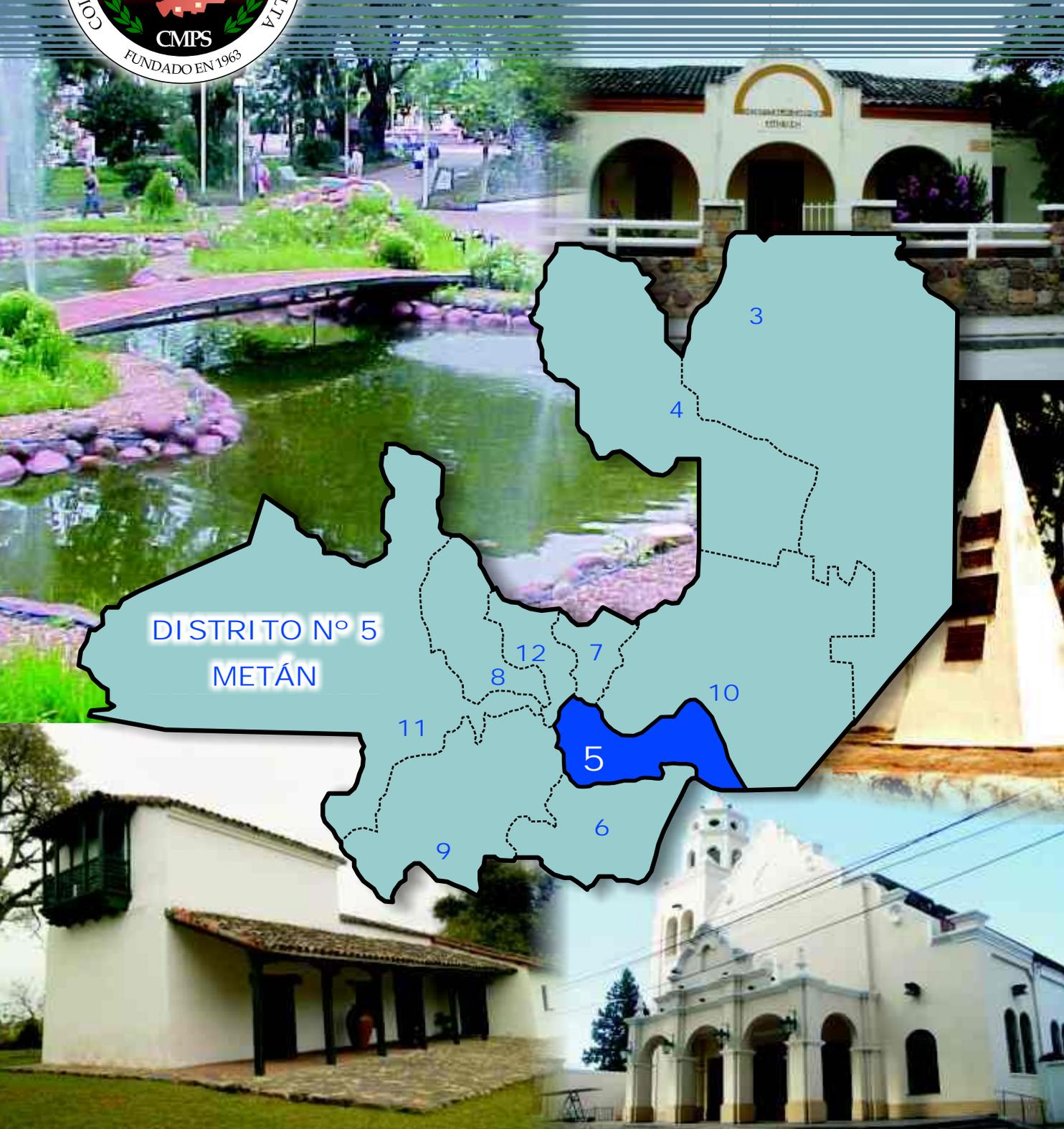




# VINCULOS

La revista del Colegio de Médicos de Salta

AÑO 9 - N° 23 - AGOSTO 2015



Biografías: Dr. Humberto Octavio Figueroa - Los pediatras no pueden ocultar la desnutrición - Bernard Nathanson, de la muerte a la vida - Nuevos anticoagulantes orales y riesgo de Hemorragia Digestiva (Ira. Parte) - Foto Noticias - Reunión de CONFEMECO en Salta - Acto Homenaje: Entrega de medallas a profesionales en sus Bodas de Plata y 40 años con la Matrícula Profesional - Primera Expo Salud del NOA - Camino a una nueva edición de la "Distinción al Humanismo en el Ejercicio de la Profesión Médica" Año 2015 - "El médico al cuidado de la vida" - Tribunales / Comités / Comisiones - Guía de Trámites



## COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE SALTA

**HORA DE TRABAJO MÉDICO:**  
**\$ 570,00 (Pesos, Quinientos Setenta)**

RESOLUCIÓN N° 053/15. MESA DIRECTIVA  
VALORES VIGENTES DESDE EL 01/07/2015 HASTA EL 31/12/2015.

**HORA DE GUARDIA MÉDICA:**  
**\$ 190,00 (Pesos, Ciento Noventa)**

RESOLUCIÓN N° 052/15. MESA DIRECTIVA  
VALORES VIGENTES DESDE EL 01/07/2015 HASTA EL 31/12/2015.

## HONORARIO MINIMO ETICO PROFESIONAL

**CONSULTA A CONSULTORIO:**  
**\$ 155,00 (Pesos, Ciento Cincuenta y Cinco)**

**CONSULTA A DOMICILIO:**  
**\$ 190,00 (Pesos, Ciento Noventa)**

RESOLUCIÓN N° 051/15. MESA DIRECTIVA  
VALORES VIGENTES DESDE EL 01/07/2015 HASTA EL 31/12/2015.



## 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](mailto:info@colmedsa.com.ar)

Web: [www.colmedsa.com.ar](http://www.colmedsa.com.ar)

 Colegio de Médicos de Salta

## VINCULOS

La revista del Colegio de Médicos de Salta

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

### Dirección:

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

### Coordinación General:

Comisión Consultiva Jóvenes Médicos

Dr. Juan Carlos Giménez

Dr. Walter Leonardo Failá

Dra. Carolina Saravia Figueroa

Dr. Matías Andrés Orquera

Dra. Cecilia E. Guaymás Tornero

### Diseño Gráfico:

Diego Martín Loza

### Impresión:

Artes Gráficas Crivelli

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

## SUMARIO

AÑO 9 - NUM. 23 - AGOSTO 2015

Biografías: Dr. Humberto Octavio Figueroa

Pág. 3

Los pediatras no pueden ocultar la desnutrición

Pág. 4

Bernard Nathanson, de la muerte a la vida

Pág. 6

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

Pág. 9

Foto Noticias

Pág. 14

Reunión de CONFEMECO en Salta

Pág. 15

Acto Homenaje: Entrega de medallas a profesionales en sus Bodas de Plata y 40 años con la Matrícula Profesional

Pág. 16

El Colegio de Médicos participó de la Primera Expo Salud del NOA

Pág. 18

Camino a una nueva edición de la "Distinción al Humanismo en el Ejercicio de la Profesión Médica" Año 2015

Pág. 19

"El médico al cuidado de la vida"

Pág. 20

Tribunales / Comités / Comisiones

Pág. 23

Nuevos Matriculados

Pág. 24

Guía de Trámites

Pág. 26

Médicos que obtuvieron la Matrícula Especial (J)

Pág. 27

## La Medicina y Cirugía en San José de Metán

Es una gran distinción para los médicos de Metán realizar este Editorial, especialmente por tratarse de una Revista realizada por la Comisión de Jóvenes Médicos.

En el Departamento de Metán, cuya ciudad cabecera es San José de Metán, con otras poblaciones aledañas como El Galpón, Río Piedras, Lumbreras y el Tunal, se encuentran registrados 80 médicos, de los cuales 21 obtuvieron el Certificado de Especialista.

Varios Hitos señalaron el camino de la medicina y cirugía de Metán.

En el año 1912 una Sociedad de Beneficencia, en cuya dirección se encontraba la señora Elisa Pagani, comenzó a bregar por un hospital. Dicha iniciativa se aprueba y se reglamenta por ordenanza municipal, en el año 1914 por un proyecto del Concejal Don Atilio Lanzi. En 1915 comienza a funcionar un incipiente hospital en un grupo de edificios tipo casa de familia, en la Villa San José, siendo el médico municipal el Dr. Juan de la Cruz Chavarría. Finalmente el 16 de julio de 1940 se inaugura el edificio del actual Hospital Del Carmen, en terrenos donados por la familia Poma-Fantoni. Este año festejamos los 75 años del Nosocomio. Actualmente se construye una nueva edificación de tres plantas y 4.000 mts. cuadrados de construcción.

En 1942 los doctores Alberto Caro y Carlos Gutiérrez, inauguran el Sanatorio Privado San José. En 1952 se instaló allí el Policlínico Ferroviario (en edificio donde actualmente funciona la Sede local de la UNSa).

En la Década de 1980 se instala una discreta cantidad de médicos con residencias completas, Jefatura de Residencia e incluso certificados por el Colegio de Médicos y/o Asociaciones Científicas Nacionales dando impulso a la medicina asistencial en sí, a cursos de actualización locales, a la implementación de servicios de mayor complejidad como UTI, Terapia Intensiva Infantil, el primer tomógrafo computado, el primer Servicio de Nefrodialisis. El 28 de agosto de 1986 se funda el Círculo Médico de Metán. En 1992 se incorpora la Cirugía Video Laparoscópica.

Los desafíos de la medicina rural persisten con los años y los médicos locales tratamos de mejorar la atención médica realizándola oportuna, periódica, continua, integral, accesible y útil tratando de lograr una tendencia descendente de los indicadores de morbimortalidad, mortalidad infantil, neonatal, infantil tardía, perinatal, etc.

Desde Metán apoyamos y estamos consustanciados con el Programa de Educación Médica realizado en forma conjunta por el Colegio de Médicos y Círculo Médico de Salta, como así también a los diversos cursos que se realizan en ciudades del interior, que ayudan a la obtención del Certificado de Especialista y su Recertificación. Enviamos un abrazo a todos los colegas de Salta y exhortamos a seguir trabajando en forma conjunta por la salud de nuestra provincia.

Dr. Luis Nicolas Barros.  
M.P. N° 1759  
Representante Titular Distrito N° 5.  
Departamento San José de Metán.

## BIOGRAFÍAS

# Dr. Humberto Octavio Figueroa

Humberto Octavio Figueroa nació en Salta el 27 de julio de 1958, hijo del Dr. Rafael Ángel Figueroa (Abogado) y de Doña Electra Pasini Bonfanti (maestra de grado en la Escuela Nacional La Pólvara, actual Juana Azurduy de Padilla), fue el menor de seis hermanos. Completó sus estudios primarios y secundarios en su ciudad natal a la edad de dieciséis años para luego ingresar a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, egresando muy joven, como Médico Cirujano.

Después de haber egresado de dicha Facultad ingresa a la Residencia de Urología del Hospital Privado de Córdoba, plan de cinco años, con la especialidad recertificada y definitiva de Urología. Además, tenía una formidable formación humanística que se manifestaba a todos sus allegados sin pedantería, tenía una pose sin pose, era simpático y afectuoso con todos, especialmente con sus pacientes que le tenían afecto y admiración.

Veremos parte de su impresionante Currículum Vitae. Sus trabajos, que fue como el reflejo de su vida, son demasiados amplios para que pueda ser comentado, aún en apretada síntesis, en el limitado espacio a que debe ajustarse esta biografía.

### Antecedentes de Funciones y Laborales

- Residente en Plan de 5 años Hospital Privado de Córdoba.
- Jefe de residente Hospital Privado de Córdoba.
- RUG de la Unidad de Gestión Urología del Nuevo Hospital el Milagro y actual Hospital Público Materno Infantil, desde, Abril 2004 hasta su fallecimiento, cargo asignado por concurso y selección.
- Cirujano ablacionista del INCUCAI.
- Jefe del equipo quirúrgico de trasplantes renales.
- Miembro cirujano del equipo de trasplantes renales S.R.I. Salta.
- Responsable Docente del programa de cirugía del Hospital Arturo Oñativia.
- Fue relator oficial de Congresos de su especialidad, Jornadas, simposium, cursos, etc.
- Trabajos de investigación

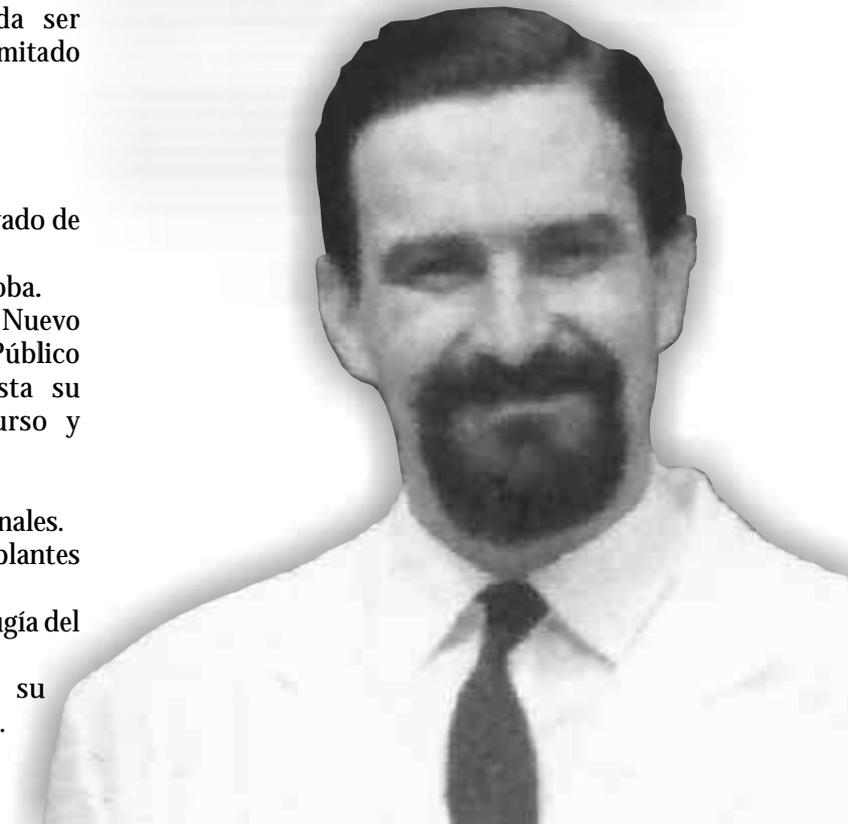
Y muchísimo más.

Era un expositor de ideas con palabras adecuadas, claras y penetrantes, su verdadera elocuencia estaba en su formación médica y humanista, en sus preguntas y repuestas y en la testificación de los colegas que trabajaron o no con él.

Fallece joven en su ciudad natal, de muerte súbita, el 10 de octubre de 2014, dejándonos atónitos a todos. Fue un gran cirujano en su especialidad y una gran persona, sumamente simpático con todos: familia, colegas, amigos y pacientes, con estos últimos manteniendo siempre una relación médico-paciente con gran profesionalismo.

Te extraño querido hermano, que descanses en paz.

Dr. Pablo Horacio Figueroa



# Los pediatras no pueden ocultar la desnutrición

## Conceptos y definiciones:

La desnutrición grave es un problema médico y social. Los problemas médicos del niño desnutrido son la consecuencia de los problemas sociales del hogar en que vive. La desnutrición grave es el resultado final de una falta crónica de atención nutricional y frecuentemente emocional por parte de las personas que se ocupan del niño, por pobreza, falta de trabajo, deficientes condiciones socio ambientales, falta de agua potable, inaccesibilidad a los sistemas de salud: inaccesibilidad geográfica, cultural, deficiencia en el sistema de salud: recursos humanos insuficientes. Todo hace que el niño no reciba los cuidados, la atención y la nutrición adecuada. Si consideramos que la desnutrición es solo un problema médico, es probable que el niño recaiga cuando vuelva a su casa y que otros niños de la familia sigan expuestos al riesgo de sufrir los mismos problemas.

Cuando hablamos de desnutrición podemos asumir que el cuadro atraviesa 4 etapas:

1. Fase oculta o desconocida
2. Fase aguda
3. Fase de rehabilitación
4. Fase de recuperación

Fase oculta o desconocida: esta fase transcurre desde el momento que comienzan a actuar las carencias: nutricionales, emocionales, socio ambientales, asistenciales; que pasan desapercibidos por la madre, "acostumbrada" a que su niño coma poco, se mueva poco, sea uno más de otros hermanos, que muchas veces puede quedar al cuidado de sus hermanos, esta etapa finaliza cuando el niño se enferma y la madre lo percibe como tal, como un niño enfermo. El niño tiene una enfermedad diarreica o respiratoria, convulsiones, etc.

Lo fundamental en esta etapa es el control del niño a través de la estrategia de Atención Primaria de la Salud y todo niño que presenta riesgo nutricional o bajo peso, debe ser derivado a control médico y

nutricional.

Las gráficas actuales (OPS/OMS) permiten identificar los niños con riesgo nutricional, por debajo de  $<-1.5Z$ ; o con curva aplanada o decreciente dentro de valores Z de normalidad, o niños con bajo peso y muy bajo peso, ser derivados oportunamente y que cuenten con una accesibilidad a los Sistemas de Salud adecuada.

Fase aguda: se identifican y tratan los problemas específicos que ponen en riesgo la vida del niño, el proceso infeccioso, alteraciones metabólicas, se corrigen carencias específicas. Problemas metabólicos específicos: hipoglucemia, hiponatremia, hipo kalemia, hipotermia, deshidratación. Son las primeras 24 a 48 horas, completando el tratamiento antibiótico específico, durante 7 días como mínimo. El tratamiento satisfactorio del niño con desnutrición grave NO necesita instalaciones o equipos sofisticados ni personal muy calificado. Sin embargo requiere tratar a cada niño con el afecto y cuidado imprescindible, en un lugar adecuado y con profesionales sanitarios con dedicación y una formación apropiada. Se realiza la evaluación nutricional correspondiente que abraza:

- La antropometría (gráficas OMS)
- Evaluación Clínica:
  - Aspecto general
  - Características de la piel
  - Presencia de edema
  - Características del cabello
  - Viceromegalias
  - Otros datos
- Laboratorio
  - Hemograma
  - Hepatograma
  - Proteinograma
  - Iono grama
- Evaluación Nutricional
  - Anamnesis alimentaria
  - Recordatorio de 24 horas
  - Frecuencia de consumo

El Pediatra, el Médico generalista o de familia, está en condiciones de hacer el diagnóstico de desnutrición.

¿Qué sucede si el niño no supera esta etapa y fallece? Al profesional asistente le corresponde colocar en el certificado de defunción la causa de su defunción, el niño falleció por su diarrea o neumonía, pero no todos los niños que presentan diarrea o neumonía fallecen, si el niño presentaba un cuadro de desnutrición debe figurar en el certificado de defunción; desde el punto de vista de Salud Pública, es importante conocer:

1. los niños que mueren por diarrea o neumonía y no tienen desnutrición, hacen a los programas de Control de Enfermedades Diarreicas y Respiratorias.
2. Los niños que mueren por diarrea o neumonía con desnutrición, hacen a los programas de Nutrición.

Una vez superados los problemas que ponen en riesgo la vida del niño; se corrigen las carencias específicas, se supera el cuadro infeccioso, se superan los problemas metabólicos, se inicia la alimentación y el niño pasa a la etapa siguiente.

Etapa de Rehabilitación: se administra alimentación en forma intensiva, con el objetivo de recuperar la mayor parte del peso perdido, se potencia la estimulación emocional y física. Se le enseña a la madre o a la persona responsable a continuar los cuidados en la casa y se hacen los preparativos para el alta del niño. El ALTA debe considerar:

- Alta médica. Supero el cuadro infeccioso, calendario de vacunación adecuado.
- Alta nutricional. Alimentación adecuada, supero uso de sonda naso gástrica. Antropometría: Peso/edad entre -1 y -1,5Z.
- Alta emocional, pautas del desarrollo de

acuerdo a su edad.

- Alta Social, a donde vuelve el niño.

Etapa de Recuperación (Seguimiento): después del alta, se establece un control del niño y de su familia para prevenir recaídas y garantizar el desarrollo físico, mental y emocional progresivo del niño.

#### COMENTARIO FINAL:

Mucho se ha hablado de la Atención Primaria de la Salud y sus Agentes Sanitarios, es valiosísimo el accionar de este recurso humano de la salud, pero debemos recordar que APS es el primer eslabón o puerta de entrada al sistema de salud, debe estar acompañado de un primer y segundo nivel de atención, sólido, de acuerdo a las necesidades de los niños. La necesidad de que los programas locales de APS, cuenten con los supervisores médicos y nutricionista adecuados; que en los Centros de Salud y Hospitales del interior, donde los niños sean atendidos adecuadamente.

El diagnóstico de desnutrición es un diagnóstico médico, como cualquier diagnóstico necesita tener los antecedentes, el examen clínico y laboratorio; buscar una etiología, sabemos que la desnutrición puede ser primaria, secundaria o mixta. La primaria ocurre en niños donde empiezan a actuar carencias múltiples, dijimos que tiene una primera etapa desconocida u oculta, que dura hasta que el niño se enferma por un cuadro infeccioso o un desorden metabólico grave, que motiva su consulta. Como médicos, pediatras, generalistas o de familia; debemos considerar y plantear este diagnóstico. El bajo peso o muy bajo peso es un dato antropométrico, la desnutrición es un diagnóstico clínico y necesita un diagnóstico precoz, un tratamiento oportuno a fin de limitar el daño.

Dr. Alberto Aleman  
Especialista en Pediatría

#### SR. COLEGIADO:

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

MESA DIRECTIVA

## Bernard Nathanson, de la muerte a la vida

Cuando escucho a los promotores de la legalización del aborto provocado afirmar que el tema debe ser abordado en forma excluyente por la ciencia, sin intervención de la Fe y de la Moral Objetiva, no puedo dejar de formularme algunas preguntas: ¿saben realmente estas personas en qué consiste la ciencia y cuáles son sus presupuestos epistemológicos?; ¿saben exactamente lo que las ciencias biológicas, en el momento actual, tienen por cierto acerca de la embriogénesis humana?; ¿han trabajado personalmente, durante un tiempo suficiente, en biología humana o en otra rama cualquiera de la ciencia?; ¿conocen a fondo la Religión y los fundamentos filosóficos de la Moral Objetiva?; ¿valoran en su justa medida a la vida y, sobre todo, a la vida humana?; ¿se limitan a aceptar y repetir en forma acrítica, los eslóganes con apariencia apodíctica de quienes (supuestamente) saben lo que dicen, sea por el cargo que ocupan en la sociedad, o porque cuentan con el acceso a la letra impresa y a los medios de comunicación en general?; ¿fundan sus argumentos en la auténtica ciencia, en una ideología o en una “seudociencia”?; ¿son sus afirmaciones, simplemente, opiniones no comprobadas, propias de diletantes?

Una historia paradigmática es la del médico ginecólogo norteamericano Bernard Nathanson. Hijo de un prestigioso ginecólogo, el Dr. Joey Nathanson, Bernard estudió Medicina en la Universidad de McGill, de Montreal (Canadá). Luego de graduarse y de completar su residencia en Ginecología, comenzó a trabajar en el Hospital de Mujeres de Nueva York, donde entró en contacto con el mundo del aborto. Allí trabó relación con Larry Lader, con quien fundó la “Liga de Acción Nacional por el Derecho al Aborto”. En 1971 Nathanson se involucró directamente con la práctica de abortos en las primeras clínicas abortistas de Nueva York (El aborto ya estaba legalizado parcialmente, o sea que estas clínicas realizaban sus actividades con el visto bueno de las autoridades sanitarias). Algunas de ellas carecían de las garantías mínimas de seguridad. Nathanson fue elegido para dirigir el funcionamiento de una clínica que hasta entonces había estado a cargo del Dr. Harvey. En ella funcionaba también un



servicio de Obstetricia y Ginecología. O sea, que en este “sanatorio” se realizaban, simultáneamente, partos normales y abortos provocados. Se mataba y se ayudaba a nacer.

Con el tiempo, Nathanson llegó a ser conocido como “el rey del aborto”, habiendo llegado a la realización de 75.000 abortos, entre ellos el de su propio hijo. Este dato es verdaderamente escalofriante. Además de su actividad “asistencial”, Nathanson dictaba conferencias y se entrevistaba con políticos, gobernantes y periodistas, ejerciendo presión para que fuese ampliada la ley del aborto. En 1972 renunció a la dirección de la clínica. Hizo declaraciones públicas, en las que reconoció haber abortado a “los hijos no nacidos de amigos, colegas, conocidos, profesores, e incluso a mi propio hijo”.

A partir de esa época, la orientación de su vida comenzó a cambiar. Renunció a la dirección de la

clínica abortista y fue designado Jefe de Obstetricia del Hospital de St. Luke's. En ese tiempo, comenzaba a introducirse en la práctica médica una nueva tecnología: la ecografía por ultrasonidos. Este método diagnóstico permitió a Nathanson observar el latido del corazón del feto, y comenzó a preguntarse “¿qué era lo que estábamos haciendo verdaderamente en la clínica?”. Decidió, con valentía y honestidad, reconocer su error, y publicó un trabajo en el “The New England Journal of Medicine”, declarando que mediante la ecografía se podía comprobar que en el feto existía vida humana, y que “El aborto debe verse como la interrupción de un proceso que de otro modo habría producido un ciudadano del mundo. Negar esta realidad es el más craso tipo de evasión moral”. Llegó a la conclusión de que el aborto es un crimen. Mediante la ecografía, realizó un documental titulado “El grito silencioso”, que produjo en todo el mundo una ola de indignación y horror. También escribió un libro, titulado “La mano de Dios” (Editorial Palabra, 1997).

Definitivamente, Nathanson abandonó su profesión de “carnicero humano”, y se unió al Movimiento Pro-Vida. En 1989 participó en una “Operación Rescate”, frente a una clínica abortista. Nathanson quedó profundamente emocionado y, refiere que, “por primera vez en toda mi vida de adulto empecé a considerar seriamente la noción de Dios, un Dios que había permitido que anduviera por todos los proverbiales circuitos del infierno, para enseñarme el camino de la redención y la misericordia a través de su Gracia”.

Siguió luego un período muy tormentoso de su vida, que duró diez años, durante el cual intentó de diversas maneras encontrar la solución de su problema de conciencia, leyendo las “Confesiones” de San Agustín, sometiéndose a una terapia psicoanalítica durante cuatro años, recurriendo al alcohol y a los estupefacientes, etc. Al borde del suicidio, comenzó a conversar con el Padre John Mc Closkey, quien le ayudó a encontrar el camino hacia Dios: “Ya no estoy solo”, escribió. “Mi destino ha sido dar vueltas por el mundo a la búsqueda de ese Uno sin el cual estoy condenado, pero al que ahora me agarro desesperadamente, intentando no soltarme del borde de su manto”.

El 8 de diciembre de 1996, a las 7:30 horas de un día lunes, fiesta de la Inmaculada Concepción, fue recibido en la Iglesia Católica por el Cardenal John O'Connor, en la cripta de la Catedral de San Patricio, en la ciudad de Nueva York. Allí le fueron administrados los Sacramentos del Bautismo, la Confirmación y la Eucaristía. Su madrina fue Joan Andrews, líder del Movimiento Pro-Vida. Un testigo de la escena relata: “Justo encima del Cardenal O'Connor había una Cruz. Miré hacia la Cruz y me di cuenta de nuevo que lo que el Evangelio enseña es la Verdad: la victoria está en Cristo”. Terminada la ceremonia, Nathanson dijo públicamente las siguientes palabras: “No puedo decir lo agradecido que estoy ni la deuda tan impagable que tengo por todos aquellos que han rezado por mí durante todos los años en los que me proclamaba públicamente ateo. Han rezado tozuda y amorosamente por mí. Estoy totalmente convencido de que sus oraciones han sido escuchadas. Lograron lágrimas para mis ojos”.

Nathanson tuvo la honestidad y la valentía de rendirse a la evidencia aportada por la auténtica ciencia. El niño no nacido es un ser humano, y el aborto provocado es un crimen, un grave mal moral. Esa toma de conciencia le llevó a renunciar a la utilización de la tecnología para matar a seres humanos, en lugar de cumplir el juramento hipocrático que había recitado al graduarse, respetando sus vidas, aliviando sus sufrimientos y, en la medida de lo posible, curando sus enfermedades. Esa y no otra es la función del médico. La función de matar está reservada para los verdugos y los matarifes. La verdadera ciencia y sus aplicaciones (la tecnología) no están, ni deben estar, divorciadas de la Moral y de la Fe. Dice Pierre Lecomte du Nouy (biofísico, matemático y filósofo de la ciencia francés (1833-1947), Jefe de Departamento del Instituto Pasteur de París, inventor de un tensiómetro para medir la tensión superficial de los líquidos (el cual lleva su nombre), y de un micro-viscosímetro: “Que aquellos que, sinceros y honestos, no admiten la necesidad de una fuerza organizadora trascendente, se limiten a decir: no sé. Pero que se abstengan de influir en los demás. Aquellos que, sin prueba alguna se esfuerzan sistemáticamente en destruir la idea de Dios, obran de un modo vil y anticientífico”.

¿Qué afirma la ciencia sobre la embriogénesis humana en el momento actual? En una apretada síntesis, podemos decir lo siguiente: “El desarrollo humano es un complejo proceso continuo que comienza con la fecundación, fenómeno mediante el cual un óvulo y un espermatozoide se unen para crear una individualidad llamada cigoto, que contiene toda la información genética capaz de desarrollar un nuevo ser particular, único e irrepetible. Todas las capacidades humanas radican ya en el cigoto, el que posee toda la información capaz de dirigir su ulterior crecimiento y diferenciación y, en consecuencia, el cigoto es biológica y antropológicamente un ser humano, una persona, un sujeto de derechos. Los procesos mediante los que se desarrolla el embrión, a partir del cigoto, involucran una serie de interacciones celulares que siguen una secuencia témporo-espacial claramente definida”.

Pienso que no está fuera de lugar el recordar, en este mundo actual que manipula con frecuencia el significado de las palabras, que el fenómeno del aborto, globalmente considerado, se encuadra con exactitud en la definición de genocidio.

Nada de lo que la ciencia enseña acerca de la embriogénesis humana contradice a la Fe y a la Moral Objetiva. Ciencia, Fe y Moral Objetiva no se oponen. Son caminos convergentes y complementarios que llevan a la Verdad, al Bien y a la Belleza.

Jorge Armando Dragone

## AREA ADMINISTRATIVA

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

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

## AREA INFORMATICA

Ing. Francisco Fernández

## AREA MANTENIMIENTO

Ramiro Flores  
César Arias

# Nuevos anticoagulantes orales y riesgo de Hemorragia Digestiva (1ra. Parte)

La Anticoagulación es un tratamiento común en numerosas afecciones médicas como el embolismo pulmonar, trombosis venosa profunda, enfermedades cardiacas (como la fibrilación auricular) y en la prevención de otros cuadros tromboembólicos. Se logra a través del uso de múltiples esquemas terapéuticos y fármacos ya ampliamente conocidos que intervienen en el proceso de coagulación propiamente dicho o evitando la agregación plaquetaria (warfarina, acenocumarol, heparina, aspirina, dipiridamol, clopidogrel). Son conocidas las complicaciones que pueden darse debido al uso de éstos, fundamentalmente el riesgo de sangrado, principalmente en aquellos pacientes anticoagulados que son o serán sometidos a procedimientos invasivos. La suspensión y reinicio del tratamiento anticoagulante depende fundamentalmente de dos factores a tener en cuenta: el tipo de procedimiento al que serán sometidos y el riesgo de trombosis al suspender la anticoagulación. El reinicio de la anticoagulación posoperatoria puede aumentar la incidencia de sangrado importante en aproximadamente un 3% (estudio realizado en pacientes de área quirúrgica, principalmente en neurocirugía). En procedimientos mínimamente invasivos como la cirugía oftalmológica, los procedimientos dentales y algunos procedimientos dermatológicos pueden realizarse sin suspender la anticoagulación.

Debido a la amplia variación en el manejo de la anticoagulación en relación con procedimientos endoscópicos, la Sociedad Americana de Gastroenterología y Endoscopia ya en el año 2002 publicó una guía para el manejo de la anticoagulación y terapia antiplaquetaria en procedimientos endoscópicos. En los procedimientos de bajo riesgo de sangrado tales como la endoscopia alta con biopsia, colonoscopia con biopsia o la CPRE con colocación de stent (sin esfinterotomía) no es necesaria ajustar la anticoagulación. Procedimientos que acarrear riesgo de sangrado como la polipectomía, esfinterotomía endoscópica, terapia con láser, mucosectomía y terapia de várices esofágicas, la terapia de anticoagulación debería ser ajustada dependiendo del riesgo de

tromboembolismo y de la patología de base del paciente (riesgo-beneficio).

La seguridad es una meta en cualquier procedimiento endoscópico, sostener o revertir la anticoagulación ayuda a disminuir el riesgo de sangrado. Sin embargo no hay datos certeros que nos permitan predecir el riesgo de sangrado de los procedimientos. Sabemos si que los de bajo riesgo pueden realizarse de manera segura sin suspender el tratamiento anticoagulante. Para los de alto riesgo se debe plantear una estrategia terapéutica entre la anticoagulación oral y las heparinas. La antiagregación plaquetaria debe suspenderse ante un evento hemorrágico y ante procedimientos de alto riesgo. La dificultad pasa por decidir qué hacer ante el hallazgo incidental de patologías que requieran terapéutica endoscópica (no conocidas antes del procedimiento) para lo cual no hay guías al respecto, considerando necesario evaluar la posibilidad de un segundo procedimiento si la seguridad del paciente se ve comprometida (por ejemplo capacidad del operador/asistente entrenado/ elementos para cohibir hemorragias vía endoscópica/soporte vital/centro ambulatorio o no etc).

La investigación para encontrar una alternativa a los muy utilizados AVK (antagonistas de la vitamina K) se ha concentrado en el desarrollo de un anticoagulante oral con amplio margen terapéutico y escasa variabilidad intraindividual e interindividual que pueda administrarse con una dosis fija sin necesidad de monitorizar sistemáticamente la coagulación y con pocas interacciones. El anticoagulante ideal, además, tendría que ser más seguro y eficaz que los AVK.

Así ya están aprobados y en uso los nuevos anticoagulantes orales (NACO): los inhibidores directos de la trombina y del factor X activado que pueden administrarse a dosis fijas y no precisan sistemáticamente monitorización ni ajuste de dosis para asegurar su eficacia y su seguridad. Son muy utilizados en profilaxis de la tromboembolia venosa en cirugía ortopédica, tratamiento de la tromboembolia venosa o en la prevención del ictus en pacientes con fibrilación auricular. Se estima que

más de diez millones de personas en Europa y América del Norte requieren terapia anticoagulante y puede cambiar a NACO en un futuro próximo. Estos nuevos fármacos representan un nuevo paradigma para la anticoagulación con muchas

ventajas a largo plazo para el paciente, pero es necesario considerar las interacciones farmacológicas y el estado de la función renal para así poder evitar la posibilidad de complicaciones.

### NUEVOS ANTICOAGULANTES Generalidades

Comparación clínica y farmacológica de la warfarina y los NACOs		
	Warfarina	NACO
Forma de Administración	Oral	Oral
Interacciones con otros fármacos o alimentos	Muchos	Pocos
Rango Terapéutico	Estrecho	Amplio
Sitio de eliminación	Hepático	Renal y Hepático
Mecanismo de Acción	Reduce la síntesis de factores II, VI, IX y X	Inhibe directamente el factor Xa o la Trombina
Vida Media	36 horas	9 – 17 hs
Monitorización	Sí, TP RIN	TP KPTT Anti Xa
Antídoto	Sí, Vit K, FFP, PCC	No

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

Actualmente existen tres inhibidores directos del factor X activado (rivaroxabán, apixabán y edoxabán) y un inhibidor directo de la trombina (dabigatrán) con indicaciones aprobadas en profilaxis y tratamiento antitrombótico en

diferentes situaciones. Aunque su unión a la zona catalítica de la trombina o del factor Xa es reversible, actualmente no existen antídotos. Su inicio de acción es rápido, tanto como el de las heparinas subcutáneas.

Característica	Dabigatrán	Rivaroxabán	Apixabán	Edoxabán
Diana	Trombina	Factor Xa	Factor Xa	Factor Xa
Peso molecular (Da)	628	436	460	548
Unión a proteínas (%)	3	> 90	87	54
Biodisponibilidad (%)	6	80	50	50
T <sub>máx</sub> (h)	2	3	3	1-2
Semivida (h)	12-17	9-12	8-15	9-11
Excreción renal	80	33% fármaco inactivo	25	35
Dializable	Sí	No	No	No
Metabolismo CYP	No	30% CYP3A4, CYP2J2	15% CYP3A4	< 4% CYP3A4
Transporte de GP-P	Sí	Sí	Sí	Sí

CYP: citocromo P450; GP-P: glucoproteína P; T<sub>máx</sub>: tiempo hasta la concentración máxima

El impacto de NACO sobre la hemorragia gastrointestinal es todavía desconocido, pero los datos de recientes revisiones disponibles (en más de 150000 pacientes tratados) muestran un aumento del riesgo (a pesar de como podrán observar en correspondencias adjuntas al presenta trabajo hay

controversias en cuanto a errores de diseño/metodológicos). La incidencia de hemorragia digestiva alta en la población general es relativamente baja (1/1000/año). El uso de diferentes NACO, parecen mostrar un aumento de 2 a 3 veces en el riesgo de hemorragia digestiva alta, sin

embargo numerosos trabajos demuestran que el riesgo es menor si se compara a los sangrados provocados por el tratamiento dual en algunos casos de síndromes coronarios. Independientemente de la evidencia actual con todos sus interrogantes, la realidad es que el aumento de su utilización hace que el gastroenterólogo interactúe junto a los especialistas que las prescriben (cardiólogos, neurólogos, traumatólogos, hematólogos, entre otros) en la selección de pacientes que requieren anticoagulación crónica. Dado que hay diversos anticoagulantes disponibles, es preciso entender bien la farmacología, la farmacocinética, la farmacodinámica y su papel terapéutico. Es poco probable que un único fármaco reemplace a los AVK en todas las indicaciones y, como habrá diversas opciones, será necesario un proceso de selección específico ajustado para cada paciente.

• RIVAROXABÁN

El rivaroxabán es un inhibidor potente y selectivo del factor Xa. Se une al centro activo del factor Xa y lo inhibe de manera reversible y competitiva. Inhibe el factor Xa libre y el Xa unido en el complejo protrombinasa. Se absorbe vía oral y su biodisponibilidad es superior al 80%. La comida no interfiere en su absorción. El pico plasmático se consigue a las 3 hs y la vida media es de 5-9 h en adultos jóvenes y 11-13 hs en ancianos. Un tercio se excreta vía renal sin metabolizar, y el resto de forma inactiva vía renal y en heces en partes iguales. Como otros inhibidores directos del factor Xa, el rivaroxabán prolonga el tiempo de protrombina y

reduce el tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPA). El mejor test para monitorizar su concentración en plasma es la dosificación de unidades de inhibición del factor Xa (anti-Xa). Carece de antídoto, pero hay datos preclínicos de que la administración de concentrado de factores del complejo protrombínico puede ser de utilidad para corregir las alteraciones biológicas en la hemostasia. No obstante, esto puede no reflejar su eficacia en el sangrado producido por el rivaroxabán.

• APIXABÁN

El apixabán es un inhibidor selectivo y reversible del centro activo del factor Xa. Al igual que el rivaroxabán, inhibe el factor Xa libre y el que está unido en el complejo protrombinasa. El fármaco se absorbe vía oral y su biodisponibilidad es superior al 50%. El pico plasmático se consigue a las 3 hs y su vida media oscila entre 8 y 15 hs. Aproximadamente el 25% se excreta vía renal, mientras el resto aparece en las heces. La alteración de las pruebas de hemostasia es similar a la que produce el rivaroxabán. Carece de antídoto y es posible que la administración de concentrado de factores del complejo protrombínico sea de utilidad.

• DABIGATRÁN ETEXILATO

El dabigatrán etexilato se transforma por las esterasas en dabigatrán, que es su metabolito activo. Es un inhibidor directo de la trombina. La biodisponibilidad vía oral es baja, del 6%. El pico

NUEVOS ANTICOAGULANTES  
Generalidades

**Mayor Eficacia y menores efectos adversos de los Nuevos ACO comparados con Warfarina**

	Dabigatran	Rivaroxaban	Apixaban
Embolias sistémicas y cerebrales	↓	↓ ■■	↓
Hemorragia	■	■	↓
Hemorragia GI	↑	↑	↑
Hemorragia Intraocular	↓	↓	↓
ACV Isquémico	↓	■	■
Todas las causas de mortalidad	↓	↓	↓

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

plasmático se consigue en 2 hs y la vida media es de 8 hs tras una dosis única y de 12-17 hs tras múltiples dosis. El 80% se elimina vía renal sin metabolizar. El dabigatrán prolonga el TTPA y tiene un efecto mínimo en el tiempo de protrombina. Prolonga el tiempo de trombina de una manera dependiente de la dosis. Aunque esta es una prueba habitual en los laboratorios de hemostasia y es muy sensible a fármacos inhibidores de la trombina, no es útil para monitorizar su efecto por ser demasiado sensible. Existe una variación del tiempo de trombina, el tiempo de trombina diluido con plasma, que tiene una excelente correlación con la concentración plasmática del dabigatrán. El dabigatrán también prolonga el tiempo de ecarina de manera dependiente de la dosis. El tiempo de ecarina (ecarinclotting time) y el tiempo de trombina diluido con plasma (TTD) son las pruebas más recomendables para evaluar las concentraciones de dabigatrán.

#### PAPEL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

El desarrollo clínico de los nuevos anticoagulantes se ha centrado en la prevención y el tratamiento de la tromboembolia venosa, la prevención del ictus y la embolia de origen cardiaco en pacientes con FA no valvular y en prevención secundaria después de un síndrome coronario agudo. Sin ser el objetivo del presente trabajo en resumen, para la profilaxis de la tromboembolia venosa tras cirugía ortopédica, están aprobados el rivaroxabán, el apixabán y el dabigatrán (porque en diversos ensayos clínicos se ha demostrado eficacia y seguridad similares a las de la enoxaparina, y en algunos aspectos son superiores). El edoxabán está disponible en Japón. El rivaroxabán está aprobado como tratamiento inicial de la trombosis venosa profunda, de la embolia pulmonar y también en la prevención de recurrencias a largo plazo. El dabigatrán ha mostrado eficacia y seguridad similares a las de la warfarina en el tratamiento de la tromboembolia venosa.

#### CONSIDERACIONES GENERALES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Con la aparición de los nuevos anticoagulantes, todavía no hay una experiencia amplia sobre su utilización "real" y efectos indeseables, sobre todo a largo plazo. Su seguridad y su eficacia fuera del contexto de los ensayos clínicos aún no son conocidas. Un problema general de este tipo de fármacos que no precisan control (ventaja) puede ser

una menor adherencia de los pacientes al tratamiento (desventaja).

Aunque los NACO representarán un avance en el tratamiento anticoagulante, se plantean cuestiones que no están completamente clarificadas. Por ejemplo, el manejo antes y después de la cirugía, procedimientos invasivos, anestesia neuroaxial, hemorragia, necesidad de cirugía urgente o reversión urgente sin disponibilidad de antidotos. Con los AVK, disponer de la determinación del RIN para conocer el grado de efecto anticoagulante y qué estrategia de reversión es más adecuada a la situación clínica facilita el manejo clínico.

No disponer actualmente y en general de un modo de medir el efecto de los nuevos anticoagulantes y el desconocimiento de los intervalos terapéuticos medidos según tests biológicos dificultan su manejo en caso de interacciones medicamentosas o función renal alterada.

#### DETERMINACIÓN DEL EFECTO DE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES

A pesar de que no es necesaria la monitorización sistemática, en ciertas circunstancias puede ser recomendable. Por ejemplo, para evaluar el cumplimiento, en situación de complicación tromboembólica o hemorrágica, antes de procedimientos invasivos o cirugía o en caso de anestesia neuroaxial. También puede ser recomendable conocer las concentraciones para ver si es posible realizar una trombólisis en caso de ictus o infarto.

Los NACO afectan a los tests generales de manera dependiente de la dosis. El tiempo de trombina y de ecarina es sensible a la concentración de dabigatrán. La prueba que muestra una buena correlación con la concentración de dabigatrán es una modificación del tiempo de trombina diluida con plasma normal. El TTPA es sensible, pero no de manera lineal, a las concentraciones altas de dabigatrán. El tiempo de protrombina es poco sensible. El rivaroxabán y el apixabán prolongan el tiempo de protrombina y en menor grado, el TTPA. La prueba más sensible candidata a utilizarse en su monitorización es la determinación de las concentraciones de anti-Xa, más específica por ser su mecanismo de acción. La máxima alteración de las pruebas de laboratorio ocurre al tiempo que el pico de concentración plasmática y declina con el tiempo. No se ha determinado ni el intervalo terapéutico ni el momento idóneo para su determinación. Las pruebas de laboratorio pueden ser útiles, sobre

todo si son normales, para determinar la ausencia de efecto del fármaco. Por el momento no son adecuadas para ajustar la dosis del fármaco ni para cuantificar el efecto anticoagulante. Esto supone un cambio de la visión de las pruebas de laboratorio en el manejo de los anticoagulantes respecto a la situación con los anticoagulantes clásicos.

### INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS

Los AVK tienen gran número de interacciones farmacológicas, dietéticas, con preparados de herboristería, suplementos alimentarios o cambios de dieta. Esto facilita su potenciación con el aumento del riesgo hemorrágico o la disminución de efecto, con el consiguiente riesgo tromboembólico. No obstante, las interacciones se detectan con la monitorización del INR, y la dosis de AVK se puede ajustar.

Con los nuevos anticoagulantes, la situación es diferente. Estos fármacos son también susceptibles de interacciones farmacocinéticas, pero no hay demasiada información sobre este campo y los parámetros de laboratorio no pueden guiar la dosificación en caso de que se presenten interacciones.

El dabigatrán, el rivaroxabán y el apixabán son sustratos de la glucoproteína P (GP-P), que es un transportador que funciona como una bomba de flujo que dificulta la absorción de determinadas sustancias. Los inhibidores de la GP-P aumentan la absorción, por lo que causan incremento en las concentraciones plasmáticas, y los inductores de la GP-P las disminuyen. Por ejemplo, los inhibidores de la GP-P (como la amiodarona, el ketoconazol, la quinidina y el verapamilo) incrementan la exposición del dabigatrán, y los inductores como la rifampicina la disminuyen.

En la se muestran algunas de las interacciones reconocidas con los nuevos anticoagulantes. Un ejemplo del poco conocimiento que se tiene en este campo es la diversidad de recomendaciones de las agencias reguladoras sobre las interacciones. Por ejemplo, el ketoconazol incrementa la exposición a dabigatrán un 140-150%. La *Food and Drug Administration* (FDA) de Estados Unidos no recomienda un ajuste de dosis, mientras que Canadá y la *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCCDA) contraindican esa combinación. La EMCCDA incluye más inhibidores de la GP-P, como la ciclosporina, el itraconazol o el tacrolimus.

### USO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

Este es un tema relevante ya que los pacientes con insuficiencia renal anticoagulados muestran un aumento del riesgo de hemorragia. Los nuevos anticoagulantes tienen un grado variable de eliminación renal. El 80% del dabigatrán se elimina por vía renal, el 36% del rivaroxabán y el 25% del apixabán. Los ensayos clínicos en fase III habitualmente excluyen a los pacientes con aclaramiento de creatinina (ClCr) <30ml/min. El dabigatrán no está indicado en estos pacientes. El rivaroxabán no está recomendado en pacientes con ClCr <45ml/min. A pesar de las tasas de eliminación renal relativamente bajas del rivaroxabán y del apixabán, la posología utilizada en los ensayos de FA se redujo en los pacientes con insuficiencia renal. En el ensayo ROCKET-AF, se excluyó a los pacientes con ClCr <30ml/min y la dosis de rivaroxabán se redujo para el 21% de los pacientes con ClCr 30-49ml/min. En los ensayos AVERROES y ARISTOTLE, se excluyó a los pacientes con ClCr <25 ml/min y la dosis se redujo de 5 a 2,5mg/12h para los pacientes que presentaban dos de los siguientes criterios: edad >80 años, peso <60kg o creatinina de más de 1,5mg/dl. No se ha comunicado subanálisis de los pacientes que recibieron la dosis inferior, pero la eficacia y la seguridad del apixabán concordaron en los subgrupos según la edad o la función renal.

En el estudio RE-LY no se incluyó a pacientes con insuficiencia renal grave (ClCr <30ml/min), pero sí con insuficiencia renal moderada o leve. Si bien las tasas de sangrado mayor aumentaban de manera general en los pacientes con deterioro de la función renal, al comparar las dos dosis de dabigatrán entre sí o con warfarina, no se apreciaban diferencias entre los grupos, con la excepción de que en los pacientes con ClCr <50ml/min, el menor riesgo hemorrágico de la dosis de dabigatrán 110mg/12 h respecto a warfarina observado en el análisis general no se observaba en este subgrupo de pacientes. La FDA aprobó la dosis de 150mg/12 hs para todos los pacientes con ClCr >30ml/min y una dosis de 75mg/12 hs para los pacientes con ClCr 15-30ml/min basándose en modelos farmacocinéticos, aunque esta dosis no se ha evaluado clínicamente. Las demás agencias reguladoras contraindican el dabigatrán si ClCr <30ml/min.

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

## FOTO NOTICIAS



La Comisión de Proyectos Comunitarios del Colegio de Médicos de Salta de reciente creación, tiene por objetivo desarrollar tareas destinadas a la prevención y promoción de la salud de nuestra comunidad, tanto en capital como en el interior de nuestra provincia. En la foto se puede apreciar una de sus actividades realizadas en una Escuela Pública. La Coordinación de dicha Comisión se encuentra a cargo de los Dres: Juan Carlos Alberto Larrahona, Mónica Beatriz Gelsi y Liliana Alicia Carrasco, quienes además cuentan con la colaboración de un Equipo Multidisciplinario que contribuye a concretar sus finalidades.



Los Dres. Esteban Poma Druetta y Mónica Gelsi participaron de los 36° World Medical and Health Games – Limerick (Irlanda) y del Simposio Internacional de Medicina del Deporte, llevados a cabo del 18 al 25 de Julio de 2015. Participaron más de 1500 profesionales de la salud de más de 40 países.

El Dr. Poma Druetta obtuvo dos Medallas de Plata en Tennis Single y en Tennis Doble Masculino junto a Thomas Plockinger Schatzl (Austria) y una Medalla de Bronce en Tennis Doble Mixto junto a Berit, Sabieraj (Alemania).

La Dra. Gelsi consiguió tres Medallas de Plata en Natación (50 mts Espalda y 400 mts Libres) y Atletismo (Lanzamiento de Disco) y dos Medallas de Bronce en Natación (100 mts pecho y 100 mts libres).

## Reunión de CONFEMECO en Salta

El día 22 de Mayo de 2015 se llevó a cabo en nuestra sede la reunión mensual del Consejo Federal de Entidades Médicas Colegiadas (CONFEMECO). Dicha reunión contó con la participación de Representantes de todos los Colegios y Consejos Médicos de la República Argentina y se trataron entre otros temas los siguientes: Insalubridad del Trabajo Médico. Violencia Laboral Anestesiología: Problemática Nacional. Tiempo de Ejercicio para Acreditar la Especialidad.



## ACTO HOMENAJE

# Entrega de medallas a profesionales en sus Bodas de Plata y 40 años con la Matrícula Profesional

El día 20/08/15 se llevó a cabo en el salón auditorio de la sede del Colegio de Médicos de la Provincia de Salta, el Acto Homenaje de entrega de medallas a profesionales en sus “Bodas de Plata y 40 años con la Matrícula Profesional”, con la participación del Sr. Ministro de Salud Pública, Dr. Oscar Villa Nougues, del Sr. Secretario de Servicios de Salud, Dr. Ricardo Carpio Domini, del Sr. Director de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública, Dr. Luis Alberto Magno, del Vice Presidente de la Caja de Jubilaciones y Pensiones para Médicos de la Provincia de Salta, Dr. Marcelo Gutiérrez, del Vocal Titular del Círculo Médico de Salta, Dr. Daniel Delgado y de las Autoridades de Mesa Directiva del Colegio de Médicos de la Provincia de Salta, Dres. Juan José Loutayf (Presidente), Raúl Cáceres (Vice Presidente), Octavio Guanca (Secretario), Irma Adriana Falco (Tesorera) y Antonio Salgado (Vocal Titular).

Se homenajearon a más de 130 profesionales médicos que fueron reconocidos con un certificado y medalla por haber cumplido 25 o 40 años con la matrícula profesional.

El espacio cultural del evento estuvo a cargo del “Estudio Coral Arsis”.





## 1º EXPO SALUD DEL NOA

# El Colegio de Médicos participó de la Primera Expo Salud del NOA

Del 24 al 26 de Agosto, el Círculo Médico de Salta organizó la Primera Expo Salud del NOA, con el objetivo de consolidar la loable labor médica, intercomunicando a las distintas áreas de la salud y estableciendo un espacio para mostrar las actividades de las diferentes instituciones que concurrieron. También se dictaron charlas para docentes y público en general con entrega de certificados.

El Colegio de Médicos de la Provincia de Salta participó con un stand para exponer las actividades que se desarrollan dentro del Programa de Educación Médica Continua que se organiza conjuntamente con el Círculo Médico de Salta, brindando Cursos de Capacitación de forma gratuita a toda la comunidad médica y profesionales de la salud.



## Camino a una nueva edición de la “Distinción al Humanismo en el Ejercicio de la Profesión Médica” Año 2015

Discurso pronunciado en ocasión de la “Distinción al Humanismo en el Ejercicio de la Profesión Médica” en el año 2014 por la Dra. Carolina Saravia Figueroa, miembro de la Comisión Consultiva de Jóvenes Médicos del Colegio de Médicos de la Provincia de Salta.

Estimados Colegas, Señoras y Señores:

Para mí es un honor que me hayan encomendado la tarea de hablar en un acto donde se reconoce principalmente, el Humanismo en el Ejercicio de la Medicina.

Sólo basta con retrotraernos a nuestros 17 años, cuando decidimos estudiar medicina, para entender la profunda vocación de servicio que nacía en nuestro interior.

Sin dudas, la elección inicial de estudiar medicina, está basada en la intención de ayudar al prójimo.

Durante nuestros estudios, en cada libro, en cada palabra de nuestros profesores, volcamos todos nuestros sentidos en aprender el “arte de curar”.

De a poco, nuestra lectura se va limitando a la medicina. Mas adelante, en momentos de recreación, la mayoría de nuestros temas de conversación son sólo: Medicina.

Sin saberlo, y como una fuerza descomunal, el ser médico se instala en todos los momentos de nuestra vida. Cuantas veces, en vacaciones, en el cine o haciendo algún deporte, surge la típica pregunta: “Vos que sos médico....” Y marcha la consulta.

Me pregunto si un médico puede dejar de serlo algún día. No lo creo.

Entregar un premio al ejercicio humanitario de la medicina, es reconocer al médico que menos se alejó del objetivo inicial cuando decidió estudiar medicina.

Es un premio a la vocación de servicio sobre todas

las cosas y a la conservación de sus ideales sociales intactos.

Porque como bien dijo el Dr. René Favalaro: “No hay que olvidarse nunca del Humanismo Médico. La medicina sin Humanismo Médico NO merece ser ejercida”.

Dra. Carolina Saravia Figueroa  
Comisión Consultiva de Jóvenes Médicos



## “El médico al cuidado de la vida”

(Comentarios del Comité de Bioética del Colegio de Médicos de la Provincia Salta al Protocolo de Interrupción Legal del Embarazo)

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, dependiente del Ministerio de Salud Pública de la Nación, ha publicado en abril de este año una 2ª edición, revisada y actualizada, del denominado “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”. En este instrumento se sostiene: *“El Presente Protocolo es de aplicación obligatoria en todo el territorio argentino y debe ser puesto en práctica por todas las instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas”*.-

En relación al Protocolo, el Comité de Bioética del Colegio de Médicos de la Provincia de Salta realiza las siguientes consideraciones:

1) Este Comité reitera el criterio expuesto, en abril de 2012, respecto al fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, recaído en el marco de los autos F.A.L. (13/03/2012), respecto a que el aborto no es un acto de cuidado de la salud ni está al servicio de la vida humana, sino todo lo contrario.-

No es aceptable reconocer el aborto como una praxis médica, disponible al arbitrio de la voluntad de un solicitante.-

2) El Protocolo habla de interrupción del embarazo, término que es utilizado de manera errónea generando confusión. En efecto, interrumpir es cortar la continuidad de algo, con la posibilidad luego de reanudarla, lo que no ocurre en el caso del embarazo, ya que el aborto impide toda continuidad posible del ser concebido.-

El aborto pone fin a la vida del embrión que se está gestando, el cual es una persona humana, única e irrepetible, con su sexo determinado, su color de piel, de ojos, de cabello, su altura, etc. y todo esto desde el preciso momento de la fusión de los gametos femenino y masculino aportados por sus padres, y lo será así hasta el fin de sus días.-

3) El Protocolo invoca como uno de sus fundamentos el fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, recaído en los autos F.A.L. (13/03/2012); más allá de los serios cuestionamientos oportunamente realizados al citado fallo, debe resaltarse que en el mismo se dejó claramente sentado que se exhortaba: *“...a las autoridades nacionales, provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con competencia en la materia, a implementar y hacer operativos, mediante normas del más alto nivel, en los términos aquí sentados, protocolos hospitalarios para la concreta atención de los abortos no punibles y para la asistencia integral de toda víctima de violencia sexual”* (el destacado nos pertenece).-

En el caso del Protocolo que nos ocupa, no existe constancia de que el mismo haya sido aprobado por instrumento legal alguno emanado de autoridad con competencia en la materia. En atención a ello, el Protocolo carece de fuerza normativa, y consecuentemente resulta seriamente cuestionable y objetable su pretendida obligatoriedad.-

Por otra parte, y sin perjuicio de su falta de fuerza obligatoria conforme se expuso en el párrafo anterior, su pretendida aplicación compulsiva en el ámbito provincial vulnera seriamente las autonomías provinciales, por cuanto el poder de policía en materia sanitaria es competencia no delegada a las autoridades nacionales.-

Es así que, desde el punto de vista legal, la pretendida obligatoriedad del Protocolo en todo el territorio argentino carece de asidero y respaldo normativo.-

4) El profesional médico no es un autómatas; nunca puede renunciar o ser impedido de ejercer su criterio médico y su deber de explicar en qué consisten los procedimientos a seguir, las alternativas posibles y sus consecuencias, a fin de obtener debidamente el consentimiento informado del paciente.-

5) Se sostiene en el Protocolo que: *“Los profesionales objetores aunque hayan notificado previamente su voluntad, están obligados a cumplir con el deber de informar a la mujer sobre su derecho a acceder a una ILE si constatan alguna de las causales que lo justifican. En ese caso el profesional debe remitirla inmediatamente a un profesional no objetor para que continúe la atención. De no existir alguien encuadrado en esa categoría, debe realizar la interrupción; es decir que no puede invocar su objeción para eludir el deber de participar de un procedimiento de ILE”*.-

En relación a este punto debe quedar claro que no existe instrumento alguno que pueda impedir el ejercicio de la objeción de conciencia por parte de los profesionales de la salud. Dicho derecho tiene respaldo constitucional, al derivar de la libertad de culto prevista en el artículo 14 de la Constitución Nacional, y de la libertad de conciencia consagrada por el artículo 12 de la Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica).-

En este sentido, recientemente el Tribunal en lo

contencioso-administrativo de Uruguay, frente al reclamo de un grupo de médicos que cuestionaban un Decreto Reglamentario referido a la objeción de conciencia en casos de aborto (autos: “Alonso, Justo y otros c/ Poder Ejecutivo. Suspensión de Ejecución”), sostuvo que la objeción de conciencia deriva de los derechos fundamentales del individuo, ya sea se lo relacione con el derecho a la libertad de conciencia, o con el derecho a la dignidad humana (ver [www.observatoriointernacional.com](http://www.observatoriointernacional.com)).-

6) Este Comité adhiere a la declaración de la Academia Nacional de Medicina del 30 de julio de este año, que respecto a las recomendaciones del Protocolo concluye: *“...que están en contra de los principios más fundamentales de la práctica médica y de la defensa de la vida”* ([www.acamedbai.org.ar](http://www.acamedbai.org.ar)).-

Comité de Bioética  
Colegio de Médicos de la Provincia de Salta



## Colegio de Médicos de la Provincia de Salta

(Decreto Ley N° 327/63)

Marcelo T. de Alvear N° 1310 – C. P. (4400) Salta - Tel./Fax: (0387) 4213355 – 4714703 – 4384348  
Web: [www.colmedsa.com.ar](http://www.colmedsa.com.ar) - E-mail: [info@colmedsa.com.ar](mailto:info@colmedsa.com.ar)

Horario de Atención: Lunes a Viernes de 07:00 a 15:00 hs.

## NOMINA DE AUTORIDADES

### PERIODO 2014- 2016

#### CONSEJO DE DISTRITOS

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

#### MESA DIRECTIVA

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

#### TRIBUNAL DE ETICA Y EJERCICIO PROFESIONAL

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

#### TRIBUNAL DE APELACIONES

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

#### REVISORES DE CUENTAS

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

TRIBUNALES / COMITES / COMISIONES

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

# NUEVOS MATRICULADOS

## BIENVENIDOS!!!

M. P. N°	APELLIDO Y NOMBRE
5739	Dra. Parada, Cecilia Anahí
5740	Dra. Cambas, Carolyn
5741	Dr. Díaz Jaime, Vladimir
5742	Dr. Valente, Emanuel Alberto
5743	Dra. Ricarte, Nahir Nadia Irene
5744	Dra. Leonar, Lorena Marta
5745	Dra. Terrés Campo, Paula Agustina
5746	Dra. Encina Sánchez, Andrea Natalia
5747	Dra. Lobo, Verónica Cecilia
5748	Dra. Akemeier, Florencia Elena María
5749	Dra. Soler, Jimena Luciana
5750	Dr. Torres Santa Cruz, Gustavo Mariano
5751	Dra. Castello, Mariana Berenice
5752	Dr. Gigena, César Gabriel
5753	Dr. Camaño, Francisco Ernesto
5754	Dr. Avendaño, Gerardo Esteban
5755	Dra. Martínez, Cynthia Romina
5756	Dr. Kees, Miguel Alejandro
5757	Dra. Sagues, Ximena
5758	Dr. Aráoz, Santiago
5759	Dra. Geréz, Eliana Maribel
5760	Dra. Sorrentino Rombola, María Cristina
5761	Dra. Jorge, Melisa Fernanda
5762	Dra. Jorge, Silvia Melisa
5763	Dr. Díaz Guzmán, Rodrigo
5764	Dra. Zurita, Marina Nahir de Lourdes
5765	Dra. Gavaise, María Patricia
5766	Dr. Lázaro, Facundo Alfredo
5767	Dr. Corti, César Armando Jesús
5768	Dra. Scicoli, Carina
5769	Dr. Gutiérrez, Guillermo Federico
5770	Dra. Albornoz, Paula Daniela
5771	Dra. Colque, Melisa Magdalena
5772	Dra. Gutiérrez, Nilda Elizabeth
5773	Dr. Farfán, Gabriel Alejandro
5774	Dr. Gea Zamora, Kajiante's Serafin Osmani
5775	Dra. Arias, Patricia Liliana
5776	Dra. Mamaní, Estela Liliana
5777	Dr. Altamirano, Rubén Marti
5778	Dr. Mendiolaza, José Eduardo
5779	Dr. Cruz, Iván Jonatan
5780	Dra. Ramos, Mirian Elizabeth
5781	Dra. Narese, Giselle Fabiana

5782	Dra. Villegas Pasquier, Gabriela Fátima
5783	Dr. Ferreyra, Sergio Alberto
5784	Dr. Tejerina, Mario Héctor Daniel
5785	Dr. Soria Bauque, Pablo Martín Ramón
5786	Dr. Videla, Juan Pablo
5787	Dra. Michalczuk, Melisa
5788	Dra. Apaza, Nora Adela
5789	Dr. Salim, Nicolás
5790	Dra. Tejerina, Silvana Daniela
5791	Dr. Bazán, Fernando Gabriel
5792	Dra. Lambrópulos Lambrisca, Mariana Florencia
5793	Dr. Gamen, Luis Guillermo
5794	Dra. Tolay, Noelia Alejandra
5795	Dra. Delgado, Daiana Estefanía
5796	Dra. Orellana, Analía Jimena
5797	Dra. Costilla, Claudia Patricia
5798	Dra. Lorenzo, Erika Rocío
5799	Dra. Elías, Macarena
5800	Dra. Cabello, Patricia Anahí
5801	Dra. Maizares, Noemí Marcela
5802	Dra. Gómez Cabello, Iris Giselle
5803	Dra. Gallo, Daniela
5804	Dra. Fili, María Alejandra
5805	Dr. Tejerina, Ricardo Fabio
5806	Dra. Flores Modugno, Ana Carolina
5807	Dr. Gómez Borus, Eduardo Arturo
5808	Dra. Yoma, Yésica Rosa
5809	Dr. Bellavite Terceros, Franco Pablo
5810	Dra. Salim, Salma
5811	Dr. Avalos, Pablo Nahuel
5812	Dr. Gigena, Adrián Horacio
5813	Dra. Reynaga, Carmen Rosa
5814	Dra. Miller, Hilda Roxana
5815	Dra. Aranda, Hilda Gabriela
5816	Dra. Sotelo, Catrian Malen
5817	Dr. Salazar, Javier Enrique
5818	Dr. Ortíz, Víctor Hugo
5819	Dra. Guerra, Gloria Silvia Daniela
5820	Dra. Minetti, Verónica Beatríz
5821	Dra. Lanzillotte, Agostina María
5822	Dra. Choque, Mirta Soledad
5823	Dra. Ramírez Parra, Nohemí
5824	Dr. Coutada, Lautaro
5825	Dra. Cervantes, Verónica Carolina
5826	Dra. Barroso, María Victoria
5827	Dra. Quiróz Cabirol, Rocío Mercedes
5828	Dr. Luna, Ramón Alejandro
5829	Dra. Yarade, Emilia Rocío
5830	Dra. Rebak De la Fuente, Paula Constanza
5831	Dra. Gallardo, Analía Susana del Huerto
5832	Dra. Fregenal, María Mercedes

## GUÍA DE TRÁMITES

**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: \$1350,00.-

**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:** \$190,00.-

**DUPLICADO DE CREDENCIAL:** Denuncia Policial. (1) Foto Carnet 3 cm. x 3 cm. Arancel: \$190.-

**HABILITACIÓN DE LOCAL PROFESIONAL:** Presentar Declaración Jurada. El formulario puede ser retirado de nuestra sede o desde [www.colmedsa.com.ar](http://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](http://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 \$1400,00. - 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: 120 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 DN.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.

## Médicos Jubilados que obtuvieron la Matrícula Especial (J)

M. P. N°	APELLIDO Y NOMBRE
(J) 462	Dr. Zalazar, Roberto Antonio
(J) 955	Dra. Juiz de Trogliero, Celia
(J) 599	Dr. Stella, Ricardo Miguel
(J) 725	Dra. García Martín, Alicia
(J) 1761	Dra. Fumarola, Amalia Graciela
(J) 995	Dr. López, Emilio

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

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

**COLMEDSA**

INICIO

INSTITUCIONAL

CURSOS

GUÍA DE TRÁMITES

CONSULTA DEUDA

REVISTA VÍNCULOS

PREMIO ANUAL

DISTINCIÓN

BIBLIOTECA MEDICA

TEMAS CIENTÍFICOS

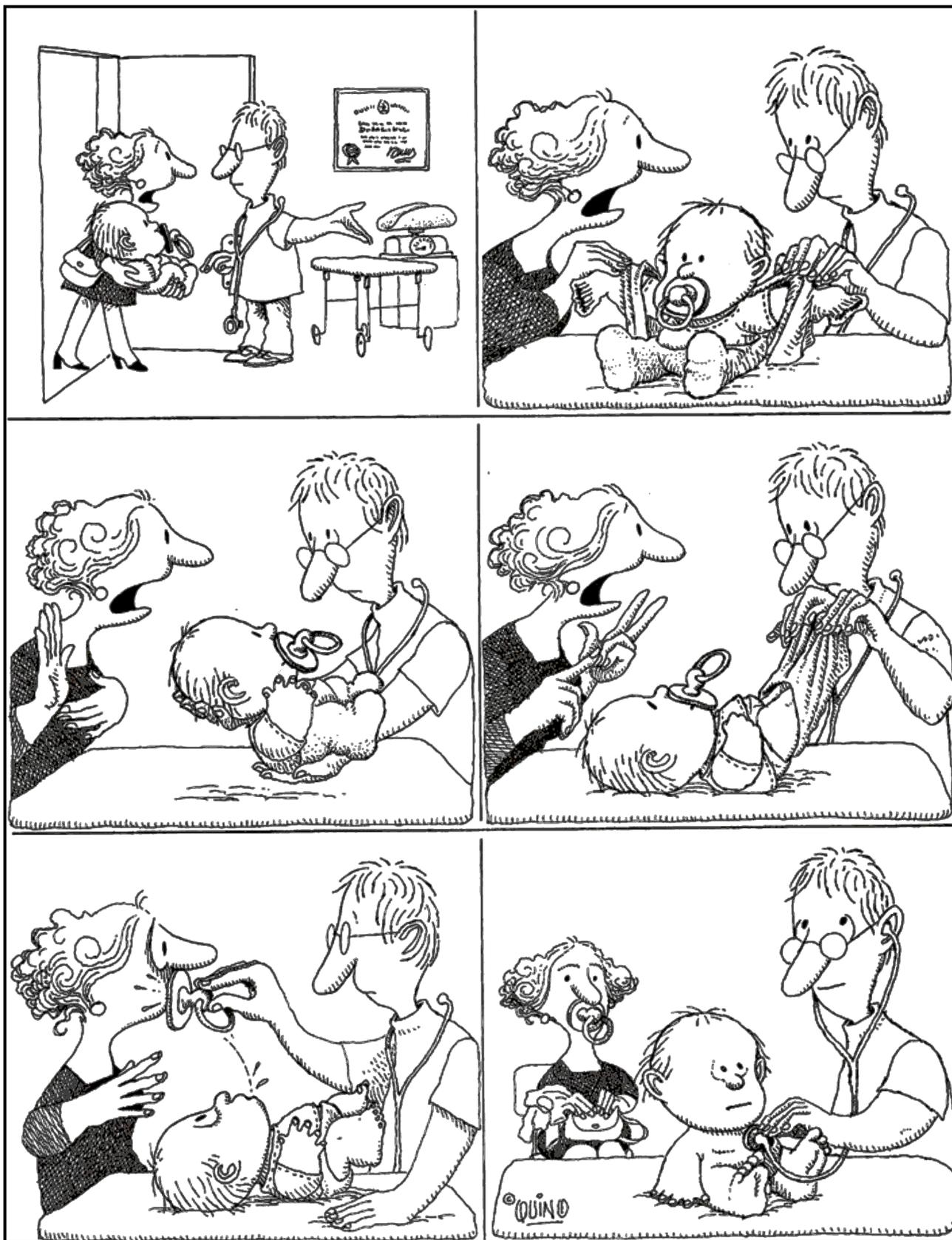
Consulte su estado de cuenta corriente y/o imprima sus boletas de pago desde

**[www.colmedsa.com.ar](http://www.colmedsa.com.ar)**



Solicite su clave de acceso a [fredy@colmedsa.com.ar](mailto:fredy@colmedsa.com.ar)

# HUMOR MÉDICO





## **DISTINCIÓN AL HUMANISMO EN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN MÉDICA 2015**

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

### **DISTINCIÓN:**

Consistirá en **DIPLOMA** y **MEDALLA DE ORO**

### **PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS:**

Hasta el **30/09/2015**

### **ENTREGA DE DISTINCIÓN:**

Acto Académico **Noviembre 2015**

### **BASES Y REQUISITOS en:**

[www.colmedsa.com.ar](http://www.colmedsa.com.ar)

### **COORDINACIÓN A CARGO:**

**MESA DIRECTIVA**

### **COLABORACIÓN:**

**COMITÉ DE BIOÉTICA**



## FOTOS DE TAPA

