGÍA 02 y 03 de Noviembre Círculo M. - Urquiza 153		JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN EN DERMATOLOGÍA 02 y 03 de Noviembre Círculo M. - Urquiza 153		7º CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA: MÓDULO VI 09 y 10 de Noviembre Círculo M. - Urquiza 153	
					CURSO ANUAL DE TOCGINECOLOGÍA: MÓDULO IX 23 y 24 de Noviembre Círculo M. - Urquiza 153	
					8º CURSO ANUAL DE MEDICINA INTERNA: MÓDULO VII 30 de Noviembre Círculo M. - Urquiza 153	

CURSO BIANUAL DE EMERGENTOLOGÍA (Orán)

07 y 08 de Septiembre

Módulo V:

Traumatismo Maxilo Facial

09 y 10 de Noviembre

Módulo VII:

Urgencias Tocoginecológicas

12 y 13 de Octubre

Módulo VI:

Urgencias Abdominales

07 y 08 de Diciembre

Módulo VIII:

Traumatismo de extremidades

LUGAR:

Salón Auditorio del Hospital San Vicente de Paúl
(Gral Pizarro S/N - Orán - Salta)



COLEGIO DE MEDICOS DE SALTA INFORMA: GUIA DE TRAMITES

REQUISITOS PARA LA OBTENCIÓN DE LA MATRÍCULA: Acreditar Título Universitario original y (2) fotocopias autenticadas por Universidad o Certificado original del Título en trámite y (2) fotocopias autenticadas por Universidad. Certificado analítico (original y fotocopia). Certificado de Residencia de Domicilio en Salta. Fotocopia de la 1º y 2º 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: \$ 500,00.-

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: \$ 75,00.-

DUPLICADO DE CREDENCIAL: Denuncia Policial. (1) Foto Carnet 3 cm. x 3 cm.

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 \$ 500,00. - Para el caso de las especialidades quirúrgicas, se deberá acompañar detalle de las prácticas realizadas durante el último año, éstas deberán estar avaladas por el Gerente General, Jefe del Servicio, Jefe del Programa de Recursos Humanos del Hospital donde se desempeña. En caso de las actividades quirúrgicas privadas, el listado deberá estar avalado por el Director del establecimiento y la Asociación de Clínicas y Sanatorios de Salta. **INSCRIPCIONES:** Turno Febrero: hasta el 28/02 del año en curso. Turno Julio: hasta el 31/07 del año en curso.

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

INTERNET: Horario de consulta de 08:00 a 15:30 hs.

¡BIENVENIDOS!

NUEVOS MATRICULADOS

M. P. N°	APELLIDO Y NOMBRE
5298	Dra. Sánchez Rahm, Erika Karina
5299	Dra. Acosta Flores, Sirley
5300	Dr. Shakhtour Cortéz, Nabil Mohamad
5301	Dra. Marín, Claudia Elizabet
5302	Dra. Cabezas, Analía
5303	Dra. Illescas, Natalia Soledad
5304	Dra. Larcher, Selva Gabriela
5305	Dr. Palavecino, Claudio Andrés
5306	Dra. Martínez, Gabriela Marta
5307	Dra. Rada Fernández, María Celeste
5308	Dra. Surate Solaligue, Cynthia Noelia
5309	Dr. Pardo, Alejandro Aníbal
5310	Dr. Peñalba Arias, Patricio
5311	Dra. Apertti, Mariela Del Valle
5312	Dr. Giménez, Sergio Milagro
5313	Dr. Cruz, Guillermo Iván
5314	Dra. Navarrete, Ivana Emilia
5315	Dra. Villagrán, Sandra Beatriz
5316	Dra. Medina Sueldo, Ana Vanesa
5317	Dra. Ríos, Rosa Del Pilar
5318	Dra. De Angelis, Marcela Débora
5319	Dr. Plaza Schaefer, Miguel Angel
5320	Dr. Giménez, Pablo Alfredo
5321	Dr. Jansson, Andrés Matías
5322	Dr. Zandanel, Federico Ricardo
5323	Dr. Lizarraga, Rodrigo Javier
5324	Dr. Baulies, José Daniel
5325	Dra. Reinoso, Erika Mabel
5326	Dra. Marín, Cintia Verónica
5327	Dra. Espin, Mercedes Guadalupe
5328	Dr. Amado, Matías Emanuel
5329	Dr. Vallejos, José Rubén
5330	Dr. Campos, Juan Marcelo
5331	Dr. Bono Zambrano, Juan Antonio
5332	Dr. Barberis Ortiz, Gastón Eduardo
5333	Dr. Godoy, Matías Maciel Omar

5334	Dra. Uñate, Vanesa María
5335	Dr. González, Daniel Eduardo
5336	Dra. Moreno, Claudia Beatriz
5337	Dra. Tejerina, Nuria Norma
5338	Dr. Paez, Gustavo Sebastián
5339	Dra. Barros, Estela Elena
5340	Dra. Acosta, María Belén
5341	Dr. Copa Gallardo, Facundo Nahuel
5342	Dra. Arce, Berenice Ileana
5343	Dra. Saladino, Laura Paola
5344	Dr. Calvo, Sebastián Gaspar
5345	Dra. Cardozo, Cintia Elena
5346	Dra. Martínez, María José
5347	Dr. Brizuela Mendoza, José Ariel
5348	Dra. Pérez, Estela María
5349	Dr. Cruz, Gabriel Alfredo
5350	Dra. Barraza, Laura Beatriz
5351	Dr. Loutayf Figueroa, Joaquín José
5352	Dr. Esliman Tauil, Marcelo Amir
5353	Dr. Díaz Guzmán, Alvaro
5354	Dra. Lazarte, Rocío Soledad
5355	Dra. Zurita, Andrea Jesús
5356	Dra. Huerta Salazar, Constanza María
5357	Dra. Delgado, María Eugenia
5358	Dra. Tealdi, Ana Carolina
5359	Dr. Dornelles, María Soledad de los Angeles
5360	Dra. Arando, Ximena
5361	Dr. Mascarello, Maximiliano Gastón
5362	Dra. Starykiesviev, Natalia Irene
5363	Dra. Valdéz, Cintia Judith
5364	Dr. Pollini, Hugo Manuel
5365	Dra. Ramos, Elizabeth Elsa
5366	Dra. Santillán, Gabriela del Valle
5367	Dr. Ponce, Juan José
5368	Dra. Soria Jalil, María José
5369	Dra. López Mirau Rodríguez, Emilia
5370	Dra. Valdéz, María Eugenia
5371	Dr. Lescano Iglesias, Mariano Gastón
5372	Dra. Guanuco, Ester Laura
5373	Dr. Danela, Juan Carlos
5374	Dr. Aredez Quinteros, Alejo

PERIODO 2010 - 2012

NOMINA DE AUTORIDADES

CONSEJO DE DISTRITOS

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

MESA DIRECTIVA

Presidente	Dr. Juan José Loutayf Ranea
Vicepresidente	Dr. Raúl Cáceres
Secretario	Dra. Irma Adriana Falco
Tesorero	Dr. José Horacio Causarano
Vocal Suplente 1°	Dr. Francisco Zenón Aguilar
Vocal Suplente 2°	Dr. Héctor Armando Politi
Vocal Suplente 3°	Dr. Martín Adolfo Baldi

TRIBUNAL DE ETICA Y EJERCICIO PROFESIONAL

Miembro Titular	Dr. José Tomás Museli
Miembro Titular	Dr. Nicolás Arias Uriburu
Miembro Titular	Dr. Federico Saravia Toledo
Miembro Suplente	Dr. Vicente Domingo Altobelli

TRIBUNAL DE APELACIONES

Miembro Titular	Dra. Teresita Elizabeth Royano
Miembro Titular	Dr. Rodolfo Aníbal Nazar
Miembro Titular	Dr. Pedro Angel Wouterlood
Miembro Suplente	Dr. Miguel Angel Garitta
Miembro Suplente	Dr. Ricardo Aníbal Encina

REVISORES DE CUENTAS

Miembro Titular	Dr. Vicente Daniel García
Miembro Titular	Dr. Omar Gustavo Abdala

FOTO NOTICIAS



En fecha 05/05/12 en la localidad de Cnel. Moldes (Salta), se llevó a cabo la reunión con los representantes de los Distritos N° 8, 9 y 10, Dres. Rubén Brem, Teresita Royano, Adriana Pistán, Vicente García y Graciela Astigueta, en la cual se trataron diversos temas relacionados con el ejercicio profesional en dichos Distritos.



El pasado 06/07/12 viajamos a la localidad de Ampascachi (Salta) llevando la donación de útiles escolares para la Escuela N° 4407, material que fue recibido por la Sra. Margarita Toconás, Directora del mencionado establecimiento educativo, dando cumplimiento de esta manera a lo solicitado por la Asociación de Médicos Municipales de Buenos Aires. El Colegio de Médicos aprovechó la oportunidad para hacer su aporte solidario.

ACLARACIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGÍA EN CONJUNTO CON LA SOCIEDAD DE UROLOGÍA DE SALTA

Frente a varios informes periodísticos publicados en los últimos meses en periódicos locales e internacionales desalentando la realización del antígeno prostático específico (PSA) para la detección temprana del cáncer de próstata, la Sociedad Argentina de Urología (SAU) en conjunto con la Sociedad de Urología de Salta (SUS) se encuentran obligadas a dar a conocer su postura como entidades responsables en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades urológicas y en este caso, en el cáncer de próstata.

Resultan inexplicables las posturas de algunos médicos que aconsejan efectuarse el análisis si solo hay síntomas como molestias al orinar. Aclarando y haciendo hincapié en esta última afirmación, todos los urólogos sabemos que cuando existen síntomas en el transcurso de esta enfermedad, estamos ante una patología avanzada e incurable.

El cáncer de próstata sigue siendo la tercera causa de muerte por cáncer en varones mayores de 60 años. Más aún, ya toda polémica sobre la utilidad ha quedado desvirtuada con la publicación

del estudio europeo para evaluar la utilidad del screening en el cáncer de próstata, publicado en el New England Journal of Medicine en marzo de este año, donde se demuestra en un estudio poblacional de largo plazo que quienes efectuaron el adecuado control preventivo tuvieron menos muertes por cáncer de próstata que quienes no se efectuaron tacto prostático ni PSA.

Toda esta desinformación responde, seguramente, a una campaña a nivel mundial avalada por empresas prestadoras de salud que antepone los costos a la utilidad olvidando que delante de cada médico existe un ser humano para quien su patología es el 100% de "su" estadística.

Años de información consiguieron modificar el mito de la consulta preventiva al urólogo; notas e informes como los mencionados lo único que consiguen es que aquel que tenga dudas de realizar su examen decida no hacerlo; hemos visto incrementado el interrogante de los pacientes que reprocharon al médico haber solicitado

el dosaje de antígeno prostático específico después de leer la antedicha información. El PSA es un marcador de próstata y de hecho el único que utilizamos para el seguimiento de los pacientes con cáncer de próstata. No es infalible, ningún marcador biológico lo es.

Debemos considerar que es el urólogo que se encuentra frente al paciente el único responsable por la salud, bienestar y calidad de vida de éste.

Por lo tanto, la SAU en conjunto con la SUS aconsejan, como bien lo afirman en sus pautas, la realización anual de PSA y tacto rectal a los varones mayores de 50 años.

Comisión Directiva de la
Sociedad Argentina de
Urología
en conjunto con la
Sociedad de Urología de
Salta

COMISIÓN DE JÓVENES MÉDICOS

ORGANIZA:

"CURSO DE CAPACITACIÓN"

Destinado a:

Profesionales Médicos de Metán y localidades adyacentes.

TEMARIO:

- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
- ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES

Disertantes:

Dr. Juan Pablo Zorrilla (Neurología)

Dr. Welindo Toledo (Clínica Médica)

Dr. Octavio Guanca (Terapia Intensiva)

Dr. Juan Carlos Giménez (Cardiología / Terapia Intensiva)

Dr. Walter Leonardo Failá (Neurocirugía)

Fecha y Hora: 24/08/12 - 09:00 hs.

Lugar: Sede Círculo Médico de Metán
(José I. Sierra N° 357 - Metán)

Colabora:



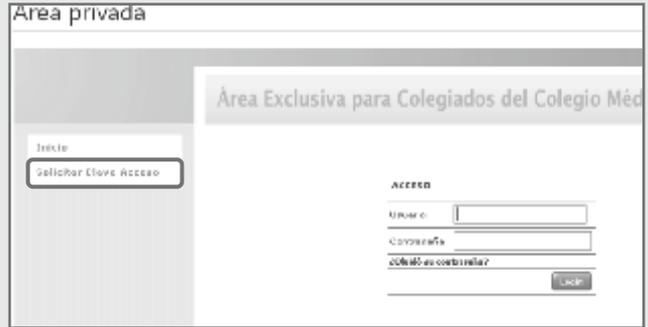
ROEMMERS

Informes:

Salta: Colegio de Médicos de la Pcia. de Salta - España N° 1440 - Tel.: (0387) 4213355

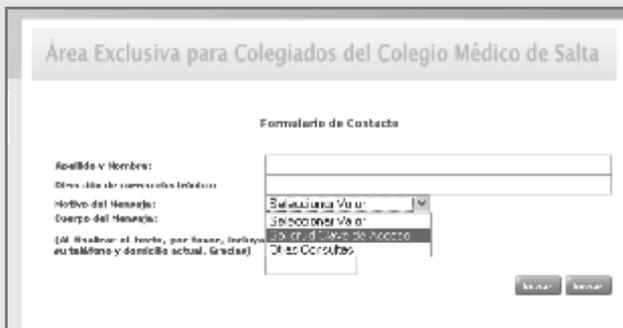
Metán: Círculo Médico de Metán - José I. Sierra N° 357 - Tel.: (03876) 421636 / 424169

Estimado Colega, si Ud. abona su Cuota de Colegiado en Pago Fácil, si lo desea, tiene la opción de generar sus comprobantes de pago a través de www.colmedsa.com.ar



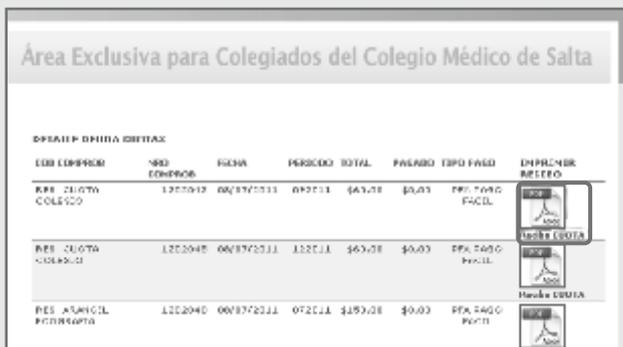
1 Ingrese a www.colmedsa.com.ar → Sección “Servicios” → “Área Privada”.

2 Haga click en “Solicitar Clave Acceso”.



3 Complete el formulario con sus datos y en la opción “Motivo del Mensaje” seleccione “Solicitud Clave de Acceso”. En el último campo ingrese su domicilio y teléfono. Al finalizar haga click en el botón “Enviar”.

4 Luego de recibir su “clave de acceso” por e-mail, acceda nuevamente al Área Privada e ingrese su nombre de “Usuario” y “Contraseña”. Al finalizar haga click en el botón “Login”. (Si desea cambiar su contraseña, lo puede hacer en la sección “Datos del Perfil”.



5 Elija el período correspondiente de la cuota a pagar y haga click en el icono “Recibo CUOTA”. (Si el usuario utiliza otra forma de pago diferente a Pago Fácil, no podrá visualizar la opción “Imprimir Recibo”). También puede ver su estado de cuenta completo en la sección “Ver Cuenta Corriente”.

6 Se generará automáticamente el comprobante para ser impreso y abonar en Pago Fácil. (Si desea abonar varias cuotas simultáneas deberá imprimir cada comprobante por separado).

PERIODO 1986-1988

REGÍAN ENTONCES EL COLEGIO MÉDICO...

CONSEJO DE DISTRITOS

PRESIDENTE
SECRETARIO

Dr. Lucio Angel
Dr. Jorge Armando Dragone

MESA DIRECTIVA

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

Dr. Enrique Cornejo San Millán
Dr. Oscar Armando Falcone
Dr. César Augusto Rolando Aguirre
Dr. Néstor P. Ruíz de los Llanos
Dr. Juan José Loutayf Ranea
Dr. Ramón Jorge Fiqueni
Dr. Jorge Escandar Llaya
Dr. Sergio Eduardo Gonorazky

TRIBUNAL DE ETICA Y EJERCICIO PROFESIONAL

Miembro Titular
Miembro Titular
Miembro Titular
Miembro Suplente
Miembro Suplente

Dr. Jorge Maximiliano Vasvari
Dr. Oscar Cornejo Torino
Dr. Jose Tomás Museli
Dra. Gloria del Socorro Abán
Dr. Juan Carlos Guillén

TRIBUNAL DE APELACIONES

Miembro Titular
Miembro Titular
Miembro Titular
Miembro Suplente
Miembro Suplente

Dr. Wady Ruperto Mimessi
Dr. José Antonio Lovaglio
Dr. Alberto Aleman
Dr. Guillermo Enrique Soldini
Dr. Alberto Mario Pautasso

REVISORES DE CUENTAS

Miembro Titular
Miembro Titular

Dr. Pedro Angel Wouterlood
Dr. Jesús del Valle Dantur

PARA PENSAR

DIOS DE LOS TIEMPOS MODERNOS

Parece que cierro los ojos y dormito, pero en realidad lo que hago es mirar hacia adentro para reencontrarme con el niño que fui y que anda todavía por ahí jugando a las escondidas en los matorrales de La Arjunta. Y así, mirando para adentro, hasta "siento" el traqueteo del sulky en el que viajábamos con mi familia desde mi casa hasta la histórica Iglesia de Las Mojarras para escuchar la misa que, cada tanto, celebraba el Padre Correa. Y es la frase de algún sermón suyo la que resuena casi siempre en mis oídos hasta hoy, ya grande y alejado de aquellos terruños: "Dios está en todas partes y siempre nos da una señal".

Tal vez será por eso que me hice observador de mi entorno, buscando a Dios en cada cosa que veo: en el verde esperanzador del pasto, en la flor rosada de los lapachos, en el arco iris del colibrí, en el canto entonado de los cardenales o en el enroscado camino de las hormigas cargadas de alimento. Y sí, es verdad, es tan maravilloso lo que nos rodea que solo la mano del Supremo pudo ser capaz de realizarlos. Definitivamente, Dios está en todas partes.

Hoy, que pasé los 50, sigo pensando exactamente igual.



Solo que descubrí que aquellas palabras del sermón del Padre Correa referidas a Dios pueden ser fácilmente aplicadas a un elemento que, como Dios, parece estar también en todas partes: en la mesa donde comemos -al lado del plato o de la taza- en la cama, en el escritorio, en el auto, en la casa, en el teatro, en la cancha, en el café, en el colectivo, en la calle, en el bolsillo de un ajustado jean, en el delantal de una maestra, en la chaqueta del médico, en el saco del abogado, en todos lados. Sí, está en todos lados, pero a diferencia de Dios, que solo nos da señales que nosotros debemos ir descubriendo, este lo hace de una manera

diferente, vibrando, chillando, irrumpiendo de mil maneras para atraer la atención. Interrumpe diálogos, conferencias, clases, espectáculos, desayunos, paseos, todo. Y así, de tanto encontrarlo en todas partes, nos fuimos convirtiendo de a poco en sus esclavos.

Empecemos entonces a quitarle un poquito de protagonismo a ese aparatito llamado celular, convirtiéndolo de nuevo en la herramienta que nunca debió dejar de ser.

Manuel Cabral

ELECCIONES DE REPRESENTANTES DE DISTRITOS PERÍODO 2012-2014

CONVOCATORIA

SRES. COLEGIADOS:

Finalizando su mandato y habiéndose cumplimentado las disposiciones del Decreto N° 9114/65 referente a rectificaciones y tachas del Padrón Electoral Provisorio confeccionado con los profesionales médicos colegiados inscriptos en la Matrícula hasta el 30/04/12, la Mesa Directiva del Colegio de Médicos de Salta en virtud de lo establecido por el Art. 29 del Decreto N° 9114/65,

RESUELVE

- 1º). CONVOCAR a los Sres. Profesionales Médicos Colegiados que figuran en el Padrón Electoral, a ELECCIONES de Representantes de Distritos para la renovación de las autoridades del Colegio de Médicos de Salta por el período 2012/2014.
- 2º). EL PROCESO ELECCIONARIO tendrá lugar en la sede del Colegio de Médicos de Salta (España 1440 - Capital), durante los días 17, 18, 19, 20 y 21 de Setiembre del año en curso en el horario de 08.00 a 15.30, procediéndose con el escrutinio a partir de Hs. 15.30 del día 21/09/12.
- 3º). SOLAMENTE podrán ser elegidos los colegiados señalados con la letra "R" del Padrón Electoral respectivo.
- 4º). CORRESPONDE a cada uno de los Distritos elegir Representante Titulares y Suplentes, conforme al siguiente detalle:

DISTRITO CAPITAL	ELIGE	33	REPRESENTANTES TITULARES	y	33	REPRESENTANTES SUPLENTES
DISTRITO N° 3	ELIGE	6	REPRESENTANTES TITULARES	y	6	REPRESENTANTES SUPLENTES
DISTRITO N° 4	ELIGE	8	REPRESENTANTES TITULARES	y	8	REPRESENTANTES SUPLENTES
DISTRITO N° 5	ELIGE	3	REPRESENTANTES TITULARES	y	3	REPRESENTANTES SUPLENTES
DISTRITO N° 6	ELIGE	2	REPRESENTANTES TITULARES	y	2	REPRESENTANTES SUPLENTES
DISTRITO N° 7	ELIGE	3	REPRESENTANTES TITULARES	y	3	REPRESENTANTES SUPLENTES
DISTRITO N° 8	ELIGE	3	REPRESENTANTES TITULARES	y	3	REPRESENTANTES SUPLENTES
DISTRITO N° 9	ELIGE	2	REPRESENTANTES TITULARES	y	2	REPRESENTANTES SUPLENTES
DISTRITO N° 10	ELIGE	2	REPRESENTANTES TITULARES	y	2	REPRESENTANTES SUPLENTES
DISTRITO N° 11	ELIGE	2	REPRESENTANTES TITULARES	y	2	REPRESENTANTES SUPLENTES

Nota Importante: De acuerdo a lo resuelto en la Asamblea Anual del Consejo de Distritos de fecha 29/11/04, los Representantes Suplentes serán los que surjan en cantidad de votos obtenidos al último Representante Titular elegido en cada Distrito.

MESA DIRECTIVA: SETIEMBRE 2012.

FDO.

DR. RAÚL CÁCERES
Vice-Presidente

DR. JUAN JOSÉ LOUTAYF RANEA
Presidente

Art. 23 - Decreto Ley N° 327/63: Los colegiados que se abstuvieren de votar sin causa justificada, serán pasibles de una multa equivalente al valor de dos (2) cuotas de colegiado.

HISTORIA DE LA MEDICINA

DR. JOSEF MENGELE

"EL ÁNGEL DE LA MUERTE"

Infancia y juventud

Josef Rudolf Mengele fue el mayor de los tres hijos de Karl Mengele y su esposa Walburga, unos acaudalados industriales de la ciudad de Günzburg (Baviera).

Estudió medicina y antropología en las universidades de Múnich, Viena y Bonn.

En 1933, Karl Mengele, nazi acérrimo, ofreció su taller industrial a Adolf Hitler para que éste pronunciara un discurso en Günzburg; por estos servicios, Karl Mengele recibió amplias facilidades económicas para hacer crecer su negocio.

Dos años después, en Múnich, Josef Mengele se doctoró en Antropología en 1935 con una tesis doctoral sobre las diferencias raciales en la estructura de la mandíbula inferior. En 1938 se doctoró en medicina con una tesis doctoral titulada: "Estudios de la fisura labial-mandibular-palatina en ciertas tribus".

Josef Mengele, se convirtió en un antisemita acérrimo, convencido plenamente de la superioridad de la raza aria y que prodigaba un absoluto desprecio por el judío. Su incumbencia como médico

estaba orientada al estudio genético-racial más que a la medicina curativa. Josef Mengele pertenecía a las juventudes hitlerianas, se afilió al partido nazi en 1937. Se casó en 1938 con Irene Schönbein, una hermosa y educada dama de religión luterana -a pesar de que Mengele era católico romano- y tuvo un hijo llamado Rolf Mengele.

Entre 1938 y 1939 sirvió durante seis meses en un regimiento de infantería ligera de tropas de montaña. En 1940 fue destinado a la reserva del cuerpo de médicos, comenzando un período de tres años en el que serviría en una unidad. En 1942, en Rostov, resultó herido en una pierna en el frente ruso y fue declarado no apto para el combate. Gracias a su comportamiento brillante frente al enemigo en el frente oriental fue ascendido al rango de SS Hauptsturmführer (Capitán). Fue re-asignado entonces como Lagerarzt, médico de campo de concentración.

«El ángel de la muerte» de Auschwitz

Mengele fue enviado al campo de concentración de Auschwitz. El 24 de mayo de 1943 se convirtió en el

oficial médico del llamado campo gitano, una parte de Auschwitz-Birkenau, allí se convirtió en el oficial médico en jefe del principal campo de enfermería de Birkenau.

Fue durante su estancia de 21 meses en Auschwitz cuando el doctor Mengele alcanzó la fama, ganándose el apodo de "Ángel de la muerte". Cuando los vagones de tren repletos de



prisioneros llegaban a Auschwitz, con frecuencia Mengele esperaba en el andén junto a otros médicos para seleccionar a los más aptos para el trabajo y la experimentación, así como quiénes serían enviados inmediatamente a las cámaras de gas.

Mengele se paraba en una rampa frente a las filas e indicaba con un gesto de la mano quién moría y quién vivía: a la derecha iban los ancianos, niños, mujeres embarazadas e incapacitados; a la izquierda iban las mujeres jóvenes y hombres de evidente buen estado de salud. Los que quedaban en la fila de la derecha iban directamente a las cámaras de gas.

Los supervivientes de este campo de concentración que conocieron a Mengele lo describían como un oficial impecablemente aseado, muy apuesto y perfumado, de gestos aristocráticos y poseedor de una extraña mezcla de condescendencia y una ferocidad morbosa ante el poder de decidir quién vivía o moría. Una característica distintiva de Mengele era un notorio espacio interdental entre los dientes superiores frontales.

Muy pocas veces Mengele demostró humanitarismo respecto de alguno de los condenados, e incluso mató personalmente a algunos cautivos por desobedecer las reglas.

Se llegaron a conocer casos de

perversión sexual practicada con las mujeres de la fila izquierda; azotando los pechos con un látigo o ejecutando defenestraciones que dejaban inválidas a las muchachas que, tarde o temprano, terminarían en las cámaras de gas.

Mengele se mostró particularmente duro con aquellas internas que quedaban embarazadas de los guardias. Madre e hijo (nacido o no nato), iban inexorablemente a la cámara de gas.

Muchas veces, en los vagones en que se traía a los condenados quedaban cadáveres de madres con sus hijos aún vivos en brazos. Mengele ordenaba lanzar esas criaturas directamente al horno de la lavandería, para que sirvieran de combustible. Más tarde cambió de actitud: permitió a las embarazadas dar a luz, pero los bebés nacidos eran confiscados para ir a dar a una sala de experimentación en otro lugar del campo de concentración.

En muchos casos Mengele ordenó que a la madre parturienta se le vendase el pecho para que no amamantara a su bebé. Recopilaba datos sobre la muerte por inanición de los infantes.

Mengele explicaba a otros colegas su actitud:

- "Cuando nace un niño judío no sé qué hacer con él: no puedo dejar al bebé en libertad, pues no existen los judíos libres; no

puedo permitirles que vivan en el campamento, pues no contamos con las instalaciones que permitan su normal desarrollo; no sería humanitario enviarlo a los hornos sin permitir que la madre estuviera allí para presenciar su muerte. Por eso, envío juntos a la madre y a la criatura".

Los experimentos

Mengele, siguiendo los pasos de Von Verschuer, había desarrollado un fuerte interés por los gemelos como una fuente de información acerca de estos conceptos, por tanto, cuando supo que Auschwitz era su destino, no pudo ocultar su satisfacción, pues el campo de concentración era para él un laboratorio lleno de judíos con los que experimentar.

A partir de 1943, los gemelos eran seleccionados y ubicados en barracones especiales. Cuando en la rampa de selección localizaba gemelos, para éstos constituía una esperanza de alargar la vida el pertenecer a esa condición. Los gemelos eran ubicados en un recinto especial y eran tratados algo mejor que los demás internos. Prácticamente todos los experimentos de Mengele carecían de valor científico, pero fueron financiados por el gobierno nazi. Incluyeron, por ejemplo, intentos de cambiar el color de los ojos mediante la inyección de sustancias químicas en los ojos de niños, amputaciones diversas y otras cirugías brutales y, documentado al menos en una ocasión, un

intento de crear siameses artificialmente mediante la unión de venas de hermanos gemelos (la operación fue un fracaso y el único resultado fue que las manos de los niños se infectaron gravemente). Las personas objeto de los experimentos de Mengele, en caso de sobrevivir al experimento, fueron casi siempre asesinadas para su posterior disección.

Mengele extraía los ojos a sus víctimas y los colocaba en una pared como un muestrario de las variedades heterocromas que existían. Intentó también por la vía química cambiar el color de pelo de los internos mediante la aplicación de dolorosas inyecciones subcutáneas y en algunos casos realizó castraciones y experimentos en la médula espinal dejando paralizados a los intervenidos.

En cooperación con otros médicos, Mengele intentó también buscar un método de esterilización masiva; muchas de las víctimas fueron mujeres a las que se les inyectaban diversas sustancias, sucumbiendo muchas de ellas o quedándose estériles en muchos otros casos.

En otras ocasiones realizaba experimentos sumergiendo en agua helada a internos fuertes para observar sus reacciones ante la hipotermia.

También cooperó con su contraparte de la aviación, el médico Sigmund Rascher de la Luftwaffe, en algunos experimentos sometiendo a

personas a cambios de presiones extremos. Los individuos perecían en medio de horribles convulsiones por excesiva presión intracraneal. Rascher fue el equivalente de Mengele en el campo de la experimentación con humanos, pero con fines militares. Su perversidad anduvo a la par con este último, pero su historia y final fueron muy distintos.

Mengele también realizó experimentos con gitanos y judíos que tenían deformidades, enfermedades hereditarias (enanismo, síndrome de Down), siameses e incluso con mellizos, diseccionándolos vivos y sumergiendo luego sus cadáveres en una tina con un líquido que consumía las carnes, dejando libres los

huesos. Los esqueletos eran enviados a Berlín como un macabro muestrario de la degeneración física de los judíos.

Mengele hizo en una ocasión cargar un vagón de tren con unos cajones que los internos notaron "demasiado pesados para su volumen". Los cajones iban dirigidos a Günzburg y algunos internos dedujeron -correctamente- que los cajones contenían lingotes de oro, provenientes de las extracciones dentales de las víctimas del campo. Éste fue uno de los primeros indicios de que Mengele había presentado el fin de la Alemania Nazi.

Mengele abandonó el campo el 17 de enero de 1945 y huyó hacia el oeste camuflado como un miembro de la infantería



regular alemana con identidad falsa, pero fue capturado. Fue prisionero de guerra, cerca de Núremberg hasta que resultó liberado por los aliados, que desconocían su identidad.

Tras esconderse algún tiempo, Mengele partió hacia América del Sur, concretamente hacia Hohenau (Paraguay), en 1949, donde muchos otros oficiales nazis huidos y ayudados por la organización ilegal ODESSA habían llegado y encontrado refugio. Irene no siguió los pasos de su marido y de algún modo le repudió a él y su familia y se separaron.

Josef Mengele se divorció por correspondencia de su esposa Irene, la carta la traía su padre Karl quien lo visitó en la Argentina.

Como su nombre no estaba mencionado en la prensa y al parecer la cacería de nazis a él no le alcanzaría, se juzgó libre de sospecha y audazmente volvió a tomar su nombre original, se inscribió como tal en la guía telefónica de Buenos Aires e incluso viajó a Suiza a visitar a su hijo Rolf en 1956, sin que nadie siquiera sospechara de él y su pasado.

En 1958 se casó en Uruguay, más precisamente en el departamento de Colonia del Sacramento con María Martha Will, la mujer de su hermano Karl, que había fallecido en 1949. Ella y su hijo se mudaron a Argentina para reunirse con Mengele, aunque ambos regresaron a Europa años después.

Su familia en Alemania le respaldaba económicamente y prosperó en los años cincuenta, primero montando una tienda de juguetes y después como socio de una empresa farmacéutica.

Posteriormente, ante la sospecha de persecución, Mengele vivió en Paraguay en forma muy modesta como inquilino de la familia Auler. La empresa Mengele, en Alemania, costeó su manutención hasta 1960; luego se trasladó a Brasil para vivir bajo el alero de otra familia de origen alemán, también subvencionada por la compañía Mengele, bajo el nombre de Pedro Gerhard. Luego se independizó y se trasladó a una favela, donde vivió en una modestísima cabaña.

Cuando alguna persona muy cercana le interrogaba sobre su infausto pasado, solía responder que se limitaba a seleccionar sólo a personas aptas para el trabajo y que no mató a nadie.

A pesar de los esfuerzos internacionales en rastrearle, jamás fue detenido y vivió impunemente durante 35 años bajo diversas identidades falsas. Increíblemente, ni el Mossad ni Wiesenthal lograron ubicarlo a pesar de que su hijo Rolf pudo visitarlo un par de veces e intercambiar correspondencia.

Muerte polémica

En 1979, su estado de salud estaba en franco deterioro y la

familia alemana que le asistía lo invitó a refrescarse en una playa de pendiente muy suave, Bertioga, y Mengele accedió. Cuando algunos miembros se introdujeron en la playa, Mengele los siguió hasta alcanzar una distancia adentro del mar de unos 100 metros y de escasa profundidad y, entonces, por motivos confusos y extraños, se ahogó, a pesar de que uno de los amigos llegó pronto a darle auxilio. En cuanto a las causas de la muerte, se especuló que pudieron ser desde calambres, ataque cardíaco, mareos, hasta muerte provocada. La versión oficial es que "se golpeó con un madero mientras nadaba en una playa llamada Bertioga y se ahogó". Lo que causa extrañeza es que Mengele no sabía nadar.

Fue enterrado en un cementerio en Embu con un nombre falso, Wolfgang Gerdhard, con la asistencia de su hijo Rolf. Ningún miembro más directo de su familia asistió. Mengele falleció en la impunidad.

Muchos Lagerarzt nazis de alguno u otro modo se comportaron del mismo modo que Mengele, solo que este médico antropólogo destacó especialmente por sus particulares características personales y sus sádicas actuaciones, que lo hicieron destacarse del resto.

Bibliografía

Astor, Gerard: Mengele, el último nazi, Editorial Vergara, 2005.

ANECDOTA

JUAN PÉREZ SE EQUIVOCÓ DE SALA

Juan Pérez, residente de Gastroenterología cursando su primer año en Clínica Médica. En esa época éramos pocos residentes y preferíamos hacer guardia en sala, solos, para que éstas sean más espaciadas, porque de lo contrario hacer de a dos implicaba guardia día de por medio. La verdad es que se podía, se aprendía más, y se estaba preparado para las situaciones extremas. El único problema era que el día de guardia seguro no ibas a poder dormir y al otro día directamente no existías.

Miércoles por la mañana, Juan Pérez pasó una guardia (del Martes) para no olvidar, por la cantidad de ingresos y por lo movida que estuvo la sala. Impresionaba agotado, pero siempre conservando el buen humor que lo caracterizaba. Para colmo debía presentar las pacientes en sala de mujeres que habían ingresado. Estaba en el ojo de la tormenta, pero con una actitud protagónica como se lo pedía su Jefe de Residentes.

--- Paciente Florencia R. de 28 años que ingresa por sensación febril, con escalofríos, disuria y dolor lumbar. Al examen físico fiebre de 38° C, puntos reno ureterales superior y medio derecho positivos y puño percusión renal derecha positiva. Por lo tanto se asume como Infección urinaria alta --- y no es la primera por que ya tuvo otras... afirma con seguridad.

El Jefe de Servicio pregunta...

--- Y usted interrogó sobre las posibles causas de sus infecciones Urinarias reiteradas? Mire que de nada sirve tratarla ahora sin no cortamos el factor que la precipita.

--- Si, le pregunté todo y no existe ninguna causa.

--- Esta seguro? – pregunta el Jefe.

--- Segurísimo... responde Juan Pérez sonriente mientras todos nosotros sus compañeros, nos reíamos ante el panorama que se aproximaba.

Juan Pérez ante las miradas cómplices, el murmullo y las sonrisas, se observa así mismo pensando --- Será que tengo algo en el delantal? O me olvidé algo?

--- Dr. Juan Pérez, puede repetirme el examen físico de la paciente?

--- Como no Dr. Paciente lucida, febril, con Bla bla bla.

--- Y usted revisó lo genitales

--- Si doctor!! Acorde a la edad y sexo sin trastornos tróficos, sin flujo patológico.

Juan Pérez destapa a la paciente y sorprendido observa un bulto entre sus piernas momento en el cual finaliza la revista de sala en medio de carcajadas contenidas

La paciente que había ingresado en mujeres en realidad era un Travesti, y Juan Pérez por el sueño no se había percatado y lo había ingresado en sala de mujeres en lugar de varones donde en realidad le correspondía (en esa época).

Nota: Se utilizó un nombre ficticio. Cualquier coincidencia con esta anécdota es mera casualidad.

Dr. Welindo Toledo



MUERTE DIGNA

La empatía y comprensión hacia el paciente en la etapa final de su vida, a días de su fallecimiento o en etapa vegetativa, tienen enorme importancia para aplicar los cuidados paliativos y de ninguna manera suministrar o administrar tratamientos que impliquen una falsa y penosa esperanza de devolverle su vida, haciéndole soportar a él y su familia mucho dolor y sufrimiento, a tal punto que a este proceder se lo denomina ensañamiento terapéutico.

La ley que permite al paciente ejercer su autonomía y disponer que no admite procedimientos terapéuticos que no aplican para mejorar su estado, sino todo lo contrario, lo vuelven más penoso.

Se debe brindar al paciente una atención humanizada que proporcione bienestar y soporte para él y su familia por los días que le resten vivir, libre de dolor con sus síntomas bajo control, de tal modo que los últimos días puedan discurrir con dignidad en su casa o un lugar lo más parecido posible, rodeado de la gente que lo quiere.

La tarea de su cuidado debe ser llevada a cabo por un equipo multidisciplinario y coordinado, integrado por lo menos por un médico, un enfermero, una psicóloga, un trabajador social, un guía espiritual y voluntario, todos ellos capacitados en cuidados paliativos, con un respeto por la vida humana y un gran amor por el prójimo.

La Ley brinda para todo ello un amparo legal tanto para el paciente como para el equipo a su cuidado.

Lic. H. Egüez de Campos
Licienciada en Enfermería - Miembro del Comité de Bioética
del Colegio de Médicos de Salta

17 DE AGOSTO

DÍA DEL LIBERTADOR GENERAL JOSÉ DE SAN MARTÍN

Aniversario del paso a la inmortalidad del libertador de Argentina, Chile y Perú.



“Cuando la patria esta en peligro, todo esta permitido, excepto, no defenderla”



Foto de Tapa

Hospital Juan Domingo Perón
(Tartagal - Salta)

COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE SALTA
HONORARIO MINIMO ETICO PROFESIONAL

CONSULTA A CONSULTORIO:
\$ 65,00 (PESOS, SESENTA Y CINCO)

CONSULTA A DOMICILIO:
\$ 75,00 (PESOS, SETENTA Y CINCO)

RESOLUCIÓN N° 068/12. MESA DIRECTIVA

VALORES VIGENTES A PARTIR DEL 02/07/2012.



VINCULOS

La revista del Colegio de Médicos de Salta