



VINCULOS

La revista del Colegio de Médicos de Salta

AÑO 10 - N° 25 - ABRIL 2016



Biografías: Dr. Danton Julio Cermesoni | Evolución a corto y largo plazo en pacientes con Insuficiencia Cardíaca con FE preservada | Infección por el virus Zika: Consideraciones en Mujeres Embarazadas | Informe del Comité Nacional de Infectología acerca del cambio o swich de la Vacuna Polio, en el marco de la erradicación de la Poliomieltis en su fase final | Resolución N° 034/2016 | Programa de Educación Médica Continua 2016 | Guía de Trámites | Nuevos Matriculados | Matrícula Especial (J) | Tribunales / Comités / Comisiones | Hora de Trabajo Médico / Hora de Guardia Médica / Honorario Mínimo Ético Profesional



16 DE ABRIL “DIA DEL MEDICO SALTEÑO”

ESTIMADOS COLEGAS, TODOS LOS DIAS DEBERIAMOS FESTEJAR EL DIA DEL MEDICO SALTEÑO O DE CUALQUIER LUGAR DEL MUNDO, POR SU DIARIO COMPROMISO Y ENTREGA CON EL PACIENTE QUE LO NECESITA.

EL RESALTAR EL DIA 16 ES SIMPLEMENTE RECORDANDO EL NATALICIO DE UNO DE LOS GRANDES MEDICOS SALTEÑOS QUE HIZO DE LA MEDICINA UNA SINCERA VOCACION DE AYUDA AL SUFRIENTE CON UNA HONESTIDAD PROPIA DE LOS GRANDES Y MUY NECESARIA DE RECORDAR EN ESTOS TIEMPOS DE TANTA ZOZOBRA EN LO ETICO Y MORAL.

MESA DIRECTIVA



DR. ARTURO OÑATIVIA



Colegio de Médicos de la Provincia de Salta

Marcelo T. de Alvear N° 1310

C.P. (4400) Salta

Tel.: (0387) 4212527 / 4213355

Fax: (0387) 4714703

Email: info@colmedsa.com.ar

Web: www.colmedsa.com.ar

 Colegio de Médicos de Salta

VINCULOS

La revista del Colegio de Médicos de Salta

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

Dirección:

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

Coordinación General:

Comisión Consultiva Jóvenes Médicos

Dr. Walter Leonardo Failá

Dr. Juan Carlos Giménez

Dra. Carolina Saravia Figueroa

Dr. Matías Andrés Orquera

Dra. Cecilia E. Guaymás Tornero

Dra. María Jimena Pérez Frías

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 10 - NUM. 25 - ABRIL 2016

Biografías: Dr. Danton Julio Cermesoni
Pág. 4

Resultados finales del Registro RICFEP: Evolución a corto y largo plazo en pacientes con Insuficiencia Cardíaca con FE preservada, en el Servicio de Cardiología del Hospital San Bernardo, Salta
Pág. 5

Infección por el virus Zika: Consideraciones en Mujeres Embarazadas
Pág. 11

Informe del Comité Nacional de Infectología acerca del cambio o swich de la Vacuna Polio, en el marco de la erradicación de la Poliomiélitis en su fase final
Pág. 16

Resolución N° 034/2016
Pág. 18

Programa de Educación Médica Continua 2016
Pág. 19

Curso de Medicina Ambulatoria
Pág. 20

Curso Bianual de Emergentología
Pág. 21

Guía de Trámites
Pág. 23

Nuevos Matriculados
Pág. 24

Médicos Jubilados que obtuvieron la Matrícula Especial (J)
Pág. 25

Tribunales / Comités / Comisiones
Pág. 26

Hora de Trabajo Médico / Hora de Guardia Médica / Honorario Mínimo Ético Profesional
Pág. 27

Distrito N° 3: Su realidad médica

El Distrito N° 3 del Colegio de Médicos de la Provincia de Salta, comprende territorialmente los Departamentos Gral. San Martín y Rivadavia (Al norte del Bermejo), es decir, en el extremo norte de la Provincia, limítrofe con Bolivia y Paraguay.

El Dpto. Gral. San Martín, presenta una superficie de 16.257 km² (4ª más grande de la pcia.) y posee una población de 156.910 habitantes. Por otro lado, el Dpto. Rivadavia, tiene una superficie de 25.951 km² (el departamento de mayor superficie de la pcia.) y una población de 30.357 habitantes.

Actualmente, se encuentran registrados en este Distrito, ciento ochenta y nueve (189) profesionales médicos, entre Generalistas, Médicos de Familia y Especialistas.

Contamos con Asistencia Médica Pública, a través del Ministerio de Salud Pública de la Provincia con sus distintos programas y centros asistenciales privados (Clínicas, Sanatorios, Centros Médicos y Consultorios Privados).

En la Ciudad de Tartagal, cabecera del Dpto. Gral. San Martín, el Hospital Juan Domingo Perón, es el Hospital de referencia y recibe no solo pacientes de su área, sino también del sur de Bolivia y del Chaco Salteño. Cuenta con 185 camas de internación y 93 profesionales. Además, de 2 clínicas privadas, Clínica San Antonio, con más de 50 años de trayectoria, siendo una de las más importantes del interior de la provincia y Clínica Divina Misericordia, fundada en 1993, luego de la privatización de Y.P.F; como así también, un Centro Médico de Diagnóstico por Imágenes y varios consultorios.

En la Localidad de Profesor Salvador Mazza, El Hospital, cuenta con 9 profesionales médicos, 2 bioquímicos, 2 odontólogos, 1 nutricionista, 30 camas de internación y además, 10 puestos sanitarios, en distintos parajes y comunidades aborígenes (la Pista, Arenales, Caraparí, Sector V, San Cayetano, Isabel Aguilar, El Sauzal, El Chorro, Ferro I y Ferro II).

En Aguaray, el Hospital Dr. Luis Güemes, cuenta con 32 camas y 7 profesionales médicos con puestos sanitarios en Yacuy, Fátima, Piquirenda, Algarrobal, Campo Duran, Tobantirenda, Capiazuty, Acambuco, el Chorrito, Campo Largo y Macueta.

El Hospital de Gral. E. Mosconi, cuenta con 24 camas de internación, las especialidades de Clínica Médica, Pediatría y Gineco-Obstetricia, 8 profesionales médicos, 2 Bioquímicos, 3 Odontólogos y 1 Nutricionista, cubre los puestos sanitarios de Coronel Cornejo y Gral. Ballivián.

El Hospital Santa Victoria, cuenta con 8 salas de internación y 27 camas, 3 profesionales médicos, y cubre los puestos sanitarios en la Puntana, Santa María, San Luis y Misión La Paz.

El Hospital de Alto la Sierra, cuenta con 2 profesionales médicos y 1 Bioquímico.

El Hospital Coronel Juan Solá, cuenta con 5 profesionales médicos, 21 camas de internación, 1 Centro de Salud "Los Blancos" y 7 puestos sanitarios (Pluma el Pato, Km 2, El Colgao, La entrada, Misión San Patricio, Fortín Belgrano y Capitán Pagés).

El Hospital de Embarcación, cuenta con un nuevo edificio recientemente inaugurado, se encuentra en una etapa de reorganización, con 30 camas de internación y 21 profesionales médicos, un centro de salud en Fortín Dragones y puestos sanitarios en distintas comunidades y misiones aborígenes de la zona; como así también con un establecimiento privado. Clínica Mayo, con 10 profesionales médicos, y además consultorios privados.

De todo lo expuesto, surge que la Salud Pública se encuentra presente en el ámbito de toda la población de ambos Departamentos, en cambio, la actividad privada se reduce solo en aquellos centros urbanos con mayor densidad poblacional.

Debido a la gran extensión territorial, a la diversa geografía, a la gran cantidad de comunidades y

parajes comunicados por caminos vecinales, que en épocas estivales o con las inclemencias climáticas hacen difícil el acceso a los centros de salud; allí surge la gran importancia y el papel preponderante que cumplen los Agentes Sanitarios, este programa fue creado por el Ministerio de Salud Pública en el año 1983 y lleva 33 años de una tarea exitosa.

Actualmente, la deuda pendiente en el ámbito de la Salud, es la falta de profesionales que quieran radicarse en la zona, principalmente, especialistas, ya que, algunas como Anestesia, Neurología, Neurocirugía, Endocrinología, ORL, Alergia, Dermatología, Urología, no se cuenta con

profesionales y los mismos deben viajar en forma periódica desde Salta capital hacia el interior.

Cabe la esperanza que una gran cantidad de jóvenes residentes de la zona, que se encuentran cursando la carrera de Medicina en las Universidades de Córdoba, Tucumán y la Rioja, que una vez graduados puedan regresar a sus lugares de orígenes, como así también la expectativa de la pronta implementación y el cursado de la carrera de Medicina en la Universidad Nacional de Salta.

Dr. Manuel Pailler
M.P N° 1131
Representante de Distrito N° 3



Dr. Danton Julio Cermesoni

Nació en la ciudad de Salta, el 1° de Mayo de 1912, fueron sus padres Don Julio Cermesoni y Doña Rita Vanucci. Cursó sus estudios primarios en la Escuela Padilla.

En el Colegio Nacional de Salta cursó los estudios secundarios y al finalizar los mismos se trasladó a Córdoba a estudiar medicina. Se graduó como Médico en la Universidad Nacional de Córdoba, el 6 de setiembre de 1939. Regresó a su Provincia natal, poniendo su capacidad profesional a disposición de la comunidad.

El Dr. Cermesoni, recién graduado, fue comisionado a prestar servicios recorriendo en un furgón sanitario todo el Valle de Lerma, General Güemes y donde hiciese falta apoyo sanitario. Además de asistir a los enfermos, se trabaja con vacunaciones (recordemos que en esa época la viruela, el tifus, el paludismo, la tuberculosis y la enfermedad de Chagas Mazza, abundaban además de otras patologías).

En 1940 en una localidad de Iruya ocurrió una gran epidemia de peste bubónica que cobró la vida de muchos pobladores y en la que trabajando el Dr. Cermesoni se contagió. De esto narraba: "...como murió gente ... cuando nosotros llegamos además de atender a los enfermos debíamos inhumar a los fallecidos y quemar ranchos repletos de ratas".

En El Carril como en muchas poblaciones solo existía una posta sanitaria con un guardia sanitario. Ahí realizó una colecta pública y con eso construyó el primer hospital en El Carril, del que fue su primer Director.

Desde la fundación de la Compañía Nobleza de Tabacos, en la Estación Zuviria fue su primer médico laboral y allí cumplió esas funciones durante cuarenta años hasta su jubilación.

Su carrera política la compartió con su función de médico rural que nunca abandonó. Su primer cargo político fue el de Ministro de Salud Pública y Asistencia Social durante el gobierno del Dr. Lucio



Cornejo al que accede el 21 de mayo de 1948 y continúa durante el Gobierno del Dr. Emilio Espelta hasta el 17 de noviembre de 1949. Durante el Gobierno del Dr. Ricardo Durán ocupa el cargo de Ministro de Salud Pública y Asistencia Social desde el 12 de octubre de 1963 hasta junio de 1966.

Durante su tercer mandato como Ministro y a solicitud del Círculo Médico de Salta se crea el Colegio Médico de Salta, el 4 de julio de 1963, entidad que le otorgó la matrícula N° 1 al Dr. Cermesoni.

Ocupó también otros cargos importantes como el de Intendente del Municipio de El Carril, Diputado por Chicoana y finalmente, Senador por La Caldera. Es digno recordar que la dieta que le correspondía percibir como Senador se destinaba a entidades de bien público.

Falleció en la ciudad de Salta, el 14 de Febrero de 1998.

Fuente: Cartilla "La Medicina en Salta" - Tomo I
Círculo Médico de Salta

Resultados finales del REGISTRO RICFEP: Evolución a corto y largo plazo de pacientes con Insuficiencia Cardíaca con FE preservada, en el Servicio de Cardiología del Hospital San Bernardo, Salta

RESUMEN

En el período de Julio de 2012 a Octubre de 2015, se enrolaron 103 pacientes internados en el Servicio de Cardiología del Hospital San Bernardo de Salta, por Insuficiencia Cardíaca con Fracción de Eyección Preservada. Se incluyeron enfermos con Fracción de Eyección (FE) 50% (Eco "D" - Método de Simpson) y dosaje de PROBNP 220 pg/ml. El diagnóstico clínico se fundamentó según criterios de Framingham. La edad promedio fue de 69 ± 14 años. Los hombres prevalecieron en el rango etario entre 50 y 70 años, mientras que las mujeres entre 70 y 90 años. La Hipertensión Arterial (HTA) fue el factor de riesgo cardiovascular aislado más frecuente (72%), seguido de Dislipemia (29%), el HDL bajo fue la variable más prevalente. Dos factores de riesgo combinados (HTA + Dislipemia) se dieron en el 43% de los pacientes, tres factores de riesgo combinados (HTA + Dislipemia + Tabaquismo) en el 11% y cuatro factores de riesgo combinados (HTA + Dislipemia + Tabaquismo + Diabetes) en el 2%. La Hipertensión Pulmonar fue la Comorbilidad de mayor incidencia (56%), seguido de Obesidad (50%), Insuficiencia Renal Crónica (46%) y Fibrilación Auricular (FA) (45%). En las llamadas "Otras Comorbilidades", la Enfermedad de Chagas se presentó en el 28% de los casos. Dos marcadores aumentaron la sensibilidad diagnóstica: a) marcadores clínicos: HTA y FA; b) marcadores en exámenes complementarios (Rx de tórax, ECG y Eco "D"): alteraciones en la aurícula izquierda, masa de ventrículo izquierdo, función diastólica y presiones pulmonares. El 97% de los enfermos respondieron al tratamiento médico en la primera internación, con una mortalidad del 3%. En el seguimiento a 3 años y 3 meses, los reingresos hospitalarios correspondieron al 11%, con una mortalidad del 4%, lo que generó una mortalidad total del 7%.

INTRODUCCION

Es importante el reconocimiento ICFE NORMAL como PROBLEMA DE SALUD PUBLICA.

La mayoría de los estudios denominaban a la ICFE normal como IC DIASTOLICA, término que implica que la disfunción diastólica es el PRINCIPAL MECANISMO FISIOPATOLOGICO responsable de las alteraciones hemodinámicas y los síntomas de estos paciente.

Existe una POBLACION de enfermos que identifica a esta entidad, con características demográficas y ENFERMEDADES COMORBIDAS.

El VALOR UMBRAL para diferenciar una FEY Normal de otra reducida, es ARBITRARIO, aunque parece haber cada vez mas consensos, sobre el uso de una FE IGUAL O MAYOR AL 50 %, para definir la ICFE NORMAL

OBJETIVOS

- Analizar las características demográficas y clínicas de los pacientes internados en el Hospital San Bernardo.
- Evaluar Factores de Riesgo Cardiovasculares y comorbilidades
- Establecer marcadores diagnósticos. Analizar aspectos evolutivos y terapéuticos.

MATERIAL Y METODO

POBLACION

En el periodo comprendido entre julio de 2012 y octubre de 2015, se incluyeron prospectivamente los pacientes admitidos por insuficiencia cardiaca con

fracción de eyección preservada en el Servicio de Cardiología del Hospital San Bernardo. El diagnóstico clínico se estableció de acuerdo a los Criterios de Framingham, con 2 criterios mayores o 1 criterio mayor y 2 menores. El diagnóstico por Ecocardiograma Doppler, tomándose un valor umbral de Fracción de Eyección 50% y un dosaje de Pro BNP 220 pg/ml.

La respuesta al tratamiento farmacológico, fue definida arbitrariamente por un descenso de peso mayor a 2 kilogramos o desaparición de los síntomas y signos en reposo, dentro de las 72 hs del ingreso.

PROTOCOLO DE ESTUDIO

El protocolo fue presentado al programa de Recursos Humanos del Hospital San Bernardo y los pacientes fueron informados, pero no se requirió la firma de consentimiento informado.

Se registraron datos, de la historia clínica y antecedentes de insuficiencia cardiaca, tratamiento y clase funcional (30 días previos). Se evaluaron características clínicas y del manejo durante la internación. Se consigno información de: Ecocardiograma, Electrocardiograma, Radiografía de Tórax, laboratorios obtenidos al ingreso, y de otros estudios realizados durante la hospitalización. La complejidad de esta evaluación fue considerada alta, si se requirió Monitoreo Hemodinámico, Asistencia Respiratoria o Ventricular, Estudios de Medicina Nuclear o cinecoronariografía.

El alta hospitalaria fue arbitrariamente clasificada, antes de la externación, como óptima si el paciente no presentaba síntomas en reposo o durante la movilización.

PLAN DE SEGUIMIENTO Y PUNTOS FINALES

El seguimiento fue realizado por los investigadores, mediante entrevista personal en el consultorio externo, datos de la historia clínica o eventual contacto telefónico sin control centralizado.

Los puntos finales fueron mortalidad total por cualquier causa, durante la internación, muerte por cualquier causa en el seguimiento, y el punto final combinado fue muerte o readmisión por insuficiencia cardiaca.

RESULTADOS

Caracterización de la Población

Fueron incluidos en el estudio 103 pacientes, con una edad media de 69 años, la enferma más anciana tenía 93 años, y el más joven 34 años. Con respecto a la prevalencia por rango de edad, el 67% de la muestra, se encontraba entre los 60 y 90 años

La prevalencia por rango de edad y sexo, reveló dos grupos bien definidos (Figura 1):

- Entre 50 y 70 años: Mayor prevalencia en hombres
- Entre 70 y 90 años: Mayor prevalencia en mujeres

La prevalencia por sexo fue de 62% para el sexo femenino y 38% para el masculino. (Figura 3)

La Hipertensión arterial, fue el factor de riesgo cardiovascular, más frecuente: 72%, seguido de dislipemia (29%), siendo el HDL BAJO, la variable más prevalente (43%), tabaquismo (17%) y diabetes mellitus (16%). (Figura 2)

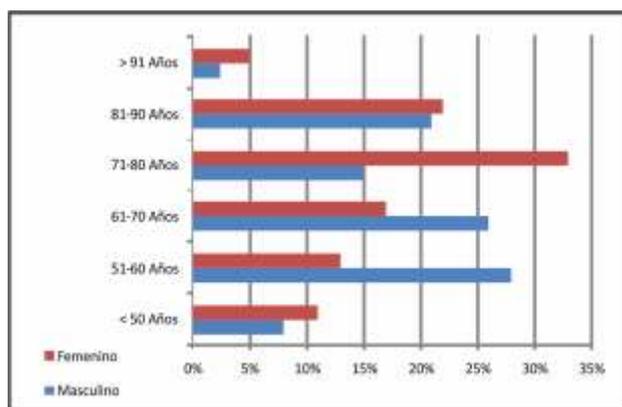


Figura 1. Prevalencia por Rango de Edad y Sexo

El análisis de factores de riesgo combinados en un mismo paciente, el 29% tenía Dos Factores Combinados (HTA+Dislipemia: 43%, lo más prevalente) y el 11% Tres Factores Combinados (HTA+Dislipemia+Tabaquismo: 45%) y el 2% Cuatro Factores Combinados (HTA+Dislipemia+Tabaquismo+Diabetes).

De las comorbilidades asociadas, la hipertensión pulmonar se presentó en el 56%, seguida de obesidad en el 52%, IRC 46%, Fibrilación auricular 45%, Hipotiroidismo 16% y EPOC 8%. (Figura 3)

En las Denominadas “Otras Comorbilidades”, la enfermedad de Chagas fue la más frecuente, 28%. (Figura 7)

Exámenes Complementarios de Diagnostico

La telerradiografía de tórax evidencio en un 72%, signos de Hipertensión Venocapilar, derrame pleural en un 25%, Índice cardiotorácico aumentado en un 21%, y tuvo baja sensibilidad para diagnosticar hipertensión pulmonar (14%), cuando se comparo con los resultados del ecocardiograma doppler.

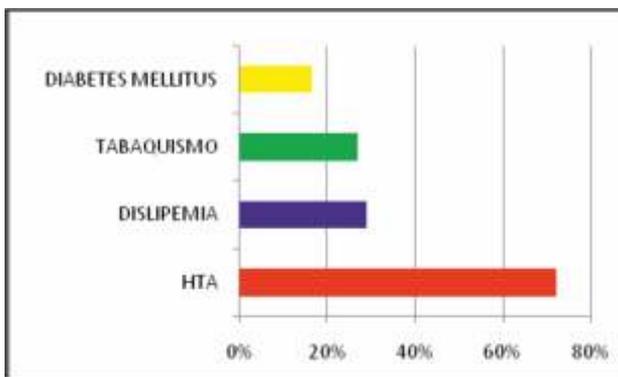


Figura 2. Prevalencia de Factores de Riesgo Cardiovasculares

El electrocardiograma mostro sobrecarga auricular izquierda en el 47% de los casos, fibrilación auricular en el 45% de los casos, signos de HVI y sobrecarga sistólica del VI, en un 41%. Bloqueos fasciculares en un 21% y extrasístoles supraventriculares y ventriculares en un 6%. El 5% de los pacientes eran portadores de marcapasos cardiaco definitivo. (Figura 4)

El ecocardiograma doppler, revelo Índice de Masa Ventricular Aumentado en un 42% de la muestra. Las alteraciones de la aurícula izquierda, en el 89% de los casos fueron diagnosticados por evaluación de AREA y VOLUMEN.

El PATRON DIASTOLICO de relajación de Ventrículo Izquierdo, en los pacientes con ritmo sinusal, estuvo alterado en un 59% de los casos, siendo el más frecuente el PROLONGADO.

La RELACION E/e´ mayor de 12, estuvo presente en el 25% de los estudios y entre 8-12 en el 75%de los enfermos valorados. La sensibilidad del EcoDoppler para diagnostico de HTP fue del 56%.

En los análisis de laboratorio, el Pro BNP más bajo fue

de 233 pg/ml y el mas alto 35.000 pg/ml, con un promedio 3465 pg/ml. El rango mayor de 900 pg/ml, se dio en el 69% de los estudios. Las alteraciones de hipofunción tiroidea se dieron en un 16%, y de hiperfunción tiroidea en un 4% de las alteraciones.

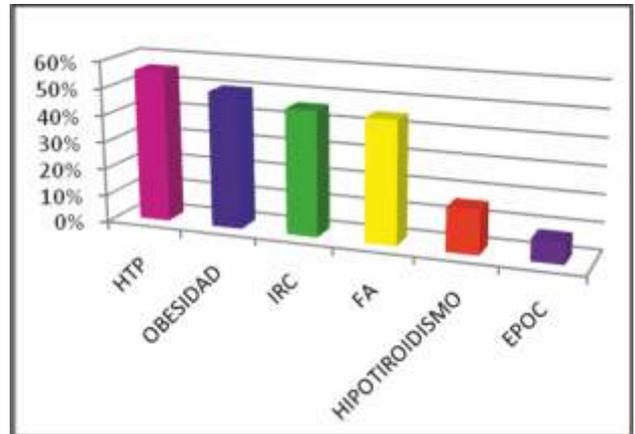


Figura 3. Comorbilidades Asociadas

El clearance de creatinina menor de 60 ml/min, mostro IRC en el 46% de las determinaciones.

En “Otros Métodos Diagnósticos” (cinecoronariografía y medicina nuclear) fueron realizados en un 12% del total de la muestra.

Con respecto al tratamiento previo a la internación, el 60% tenía tratamiento antihipertensivo (IECA, ARA II y Antialdosteronicos), el 40% restante no recibia medicación para HTA.

Internación	Alta Hospitalaria
Enalapril 71%	Enalapril 74%
Furosemida 54%	Carvedilol 47%
Carvedilol 49%	Furosemida 20%
Espironolactona 28%	Bisoprolol 16%
Digoxina 24%	Digoxina 16%
Bisoprolol 16%	Espironolactona 15%

Tabla 1. Drogas más usadas en Insuficiencia Cardíaca

Lo inherente al tratamiento, revela que las 4 drogas más usadas fueron: Enalapril, Furosemida, Carvedilol y Espironolactona en la internación y Enalapril, Carvedilol, Furosemida y Bisoprolol al alta hospitalaria.

Solo hubo necesidad de ARM, en el 2% de los Internados.

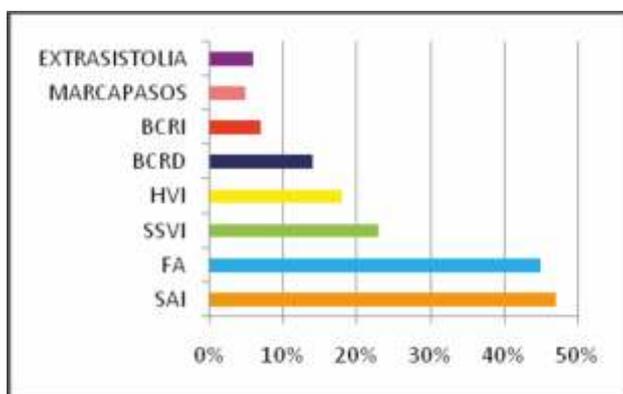


Figura 4. Resultados de ECG

Evolución Intrahospitalaria y a Largo plazo (Figuras 8 y 9)

El 97% de Evolución Óptima Intrahospitalaria
 El 3% de mortalidad (primera internación)
 El 11% de Reinternaciones
 El 4% de Mortalidad en los Reingresos
 Mortalidad Total: 7% (en el seguimiento a 3 años y 3 meses)

DISCUSION

Este trabajo se realizó bajo una base de pacientes reclutados en un hospital público, con sus características propias (condición sociocultural, etnias, pacientes extranjeros, etc.) lo que constituye una población especial, *QUE REFLEJA EL MUNDO REAL DE UN HOSPITAL REGIONAL DE LA PROVINCIA DE SALTA*.

Con respecto, a la prevalencia por rango de edad y sexo, revelo dos grupos bien definidos, el primero entre 50 y 70 años: mayor prevalencia en hombres, el segundo entre 70 y 90 años, mayor prevalencia en mujeres. Estos datos difieren con la casuística mencionada en otros registros, donde siempre la mujer es más prevalente que los hombres.

La hipertensión arterial, factor de riesgo cardiovascular más frecuente en este registro, se asocio a falta de tratamiento previo al ingreso hospitalario, en la mitad de los casos, aproximadamente. El segundo factor de riesgo fue: Dislipemia, siendo el HDL bajo la variable más frecuente, seguido del aumento de triglicéridos, en otras publicaciones se invierten estos resultados.

Los factores de riesgo combinados, en un mismo paciente, mostraron en mayor frecuencia la HTA

asociada a Dislipemia (Dos Factores Combinados) o sumado a tabaquismo (Tres Factores Combinados), sin que la diabetes mellitus como factor de riesgo tenga mayor incidencia que las mencionadas.

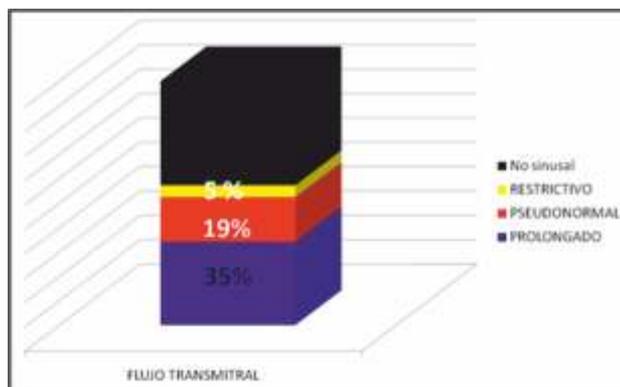


Figura 5. Flujo Transmitral

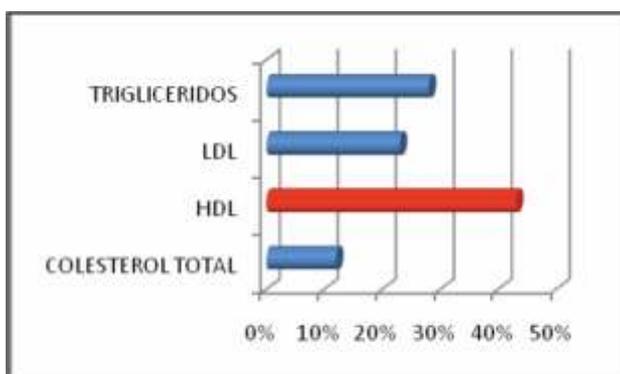


Figura 6. Perfil Lipidico

En el análisis de las comorbilidades asociadas, la hipertensión pulmonar evidencio estar presente en un 56% de los casos, siendo la más frecuente de la muestra.

Este dato es coincidente con la literatura y genera un peor pronóstico en los pacientes que la padecen. También fueron prevalentes, la obesidad, la IRC y la FA, en coincidencia con las series publicadas.

En las denominadas "Otras Comorbilidades", llama la atención, el 28% de enfermedad de Chagas. Esta patología asociada a múltiples comorbilidades puede provocar insuficiencia cardiaca con FE preservada.

En los exámenes complementarios de diagnóstico, la radiografía de tórax fue útil para el diagnóstico de congestión pulmonar, con baja sensibilidad para diagnosticar HTP (14%). En tal caso el ecodoppler, elevó la misma a un 56%.

El ECG y el Ecodoppler se complementan para diagnosticar alteraciones de aurícula izquierda y la masa ventricular izquierda que sumado a las modificaciones de la función diastólica y de los niveles de presión pulmonar, brindadas por el ecocardiograma, constituyen un marcador diagnóstico relevante

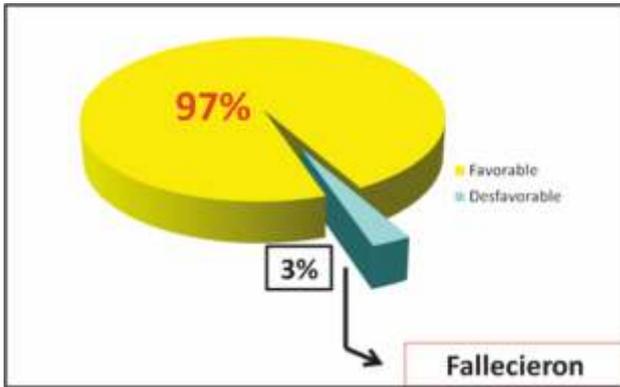


Figura 8. Evolución de Cuadro Clínico: Alta Hospitalaria – Mortalidad

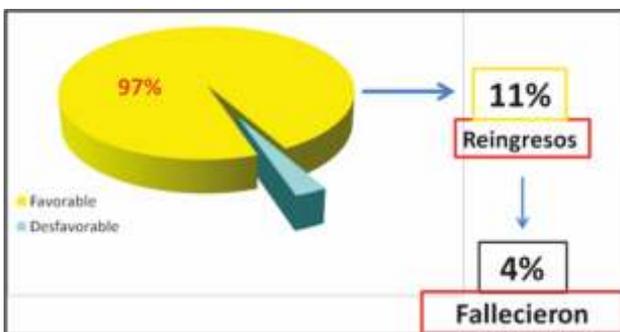


Figura 9. Reingresos Hospitalarios – Mortalidad

El tratamiento de insuficiencia cardiaca, mostro que la droga mas usada fue el Enalapril seguido de diuréticos para abordar la “Congestión” durante la internación. Tanto Furosemda, como espironolactona que trato el hiperaldoesteronismo secundario (edemas), decayeron en su prescripción cuando se dio el alta médica, ocupando el segundo lugar los betabloqueantes.

La evolución intrahospitalaria fue buena, con el 97% de respuesta favorable al tratamiento, con baja mortalidad durante la primera internación (3%), y durante las reinternaciones (mortalidad del 4%).

La mortalidad total del 7%, en un lapso de 3 años y 3 meses, es baja por el tiempo corto de seguimiento. Son las comorbilidades, las que aumentan la

comorbilidad cuando transcurren mas años de evolución.

IMPLICANCIAS CLINICAS

La HTA y la FA, correctamente abordadas, con tratamiento adecuado constituyen dos marcadores clínicos fundamentales para el diagnostico de Insuficiencia cardiaca con función preservada.

La insuficiencia cardiaca de este tipo (FE preservada) puede ser, tratada adecuadamente, en diversos centros de poca complejidad.

CONCLUSIONES

- 1) La prevalencia por edad y sexo, revelo 2 grupos bien definidos:
 - a) Entre 50-70 Años = Mayor prevalencia en hombres
 - b) Entre 70 – 90 Años = Mayor prevalencia en mujeres

2) Con respecto a Factores de Riesgo Cardiovasculares:

- La HTA fue la mas prevalente (72% de la muestra)
- La Dislipemia 29% , siendo el HDL BAJO, la variable mas frecuente (43%) de los niveles lipídicos
- En cuanto a, factores de riesgo combinados, la asociación de dos factores predomino, HTA + Dislipemia (43%), y de tres factores: HTA + Dislipemia + Tabaquismo (45%)

3) En el analisis de comorbilidades, la HTP prepondero' en la muestra (56%) y entre las denominadas “otras comorbilidades”, la enfermedad de Chagas (28%) se observo , con mayor frecuencia, ya que la misma asociada a otros eventos comorbidos puede desencadenar IC con FE preservada

4) Para los parámetros arbitrarios de FEY, existen 2 marcadores para confirmación diagnostica:



5) Evolución de la Enfermedad:

- Intrahospitalaria: La respuesta terapéutica fue óptima en el 97% de los casos.
- Mortalidad del 7% en el seguimiento a 3 años

Dres. Carlos Correa Zalazar, Páez Rodríguez Rosa, Lescano Lumila, Camacho Leonardo, Pereira Juan, Sánchez Hernández Jorge, Herrera Maximiliano, Pérez Solivellas Pablo, Iñiguez Facundo, Núñez Burgos Julio, Lezcano Roberto, Barraza Laura, Muñoz Luis, Arroyo Arturo, Rodríguez Gustavo, Barrientos Natalia, Botelli Dagum Valentina, Barreto Raúl, Merubia Osvaldo, Caprotta Francisco, Secchi Jorge



Premio Anual

Colegio de Médicos de Salta

2016

Al mejor Trabajo que a juicio del Jurado designado, constituya un real aporte a las especialidades clínicas y quirúrgicas reconocidas por el Colegio de Médicos de la Provincia de Salta. El mismo será merecido estímulo para todo profesional que ejerza y esté colegiado por un tiempo ininterrumpido de tres (3) años al momento de su participación y haya desarrollado su actividad profesional en nuestra provincia.

PREMIO:

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

FECHA ENTREGA DE TRABAJOS:

Hasta el 30/07/2016.

ENTREGA PREMIO:

Acto Académico Noviembre 2016.

BASES Y REQUISITOS en:

www.colmedsa.com.ar

COORDINACIÓN A CARGO:

Comisión Consultiva de Jóvenes Médicos.

COLABORACIÓN:

Comité Asesor Científico.



Infeción por el virus Zika : Consideraciones en Mujeres Embarazadas

INTRODUCCIÓN

La infección por el virus Zika, un flavivirus, es transmitida por mosquitos del género Aedes. Aislado por primera vez en monos Rhesus del bosque de Zika (Uganda); la infección en humanos se demostró inicialmente por estudios serológicos en Uganda y Tanzania en 1952 y se logró aislar el virus a partir de muestras humanas en Nigeria en 1968. (1)

El primer caso autóctono en las Américas fue notificado en febrero de 2014 por el Ministerio de Salud de Chile (Isla de Pascua). (2) Desde febrero de 2015 se ha verificado un importante incremento de casos por el Ministerio de Salud de Brasil. (3) En octubre de 2015 ese Ministerio alertó sobre un incremento inusual de casos de microcefalia en el estado de Pernambuco, donde se detectaron en menos de un año 141 casos, cuando anualmente se reportaban apenas 10 casos. (4) Posteriores investigaciones confirmaron la presencia del genoma de virus Zika, a través de la técnica reacción de la cadena de polimerasa a tiempo real (RT-PCR) por su sigla en inglés, en fluido amniótico de dos embarazadas de Paraíba, cuyos fetos presentaban microcefalia de acuerdo a la ultrasonografía prenatal. (5) También en Brasil, en noviembre de 2015, se verificó la presencia del genoma del virus Zika en muestras de tejidos y sangre de un recién nacido fallecido y portador de microcefalia (6), estos hallazgos se han confirmado por inmunohistoquímica por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), tal como comunicó Brasil a principios de enero de 2016. (7) Un estudio reciente realizado por Fiocruz-Paraná confirmó por histoquímica la presencia del virus en placenta. (8) Otros gobiernos estatales informaron que una situación similar, por esta razón el Ministerio de Salud de Brasil declaró una emergencia nacional de salud pública. (9)

Desde 2015 y hasta el 22 de enero de 2016 son 20 los países y territorios que han confirmado circulación autóctona de virus Zika en las Américas: Brasil, Barbados, Bolivia, Chile (Isla de Pascua), Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guayana, Guyana Francesa, Haití, Honduras,

Martinica, México, Panamá, Paraguay, Puerto Rico, San Martín, Surinam y Venezuela. (www.paho.org/viruszika).

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS ZIKA

La prevención de la infección en la mujer gestante es exactamente igual que para la población general y deben enfatizarse dadas las consecuencias de esta infección para las embarazadas. Los profesionales de salud deben promover las siguientes medidas tanto en la comunidad como con las gestantes y sus familias.

- Medidas sobre el ambiente, son de carácter colectivo y se encuentran destinadas a la reducción de la densidad del vector. El control del mosquito es la única medida que puede lograr la interrupción de la transmisión de los virus, tales como dengue, Zika y chikungunya. (6).
- Medidas de protección personal, insistir en medidas que reduzcan al mínimo el contacto del vector con los pacientes infectados con dengue, chikungunya o virus Zika para evitar la diseminación de la infección. Y así mismo recomendar a toda la población, pero en particular a las embarazadas el uso de las siguientes medidas (6):
 - o Cubrir la piel con camisas de manga larga, pantalones y calcetines.
 - o Usar mosquiteros en las camas ya sea impregnados con insecticida o no.
 - o Utilizar mallas/mosquiteros en ventanas y puertas.
 - o Usar repelentes recomendados por las autoridades de salud (DEET o citronella). Estos repelentes al momento son los que cuentan con los mayores niveles de seguridad para su uso durante el embarazo y lactancia. Aplicarlo en áreas expuestas del cuerpo y por encima de la ropa cuando esté indicado. Reaplicarlo cada 3 horas aproximadamente.

o Buscar y destruir posibles focos de criaderos de mosquitos y eliminarlos en el domicilio.

- Aislamiento de los pacientes, en caso de personas infectadas y para evitar la transmisión a otras personas (incluidas las mujeres gestantes) debe evitarse el contacto del paciente infectado por el virus Zika con mosquitos, al menos durante la primera semana de la enfermedad (fase virémica), para lo cual aplican las medidas (6) de protección personal descriptas previamente.

INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA DURANTE EL EMBARAZO

Clínica: no se han descrito diferencias clínicas entre una mujer gestante y otra que no lo está. Tras la picadura del mosquito infectado, los síntomas de enfermedad aparecen generalmente después de un periodo de incubación de tres a doce días. En términos generales no suelen producirse casos mortales. La infección puede cursarse en forma asintomática (70-80% de los casos) o presentarse con la clínica que se indica a continuación (6):

Sintomatología en la infección por virus Zika

Principales síntomas de infección por virus Zika	
Fiebre entre 37,3°C y 38°C	Mialgias y/o artralgias
Exantema maculopapular pruriginoso*	Ascitis y Cefalea
Conjuntivitis no purulenta	Edema en miembros inferiores
Síntomas menos frecuentes	
Dolor retro-oculiano	Vómito, diarrea
Anorexia	Dolor abdominal

* Este es uno de los síntomas más distintivos de la infección por Zika, que deberá ser tenido en cuenta para el diagnóstico y registrado en la historia clínica de la gestante. Los síntomas duran de 4 a 7 días y suelen auto limitarse. (1)

Se ha descrito, en algunos países de la Región en el contexto de circulación del virus Zika, un aumento en la aparición de síndromes neurológicos como el Síndrome de Guillain-Barré (SGB), meningoencefalitis, mielitis, entre otros. (6) Se ha publicado recientemente un estudio de 42 casos de SGB registrados en la Polinesia Francesa durante el brote del 2013 – 2014 con evidencia de infección por virus ZIKA comprobada por laboratorio. En promedio transcurrieron 6 días entre la aparición de la enfermedad febril eruptiva y la aparición de los síntomas neurológicos. No se registraron casos fatales y la recuperación fue mas rápida que la

observada en otros casos de SGB. (24)

Diagnóstico: los pasos diagnósticos son exactamente iguales para las mujeres gestantes como en la población general y son definidos en la actualización epidemiológica de OPS del 16 de octubre de 2015. (13)

- Diagnóstico clínico, es de sospecha y se caracteriza por la aparición de uno o varios de los síntomas descriptos previamente. La sospecha será más fundada cuando exista el antecedente de haber estado en los días previos en un área o territorio donde se encuentra el vector; más fuerte aún si en ese lugar se han certificado casos de infección por el virus, este será un elemento de mayor fuerza para establecer diagnóstico presuntivo de infección por virus Zika.
- Diagnóstico clínico diferencial, se establecerá ante otras infecciones que causen exantema y fiebre, en particular flavivirus como dengue, chikunguya o enfermedad del Nilo oriental entre otras.
- Diagnóstico de confirmación, la confirmación requiere de un laboratorio local o de referencia que pueda hacer las pruebas que se desarrollarán a continuación.

o Diagnóstico virológico, consiste en la identificación del ácido nucleico viral por la prueba de transcripción reversa seguida de reacción de cadena de la polimerasa (RT-PCR). El tipo de muestra a usar puede estar influido por los días que han transcurrido desde la aparición de los síntomas de la infección. El ARN del virus se puede encontrar en suero hasta unos 5 días tras el comienzo de la sintomatología y en orina puede identificarse algunos días más. (13)

o Diagnóstico serológico, detecta anticuerpos anti IgM específicos para virus Zika por técnica de Elisa o por inmunofluorescencia. Esto se puede conseguir a partir de los 5 días de iniciados los síntomas. La interpretación de los ensayos serológicos tiene una relevancia especial para el diagnóstico de virus Zika. En infecciones primarias (primera infección con un flavivirus) se ha demostrado que las reacciones cruzadas con otros virus genéticamente relacionados son mínimas. Sin embargo, se ha demostrado que sueros de individuos con historia previa de infección por otros flavivirus (especialmente dengue, fiebre amarilla -incluyendo

su vacuna- y del Nilo occidental) pueden presentar reacciones cruzadas. (13) Al igual que para el caso del diagnóstico virológico, muestras de líquido amniótico o de tejidos fetales podrían ser de utilidad, aunque esto se reserva para la investigación.

CONDUCTA TERAPÉUTICA EN GESTANTES CON ZIKA

Por tratarse de una infección generalmente asintomática y en los pocos casos sintomáticos ser autolimitada, prácticamente no requerirá tratamiento. Hasta el momento no existe vacuna ni tratamiento específico para la infección por virus Zika por esta razón, el tratamiento se dirige a los síntomas.

- Reposo y aislamiento, para evitar la transmisión a otras personas debe evitarse el contacto de la paciente infectada por el virus Zika con mosquitos del género Aedes, al menos durante la primera semana de la enfermedad (fase virémica). Se recomienda la utilización de mosquiteros que pueden o no estar impregnados con insecticida o permanecer en un lugar protegido con mallas antimosquitos. El personal sanitario que atienda a pacientes infectados por virus Zika debe protegerse de las picaduras utilizando repelentes, así como vistiendo manga y pantalón largos.
- Fiebre, existe evidencia de que la fiebre “per se”, durante el embarazo, se asocia con defectos al nacer (15) y como no existen medicamentos 100% seguros, inicialmente se recomienda disminuir la fiebre de la gestante con medidas físicas (pañuelos húmedos, escasa ropa, baño o ducha con agua apenas tibia). Cuando las medidas físicas no sean efectivas, se deberán usar antitermo-analgésicos. El acetaminofeno o paracetamol es el de primera línea. Dosis recomendada 500 mg v/o cada 6 u 8 horas, se debe advertir sobre no sobrepasar los 4000 mg/día ya que puede asociarse con daño hepático de la gestante (16) Es conveniente también, advertirle a la gestante que muchos medicamentos de venta libre contienen acetaminofeno por lo cual se podría inadvertidamente llegar a esa dosis límite.
- Cefalea, se dispondrá también del acetaminofeno en las dosis indicadas para el tratamiento de la fiebre.

No usar aspirina por riesgo de sangrado ni AINES por sus efectos en caso que la infección

correspondiera a dengue o chikungunya.

- Prurito, aunque no hay investigaciones que apoyen o refuten la seguridad de los productos tópicos, existe experiencia clínica que sugiere que se trata de productos seguros. Aplicación tópica de loción de calamina o crema acuosa a base de mentol. También el tratamiento sistémico con anti-histamínicos tiene un elevado nivel de seguridad, de manera que se pueden recomendar las diferentes formas de Loratadina VO 5 a 10 mg cada 12 horas.
- Hidratación, Se debe aconsejar a las pacientes a ingerir abundantes cantidades de líquidos para reponer la depleción por sudoración, vómitos y otras pérdidas insensibles. (6)

SEGUIMIENTO DE LAS EMBARAZADAS

- Para todas las gestantes, recomendar concurrir regularmente a las consultas prenatales y que se realicen todos los exámenes indicados por el equipo de salud. Hay múltiples agentes capaces de provocar defectos congénitos y en particular microcefalia, por eso se recordará a las gestantes que eviten el consumo de bebidas alcohólicas, drogas y medicamentos (si no es con indicación médica). Asimismo, se debe recomendar evitar el contacto con personas que estén cursando cuadros infecciosos. Debido a que no hay tratamiento específico contra esta infección, lo preventivo sigue siendo lo primordial. En tal sentido se debe seguir promoviendo la captación precoz de las gestantes para realizar las consultas antenatales de acuerdo a las normas nacionales y brindar información sobre las medidas ambientales e individuales para reducir el riesgo de picadura del mosquito transmisor del virus Zika. Especial atención se debe dar a los exámenes rutinarios para sífilis, toxoplasmosis, citomegalovirus y rubeola, que serán relevantes en caso de necesitar confirmación etiológica ante un defecto congénito. Como la infección puede pasar inadvertida en un alto porcentaje de personas, en cada consulta se deberá interrogar sobre la aparición de los síntomas y signos clínicos que fueron descriptos en la tabla.
- Para gestantes con sospecha de infección por Zika, además de efectuar todas las acciones que las pautas nacionales han definido para el control del embarazo según los distintos niveles de riesgo, se deberá:

o Medir altura uterina y volumen de líquido

amniótico, existe poca evidencia sobre el seguimiento de mujeres gestantes con infección por virus zika, pero se estima que al igual que otras infecciones congénitas podría cursar con alteración en más de la altura uterina (vinculada a un aumento de líquido amniótico) o en menos (como resultado de alteraciones del crecimiento o muerte fetal). (20)

o Evaluar vitalidad fetal, mediante auscultación con estetoscopio de Pinnard (20 semanas) o dopplere a edades gestacionales tempranas (14 semanas), se podrá establecer si el feto está vivo. A edades mayores la percepción de movimientos puede ser suficiente (20) (20 semanas). La ultrasonografía obstétrica puede servir a esta finalidad en etapas tempranas del embarazo (5 semanas).

o Evaluación de la anatomía fetal, la ultrasonografía en el último trimestre podría permitir descartar una microcefalia y otras anomalías en los fetos de mujeres que han estado expuestas a virus Zika. La microcefalia solo se confirma después del nacimiento por medición del perímetro cefálico del neonato. (21 - 22) La ultrasonografía obstétrica no permite confirmar la existencia de una microcefalia, pero permite sospechar y su sensibilidad para detectar microcefalia secundaria aumenta luego de las 28 semanas de gestación (último trimestre). La aproximación diagnóstica será más fuerte cuando se encuentren asociados otros defectos del sistema nervioso central, como microcalcificaciones encefálicas, dilatación ventricular, hidrocefalia y/o otros defectos como hepatomegalia, edema placentario, edema fetal, etc. Todos estos son signos ecográficos de infección congénita. (21- 22)

SITUACIONES ESPECIALES

- Muerte del embrión o del feto, siempre debe ser estudiada la causa de una muerte durante la gestación, para evitar la repetición del hecho en un futuro embarazo. En aquellos lugares en que circula el virus Zika es recomendable analizar muestras de tejidos y/o placenta en caso de abortos espontáneos o de muerte fetal para la detección del virus en los mismos.

- Estudio del líquido amniótico por punción (amniocentesis), es una técnica invasiva, con riesgo de pérdida fetal y de complicaciones maternas (infección) que no debería ser usada de rutina en

todas las gestantes. El diagnóstico del virus en el líquido amniótico no cambia la conducta terapéutica. En estos momentos, en algunos escenarios se están efectuando investigaciones científicas que incluyen la realización del estudio del líquido amniótico, bajo consentimiento y con aval de los comités de ética locales.

- Otras formas de transmisión madre hijo, una mujer infectada sobre el término podría pasar la infección a su hijo durante el nacimiento, sin embargo, esto no ha sido probado hasta el momento. Tampoco se ha comprobado transmisión madre-hijo durante la lactancia por lo que no hay recomendaciones por el momento de suspender la lactancia. (23)

- ¿Viajes a zonas con circulación de virus Zika?, hasta el momento la Organización Panamericana de la Salud no ha sugerido restringir viajes a mujeres gestantes, o que podrían estarlo, a las zonas donde se ha detectado aumento en la circulación del virus. Ante esta situación, se recomienda que la mujer discuta el tema junto a su médico y que este le provea la información más actualizada sobre riesgos y en particular las medidas de protección personal para evitar las picaduras del mosquito.

- ¿Posponer el embarazo?, conscientes que la decisión sobre el momento oportuno para asumir una gestación es un derecho individual, y que, además, no se tiene conocimiento de cuánto tiempo podrían durar los brotes de zika, la Organización Panamericana de la Salud insiste en que se debe informar a las mujeres sobre las medidas de protección personal y los eventuales riesgos a los que se exponen.

- Control preconcepcional, la aparición del virus Zika con su transmisión vertical (madre-hijo) reafirma la necesidad de brindar contenidos informativos sobre la forma de prevenir ésta y otras infecciones de transmisión vertical. Los aspectos vinculados a Zika, se han analizado en este documento, pero para otras entidades será encontrada en el documento infecciones perinatales transmitidas por la madre a su hijo.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud - Enero 2016

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica Infección por virus Zika 7 de mayo de 2015. Disponible en: <http://bit.ly/1IMMCOT>
2. Chile. Ministerio de Salud. Instituto de Salud Pública confirma el primer caso en el país de infección por virus Zika (ZIKV). Disponible en: <http://www.ispch.cl/noticia/20750>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Confirmação do ZikaVirus no Brasil, Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponible en: <http://bit.ly/1E9j3Z2>
4. Secretaría de Salud del estado de Pernambuco. Ministério da Saúde investiga aumento de casos de microcefalia em Pernambuco. Disponible en: <http://bit.ly/1nLU11W>
5. Brasil. Ministério de Salud. Microcefalia: Ministério da Saúde divulga boletim epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponible en: <http://bit.ly/1l6lhq>
6. Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica Síndrome neurológico, anomalías congénitas e infección por virus Zika: implicaciones para la salud pública en las Américas, 1º de diciembre de 2015. Disponible en: <http://bit.ly/1UnDkUQ>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Novos casos suspeitos de microcefalia são divulgados pelo Ministério da Saúde, [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1Kc2H6s>
8. ASCOM Fiocruz-Paraná. Pesquisa da Fiocruz Paraná confirma transmissão intra-uterina do zikavírus. [Internet]. Paraná; 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1OUIlMi>
9. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.813, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2015 Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil. Disponible en: <http://bit.ly/1SgfMSO>
10. Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica Incremento de microcefalia en el nordeste de Brasil, 17 de noviembre de 2015. Disponible en: <http://bit.ly/200mW3G>
11. Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica. Infección por virus Zika 16 de octubre de 2015. Disponible en: <http://bit.ly/1QoUJvp>
12. Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica Síndrome neurológico, anomalías congénitas e infección por virus Zika. 17 de enero de 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1K7Fs2M>
13. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia de virus Zika (ZIKV) en las Américas: Recomendaciones provisionales para la detección y diagnóstico por laboratorio. 29 de junio de 2015.. Disponible en: <http://bit.ly/1SHFcdn>
14. World Health Organization, Regional Office of Western Pacific. Zika virus, May 2015. Disponible en: <http://bit.ly/1HppSYM>
15. Miller MW, Church CC Arrhenius thermodynamics and birth defects: chemical teratogen synergy. Untested, testable, and projected relevance. Birth Defects Res C Embryo Today. 2013 Mar;99(1):50-60. doi: 10.1002/bdrc.21025
16. US. Food and Drug Administration. Acetaminophen Overdose and Liver Injury — Background and Options for Reducing Injury. Disponible en: <http://1.usa.gov/1tokboe>
17. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Obstetric Cholestasis. Green-top Guideline No. 43 April 2011. Disponible en: <http://bit.ly/1JA6S19>
18. So M, Bozzo P, Inoue M, Einarson A. Safety of antihistamines during pregnancy and lactation. Canadian Family Physician. 2010;56(5):427-429. Disponible en: <http://1.usa.gov/1RKd2OQ>
19. European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid risk assessment: Microcephaly in Brazil potentially linked to the Zika virus epidemic - 24 November 2015. Stockholm: ECDC, 2015. Disponible en: <http://bit.ly/20pU7KM>
20. Organización Panamericana de la Salud. Fescina RH, De Mucio B, Díaz Rossello JL, Martínez G, Serruya S, Durán P. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 3a ed. Montevideo: CLAP/SMR, 2011 (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1577). Disponible en: <http://bit.ly/1UnCyY6>
21. Bianchi DW, Crombleholme TM, D'Alton ME, Malone FD. Fetology, diagnosis and management of the fetal patient. 2nd ed. New York: Mc Graw Hill, 2010.
22. Leibovitz Z, Daniel-Spiegel E, Malinger G et al. Microcephaly at birth: the accuracy of three references for fetal head circumference: how can we improve prediction? Ultrasound Obstet Gynecol. 2015 Oct 29. doi: 10.1002/uog.15801. [Epub ahead of print]
23. US. Centers for Disease Control and Prevention. Zika Virus Transmission. Jun 1, 2015. Disponible en: <http://1.usa.gov/1OxSOUR>
24. Van-Man Cao-Lormeau et al. Guillain-Barre Syndrome outbreak associated with Zika-virus infection in French Polynesia: a case-control study. Lancet 2016;387:1531-39

Informe del Comité Nacional de Infectología acerca del cambio o switch de la Vacuna Polio, en el marco de la erradicación de la Poliomiélitis en su fase final.

La Poliomiélitis (Polio) es una enfermedad viral, altamente contagiosa, que invade el sistema nervioso y que se transmite por contacto directo de persona a persona principalmente por vía fecal-oral, pudiendo causar parálisis permanente (1 de c/200 infecciones). El único reservorio es el hombre y existen 3 serotipos de poliovirus: tipo 1, tipo 2 y tipo 3.

Tenemos 2 tipos de vacunas antipoliomielíticas:

a) Oral atenuada o Sabin (OPV) que puede ser trivalente (tOPV: 1, 2,3), bivalentes (bOPV: 1,3) y monovalentes (mOPV: 1 o 3).

b) Inyectable inactivada trivalente Salk (IPV)

Debido a las campañas sostenidas de vacunación el poliovirus 2 ha sido erradicado en el mundo, en tal sentido la OMS reunió a un grupo de expertos, responsables de los comités regionales, quienes en su declaración del día 20 de septiembre del año 2015 certificaron esta erradicación. Los últimos casos de enfermedad a poliovirus 3 fueron en el año 2012, poliovirus 1 es el único que permanece en circulación en 2 países del mundo, Pakistán y Afganistán.

En mayo del 2012, la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS declara que la erradicación de la poliomiélitis es una emergencia de Salud Pública Mundial y define el plan global para lograr la erradicación de los tres tipos de poliovirus para el año 2018. El grupo de expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización de la OMS exhorta a que todos los países introduzcan al menos una dosis de IPV en su esquema nacional de vacunación, en el marco del retiro planificado del virus tipo 2 de la vacuna OPV. El rol principal de la IPV será mantener la inmunidad contra el poliovirus de tipo 2, una vez que éste se haya retirado de la OPV.

Las líneas de acción del plan global son:

- Contención de los poliovirus en laboratorios con niveles de bioseguridad adecuados o la destrucción de los mismos.

- Vigilancia epidemiológica de las Parálisis Agudas Flácidas (PAF) en menores de 15 años con el objetivo de detectar virus circulante.

- Cambio de vacuna tOPV a bOPV e introducción de IPV. El cambio (o switch) de la vacuna tOPV (vacuna usada hasta el momento actual) a bOPV (sin el tipo 2 de polio) se realizará en todo el mundo durante un día de las últimas dos semanas de abril de 2016. En Argentina se estableció el día 29 de abril de 2016.

Después del cambio (o switch), ya no se usará más la tOPV en ningún lugar del mundo y los laboratorios productores ya habrán interrumpido su producción. Toda la tOPV se debe retirar de las heladeras y arbitrar los medios para su destrucción, independientemente del stock con que se cuente.

A partir del 1º día laboral posterior al día del cambio/switch, se administrará la vacuna bOPV en la vacunación rutinaria así como como en campañas de vacunación de cada país.

Tanto la IPV como la bOPV, pueden utilizarse hasta 28 días después de abierto el frasco, si se cumple estrictamente con las recomendaciones de la OMS sobre conservación de vacunas. Deben almacenarse entre 2º C y 8º C y no deben congelarse. Ambas vacunas pueden administrarse junto con otras vacunas del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) sin interferir con su eficacia.

El esquema secuencial de vacunación antipoliomielítica de Argentina, a partir del 30 de abril de 2016 consistirá en aplicar la IPV en la 1ª y 2ª dosis (2 meses y 4 meses) y bOPV en la 3ª; 4ª y 5ª dosis (6 meses, 15-18 meses e ingreso escolar).

Este esquema se usará para los niños que inicien su vacunación antipoliomielítica a partir de mayo de 2016. Los niños que ya hubieran iniciado su esquema con tOPV continúan con bOPV, es decir que el niño que comenzó su esquema con vacuna oral continuara hasta completar el mismo con

vacuna oral.

Edad	Vacuna
Lactantes de 2 meses*	1ª dosis con vacuna IPV
Lactantes de 4 meses*	2ª dosis con vacuna IPV
Lactantes de 6 meses	3ª dosis con Vacuna bOPV
Niños y niñas de 15-18 meses	1er refuerzo con vacuna bOPV
Niños y Niñas de 5-6 años	2do refuerzo con vacuna bOPV

El cambio en los esquemas de vacunación necesitara del pediatra que aconseje y oriente a las familias en las diferentes situaciones de la práctica diaria.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). International Notes Certification of Poliomyelitis Eradication the Americas, 1994. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1994;43(39):720-2.
- 2- WHO. Polio Eradication and Endgame Strategic Plan 2013–18. World Health Organization, 2013. <http://www.polioeradication.org/ResourceLibrary/Strategandwork.aspx> (accessed July 24, 2015).
- 3- Platt LR, Estivariz CF, Sutter RW. Vaccine-associated paralytic poliomyelitis: a review of the epidemiology and estimation of the global burden. J Infect Dis 2014; 210 (suppl1):S380–89
- 4- Fase final de la erradicación de la poliomyelitis. Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiNaCEI). Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.

**16 DE ABRIL:
“434º ANIVERSARIO DE LA FUNDACIÓN DE SALTA”**



El 16 de Abril de 1582, Don Hernando de Lerma realizó los rituales de rigor para la Fundación de la “Ciudad de Lerma en el Valle de Salta” en “tierra deshabitada de naturales” y considerando “la abundancia de tierras fértiles para estancias, sementeras, pastos y viñas... y prometer muchas y buenas esperanzas...”, cumpliendo con ello un plan estratégico del Virrey Francisco de Toledo de instalar un nuevo jalón entre la ruta del Alto Perú y el Río de la Plata. La ciudad fue trazada en forma regular, con 36 manzanas, constreñida en los sectores Norte - Sur por la presencia de los “tagaretes” o desagües naturales de agua de lluvia, distribuyéndose inmediatamente los solares para plaza, iglesia mayor, capillas, casas de cabildo y cárcel, además de terrenos para los 90 vecinos que la componían inicialmente. Se trazaron las calles de ronda y los elegidos que llegaban hasta los “...paredones de piedra del Inca que están en dicha angostura para abajo..., más allá, se distribuyeron las chacras, estancias y caballerías...”

RESOLUCIÓN N° 034/2016

SALTA, 13 DE ABRIL DE 2016

VISTO: las diversas solicitudes de autorización para la utilización de los salones de conferencias del Colegio de Médicos de Salta presentadas por los distintos servicios asistenciales públicos y privados; Sociedades Científicas y otras instituciones no-médicas, y;

CONSIDERANDO:

Que, corresponde dictar el instrumento legal pertinente a los efectos de determinar el costo para la utilización de los salones de conferencia, teniendo en cuenta que la mayoría de los eventos científicos se encuentran arancelados, quedando debidamente determinado que el cobro del arancel obedece a la necesidad de solventar los gastos de mantenimiento de dichos salones y para favorecer la organización de eventos científicos que no abonaren por su uso, cumpliendo de esta manera con una de sus finalidades más importantes; apoyar la actividad científica de los colegiados,

POR ELLO,

LA MESA DIRECTIVA DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE SALTA

RESUELVE

1º) ESTABLECER que los responsables de los eventos científicos médicos arancelados que soliciten la utilización del salón de conferencia y su equipamiento, deberán abonar previamente por Tesorería del Colegio de Médicos de Salta, la suma de \$ 2000.00 (Pesos, Dos Mil) por Jornada de (8) horas de duración. La media Jornada tendrá un costo de \$ 1000.00 (Pesos, Un Mil). Los valores establecidos no incluyen el gasto de personal administrativo para la atención del evento. _____

2º) LOS RESPONSABLES de los eventos científicos no - médicos (Bioquímicos, Fisioterapeutas, Podólogos, etc.) o de eventos culturales oportunamente autorizados que soliciten la utilización del salón de conferencia y su equipamiento, deberán abonar la suma de \$ 2400.00 (Pesos, Dos Mil Cuatrocientos) por Jornada de (8) horas. La media jornada tendrá un costo de \$ 1200.00 (Pesos Un Mil Doscientos). Los valores establecidos no incluyen el gasto de personal administrativo para la atención del evento. _____

3º) ACORDAR que el uso del salón de conferencia para las reuniones inherentes a las actividades de las distintas Sociedades Científicas locales y los eventos científicos médicos no arancelados será sin cargo, debiéndose abonar únicamente el gasto del personal administrativo para la atención del evento. _____

4º) DEJAR ESTABLECIDO que las actividades oportunamente programadas en las áreas de EDUCACION MÉDICA CONTINUA y POSTGRADO del Colegio de Médicos de Salta tendrán preferencia al momento de otorgarse la autorización para el uso de los salones. _____

5º) TODA situación no contemplada en la presente resolución será resuelta por la Mesa Directiva del Colegio de Médicos de Salta. _____

6º) NOTIFÍQUESE, REGÍSTRESE y ARCHÍVESE. _____

FDO. Dra. Irma Adriana Falco
Secretaria

Dr. Raúl Cáceres
Vice-Presidente

Dr. Juan José Loutayf Ranea
Presidente



PROGRAMA DE EDUCACION MEDICA -2016-

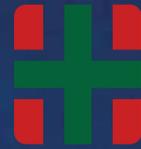


ABRIL	<p>11° CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA: MÓDULO I: "Crecimiento y Desarrollo" 08 y 09 de Abril Círculo Médico - Urquiza 153</p>	<p>CURSO ANUAL DE TOCGINECOLOGÍA 2016 MÓDULO I: "Obstetricia Crítica" 29 y 30 de Abril Círculo Médico - Urquiza 153</p>		
MAYO	<p>2° CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA 05, 06 y 07 de Mayo Colegio Médico - Alvear 1310</p>	<p>CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN NEUROOFTALMOLOGÍA 13 y 14 de Mayo Colegio Médico - Alvear 1310</p>	<p>11° CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA: MÓDULO II: "Toxicología" 20 y 21 de Mayo Círculo Médico - Urquiza 153</p>	<p>CURSO ANUAL DE TOCGINECOLOGÍA 2016 MÓDULO II: "Ginec. Inf. Juv." 29 y 30 de Abril Círculo Médico - Urquiza 153</p>
JUNIO	<p>CURSO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA PEDIÁTRICA 03 y 04 de Junio Colegio Médico - Alvear 1310</p>	<p>11° CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA: MÓDULO III: "Emergencias y Cuid. Crit." 10 y 11 de Junio Círculo Médico - Urquiza 153</p>	<p>CURSO ANUAL DE TOCGINECOLOGÍA 2016 MÓDULO III: "Tracto Genital Inferior" 24 y 25 de Junio Círculo Médico - Urquiza 153</p>	
JULIO	<p>CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN REUMATOLOGÍA 01 y 02 de Julio Colegio Médico - Alvear 1310</p>	<p>CURSO ANUAL DE TOCGINECOLOGÍA 2016 MÓDULO IV: "Ecografía" 29 y 30 de Julio Círculo Médico - Urquiza 153</p>		
AGOSTO	<p>11° CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA: MÓDULO IV: "Infectología" 12 y 13 de Agosto Círculo Médico - Urquiza 153</p>	<p>CURSO ANUAL DE TOCGINECOLOGÍA 2016 MÓDULO V: "Obstetricia de Alto Riesgo" 26 y 27 de Agosto Círculo Médico - Urquiza 153</p>		
SEPTIEMBRE	<p>11° CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA: MÓDULO V: "Discapacidad" 09 y 10 de Setiembre Círculo Médico - Urquiza 153</p>	<p>CURSO ANUAL DE TOCGINECOLOGÍA 2016 MÓDULO VI: "Uroginecología" 30 de Setiembre y 01 de Octubre Círculo Médico - Urquiza 153</p>		
NOVIEMBRE	<p>11° CURSO ANUAL EN CLÍNICA PEDIÁTRICA: MÓDULO V: "Alergia" 11 y 12 de Noviembre Círculo Médico - Urquiza 153</p>	<p>CURSO ANUAL DE TOCGINECOLOGÍA 2016 MÓDULO VII: "Oncoginecología" 25 y 26 de Noviembre Círculo Médico - Urquiza 153</p>		



Comisión de Postgrado

Colegio de Médicos de la Provincia de Salta
Servicio de Clínica Médica - Hospital Italiano



HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

CURSO DE MEDICINA AMBULATORIA

Director:

Prof. Dr. Gabriel Darío Waisman

Director Honorario:

Dr. Juan José Loutayf Ranea

Coordinadores:

Dr. Luciano Torres - Dr. Welindo Toledo

Temario General:

MÓDULO I:

Viernes 29 de Abril de 2016
"GENERALIDADES"

MÓDULO II:

Viernes 27 de Mayo de 2016
"NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA"

MÓDULO III:

Viernes 24 de Junio de 2016
"CARDIOVASCULAR"

MÓDULO IV:

Viernes 26 de Agosto de 2016
"HTA - DIABETES - HIPO E
HIPERTIROIDISMO"

MÓDULO V:

23 de Setiembre de 2016
"DERMATOLOGÍA -
REUMATOLOGÍA - ONCOLOGÍA -
HEMATOLOGÍA"

MÓDULO VI:

28 de Octubre de 2016
"INFECTOLOGÍA Y
RESPIRATORIO"

MÓDULO VII:

25 de Noviembre de 2016
"GASTROENTEROLOGÍA -
NEFROLOGÍA - UROLOGÍA"

MODALIDAD:

Presencial una vez al mes.

Viernes: de 08:00 a 12:00 hs. / 14:00 a 18:00 hs.

80% de asistencia, trabajos prácticos, aula virtual y Examen Final integrador.

INFORMES E INSCRIPCIONES:

Secretaría de Postgrado - Colegio de Médicos de la Pcia. de Salta
M. T. de Alvear N° 1310 - Salta - Tel./Fax (0387) 4714703 - 4213355 - 4212527
loa@colmedsa.com.ar - www.colmedsa.com.ar/postgrados.html

COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE SALTA



COMISIÓN DE POSTGRADO
 AUSPICIAN:
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE SALTA
 SOCIEDAD DE CARDIOLOGÍA DE SALTA
 SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA - FILIAL SALTA



CURSO BIANUAL DE EMERGENTOLOGÍA

2016 - 2017

INICIO: ABRIL 2016

AUTORIDADES:

Directora: Dra. Mónica Mariana Brokowski

Coordinador: Dr. Héctor Leiva

DESTINATARIOS:

Profesionales médicos que se desempeñan en Servicios de Emergencias.
 Intramuro o en móviles de distinta complejidad.

TEMARIO GENERAL (1er. Ciclo)

MÓDULO I: 15 y 16 de Abril 2016
 "Atención inicial del Trauma"

MÓDULO II: 20 y 21 de Mayo 2016
 "Emergencias Cardiovasculares I"

MÓDULO III: 24 y 25 de Junio 2016
 "Emergencias Cardiovasculares II"

MÓDULO IV: 19 y 20 de Agosto 2016
 "Emergencias Respiratorias I"

MÓDULO V: 16 y 17 de Setiembre 2016
 "Emergencias Respiratorias II"

MÓDULO VI: 21 y 22 de Octubre 2016
 "Emergencias Metabólicas"

MÓDULO VII: 18 y 19 de Noviembre 2016
 "Parto Normal y sus complicaciones"

MÓDULO VIII: 16 y 17 de Diciembre 2016
 "Emergencias Pediátricas más frecuentes"

MODALIDAD:

Presencial una vez al mes.

Viernes: de 08:00 a 12:00 hs. / 14:00 a 18:00 hs.

Sábados: 08:00 a 12:00 hs.

80% de asistencia, trabajos prácticos y Examen Final integrador.



Sociedad Argentina de Pediatría
 Filial Salta

INFORMES E

INSCRIPCIONES:

SECRETARÍA DE POSTGRADO

COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PCIA. DE SALTA

M. T. de Alvear N° 1310 - Salta

Tel./Fax (0387) 4714703 - 4213355 - 4212527

loa@colmedsa.com.ar

www.colmedsa.com.ar/postgrados.html

NOMINA DE AUTORIDADES

PERIODO 2014- 2016

CONSEJO DE DISTRITOS

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

MESA DIRECTIVA

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

TRIBUNAL DE ETICA Y EJERCICIO PROFESIONAL

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

TRIBUNAL DE APELACIONES

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

REVISORES DE CUENTAS

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

GUIA DE TRAMITES

REQUISITOS PARA LA OBTENCIÓN DE LA MATRÍCULA: Acreditar Título Universitario original y (2) fotocopias autenticadas por Universidad o Certificado original del Título en trámite y (2) fotocopias autenticadas por Universidad. Certificado analítico (original y fotocopia). Certificado de Residencia de Domicilio en Salta. Fotocopia de la 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: \$1600,00.-

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

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

CUOTA DE COLEGIADO: \$ 220,00.-

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

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

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

CERTIFICADO DE ESPECIALISTA: Acreditar (5) cinco años de ejercicio ininterrumpido en la Especialidad. Presentar currículum vitae en original y copia (foliado y rubricado). Arancel \$ 1600,00. - Para el caso de las especialidades quirúrgicas, se deberá acompañar detalle de las prácticas realizadas durante el último año, éstas deberán estar avaladas por el Gerente General, Jefe del Servicio, Jefe del Programa de Recursos Humanos del Hospital donde se desempeña. En caso de las actividades quirúrgicas privadas, el listado deberá estar avalado por el Director del establecimiento y la Asociación de Clínicas y Sanatorios de Salta. INSCRIPCIONES: Turno Febrero: hasta el 28/02 del año en curso. Turno Julio: hasta el 31/07 del año en curso.-

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

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

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

REQUISITOS PARA LA OBTENCIÓN DE LA MATRÍCULA ESPECIAL (J) PARA MÉDICOS JUBILADOS: Fotocopia de la 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.

NUEVOS MATRICULADOS

BIENVENIDOS!!!

M. P. N°	APELLIDO Y NOMBRE
5927	Dr. Villarrubia, Mario Agustín
5928	Dr. Marsilli, Pablo Ricardo
5929	Dr. Saavedra, Carlos Ignacio
5930	Dr. Llicas, Santiago Ezequiel
5931	Dra. Trejo Juárez, Johana Fabiana
5932	Dr. Solorza, Carlos Javier
5933	Dr. Delgado, Sebastián
5934	Dr. Vargas Pérez, Raúl Iván
5935	Dr. Luján, Martín Gabriel
5936	Dr. Llano Páez, Christian Gastón
5937	Dra. Martínez Sánchez, Natalia
5938	Dr. Bled, Eduardo Alberto
5939	Dra. Atea, Carolina Magdalena
5940	Dra. Carrizo, Tania Jaqueline
5941	Dr. Guzmán Quiñones, Mariano Nadir
5942	Dra. Albornoz Salguero, María Florencia
5943	Dra. Durand Bosch, María de las Mercedes
5944	Dra. Flores, Zoila Mónica
5945	Dra. Cabrera, Rocío Marilina Monserrat
5946	Dr. Mamaní, Marcelo Sergio
5947	Dr. Iturrieta, Juan Manuel
5948	Dr. Plaza Schaefer, Guillermo Carlos
5949	Dra. Pippo, Miriam Verónica
5950	Dra. Pérez Acosta, Cecilia Alejandra
5951	Dr. Ormachea Clemente, Daniel Antonio
5952	Dra. Franco, Patricia Eugenia
5953	Dra. Gubernatti, Emilia Florencia
5954	Dra. Basso, Lilia Mabel Rosana
5955	Dr. Sánchez, Flavio Rodolfo
5956	Dr. García, Iván Aníbal
5957	Dr. Pacheco, Alejandro Nicolás
5958	Dr. Rodríguez, Daniel Adrián
5959	Dr. Sánchez Ruíz, Alejandro
5960	Dra. Schmunk, Naira Elelin
5961	Dr. Nieto, Leandro Gabriel
5962	Dr. Ramos Sánchez, Oscar
5963	Dra. Neriz, Natalia Vanesa
5964	Dr. Nazar, Julián Federico
5965	Dr. Taglioli, Julio César
5966	Dr. Gallardo Solíz, Sergio Hugo Enrique
5967	Dr. Moline, Claudio Hernán
5968	Dra. Neriz, Silvana Melina

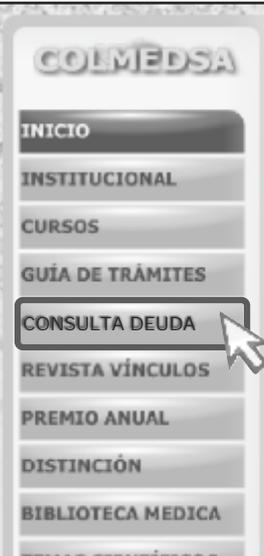
5970	Dra. Osses, Myriam Fernanda
5971	Dra. Macías María Ester del Valle
5972	Dra. Mercado, Glenda Alina Marcela
5973	Dr. Unamuno, Ignacio Javier
5974	Dr. Ricarte, Martín Miguel
5975	Dra. Zelaya, Rosana Soledad
5976	Dr. Vidaurre, Marcos Eduardo
5977	Dr. Rodríguez Gil, Javier
5978	Dra. Alfaro, Elizabeth Amalia

Médicos Jubilados que obtuvieron la Matrícula Especial (J)

M. P. N°	APELLIDO Y NOMBRE
(J) 441	Dr. Saravia Toledo, Néstor Ramiro
(J) 2140	Dr. Morales Peña, Franz Carlos
(J) 386	Dr. Gálvez, Vasco Ernesto

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.



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

www.colmedsa.com.ar



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

TRIBUNALES / COMITES / COMISIONES

COMISION/COMITE/TRIBUNAL	INTEGRANTES	FECHA DE REUNION
TRIBUNAL DE ESPECIALIDADES	Dr. Juan José Albornoz Dr. Federico Mangione Dr. Pedro Roberto Rumi Dr. Rubén Abraham Gurevech Dra. María Elena Crespo Espíndola	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 Alberto Delgado (Círculo Médico de Salta) Dra. Walter Leonardo Failá (Círculo Médico de Salta)	Lunes 12:00 hs.
COMISION CONSULTIVA DE JOVENES MEDICOS	Dr. Walter Leonardo Failá Dr. Juan Carlos Giménez Dra. Carolina Saravia Figueroa Dr. Matías Andrés Orquera Dra. Cecilia E. Guaymás Tornero Dra. María Jimena Pérez Frías	Jueves 20:00 hs.
COMITE CIENTIFICO ASESOR	Dr. Carlos Cúneo Dr. Jorge E. Llaya Dr. Miguel A. Basombrio	
COMISION DE INSPECCION SERVICIOS ASISTENCIALES	Dr. Ramiro Pablo Choke Dra. Stella Maris Galdeano	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	



COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE SALTA

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

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

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

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

HONORARIO MINIMO ETICO PROFESIONAL

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

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

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

HUMOR MÉDICO





DISTINCIÓN AL HUMANISMO EN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN MÉDICA 2016

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 **30/09/2016**

ENTREGA DE DISTINCIÓN:

Acto Académico **Noviembre 2016**

BASES Y REQUISITOS en:

www.colmedsa.com.ar

COORDINACIÓN A CARGO:

MESA DIRECTIVA

COLABORACIÓN:

COMITÉ DE BIOÉTICA



FOTOS DE TAPA



Entrada de la Ciudad de Tartagal
Depto. San Martín (Salta)



Entrada a Sta. Victoria Este
Rivadavia Banda Norte (Salta)



Portal de entrada a Embarcación
Depto. San Martín (Salta)



Plaza San Martín
Tartagal (Depto. San Martín - Salta)



Parroquia Señor y Virgen del Milagro
Rivadavia Banda Sur (Salta)



Hospital Gral. Mosconi
Depto. San Martín (Salta)