



C OOMEVA MEDICINA PREPAGADA, firme en pro de los profesionales de la salud

La sensación no es ajena. De alguna manera la sentimos todos. No hace mucho que entre risas, música y abrazos deseábamos el feliz año nuevo a nuestros seres queridos, y como si fuera un bolido el tiempo pasó muy rápido y ya hemos culminado el primer trimestre del 2010... El año comenzó muy agitado para la salud. No obstante, y teniendo en cuenta que para Coomeva Medicina Prepagada tanto las familias afiliadas como los profesionales de la salud son su prioridad, nuestro compromiso, como compañía que vela por el bienestar de estos grupos, continúa firme y evolucionando en pro de su mejor estar. Para nuestro cuerpo de profesionales, del que nos sentimos orgullosos siempre, no dudamos en afirmar que el calificativo más ajustado a ellos es la excelencia.

Bueno, aunque eso no es todo: prima también la idoneidad y la fidelidad al cumplimiento de nuestra misión de brindar a las familias de Coomeva Medicina Prepagada un servicio óptimo, cálido, oportuno, ético y eficiente, dándoles, además, un parte de tranquilidad en sus eventos médicos por el hecho de estar en las mejores manos.

Este 2010 se ha definido como el año de la excelencia en el servicio. Por eso, en la Organización estamos en la tarea de revisar y adecuar los procesos, buscando agilizar las solicitudes de servicios para nuestros usuarios, procurando minimizar los contactos en los diferentes puntos de Coomeva y agregando verdadero valor a usuarios y profesionales de la salud. Es claro que nuestro servicio

debe ser excelente... siempre. No hay cabida a otros niveles para lograr la satisfacción de nuestros diferentes públicos.

Por tal razón, nos esmeramos en mantener el sentido de la justicia y el buen trato para usuarios y profesionales de la salud de Coomeva. En este año, no podría ser menos. Continuaremos con éxito nuestras políticas de formación, incentivos, actualización permanente, convocatoria, participación y motivación al buen ejercicio.

Esto en concordancia con nuestra misión, que no es otra distinta a seguir contribuyendo con ahínco a la buena salud de los colombianos, a que todos los actores que participamos de una u otra forma en la estructura de la salud, podamos ayudar a mejorar la calidad de vida de las familias de nuestro país y veamos retribuido nuestro esfuerzo con la fidelidad de afiliados y prestadores.

La salud es un derecho y un deber que siempre debe trascender las temporadas difíciles o los períodos de bonanza. No hay otra prioridad para una compañía como la nuestra que llevar salud a la gente y, por ende, a todos los grupos de trabajo que hacen posible el cumplimiento de nuestros propósitos.

Nuestro mensaje va cargado de los mejores deseos para el resto del año y el venidero, a toda la gran familia que conforma Coomeva Medicina Prepagada.

Contenido

SALUD AL DÍA: ACNÉ REVISIÓN PRÁCTICA (P. 2)

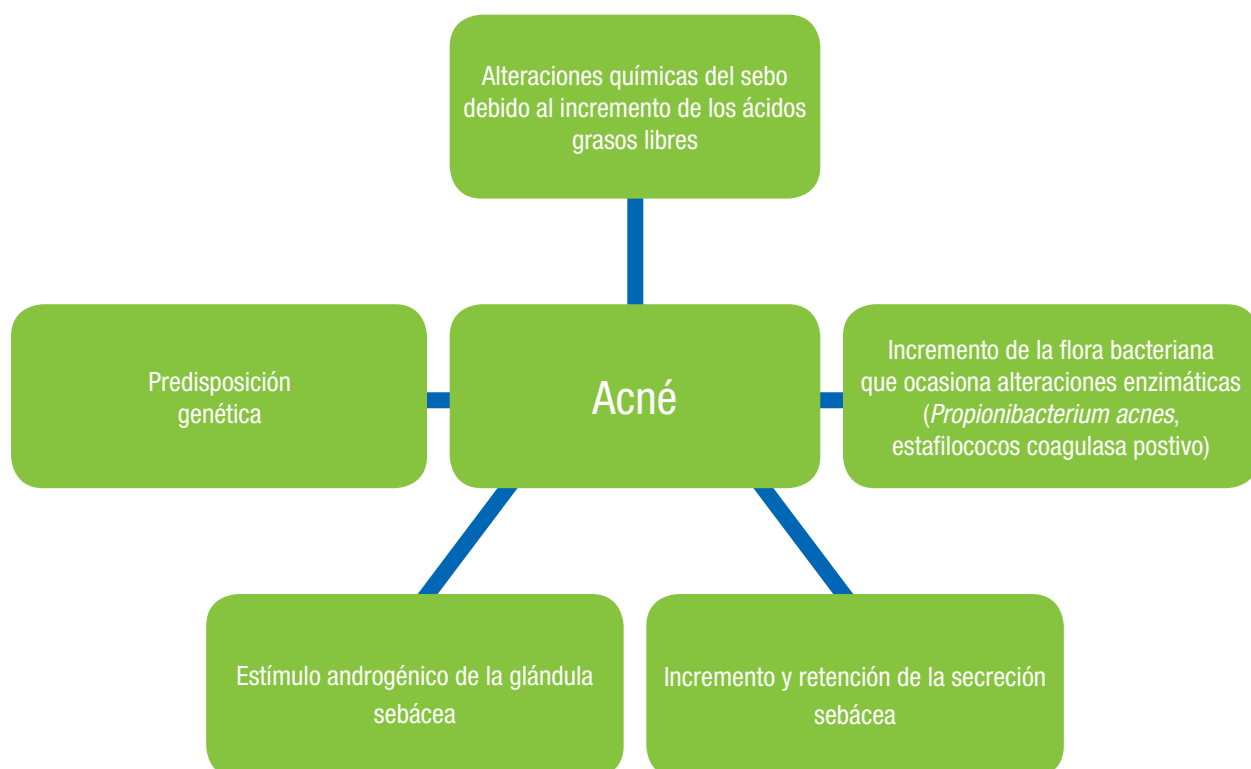
COORDENADAS: DIABETES MELLITUS - CONCEPTOS CLAVES (P. 4)

RESEÑA: TOXOPLASMOSIS - UNA INFECCIÓN DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA (P. 8)

Acné: revisión práctica

El acné es una enfermedad crónica del folículo pilosebáceo que genera lesiones cutáneas polimorfas (comedones, pápulas, vejigas, pústulas, abscesos, etc.) las cuales pueden dejar, tras su resolución, cicatrices permanentes. Frecuentemente, en esta entidad se alternan períodos de exacerbación y de estabilidad. Las áreas afectadas con mayor frecuencia son la cara, el tronco anterior y la parte superior de la espalda, precisamente donde se encuentra la mayor concentración de glándulas sebáceas.¹

De hecho, se trata de la enfermedad dermatológica más frecuente en la práctica clínica. Afecta a cerca del 80% de los adolescentes, aunque también se puede observar, según la serie analizada, en más del 50% de mujeres adultas y más del 40% de hombres adultos. Generalmente, los cuadros de mayor severidad clínica ocurren en los hombres. Vea en el diagrama que se encuentra a continuación los factores relacionados con la patogénesis del acné:¹



Agentes farmacológicos que pueden causar o exacerbar el acné.³

- u Corticoides.
- u Andrógenos.
- u Antiepilépticos.
- u Antidepresivos (litio, sertralina).
- u Antipsicóticos (risperidona).
- u Antituberculosos.
- u Antineoplásicos.
- u Antivirales.
- u Calcioantagonistas.
- u Vitaminas (del grupo B).
- u Medroxiprogesterona.
- u Otros.

Dieta: mitos y realidades

El análisis de la información disponible sugiere que ciertos componentes de las dietas “occidentales”, particularmente lácteos y alimentos de alto índice glucémico, podrían asociarse con la enfermedad. De hecho, se estima que estos pueden influenciar mediadores hormonales como la SHBG y el IGF-1, los cuales determinan en cierta magnitud el nivel de andrógenos. Para el caso del chocolate, grasas saturadas, la sal y el yodo, no existe evidencia sólida al respecto.²

Las lesiones secundarias a la enfermedad se asocian con consecuencias psicológicas negativas: baja autoestima, pobre imagen corporal, exclusión social e, incluso, depresión,² por lo que la instauración de un tratamiento efectivo brinda más que beneficios cosméticos.¹

Tratamiento

Las terapéuticas instauradas en el paciente con acné deben alcanzar el mejor resultado posible con el menor riesgo de efectos secundarios. Actualmente, el clínico cuenta con un gran arsenal

terapéutico para el manejo del paciente con acné: retinoides, antibióticos, corticoides, agentes antiseborreicos, queratolíticos, hormonales, entre otros. Para casos de acné leve a moderado, las formulaciones tópicas pueden ser suficientes, mientras que en los más severos puede precisarse terapia oral.¹

Recomendaciones claves para los pacientes

- u Consulta con un profesional especializado.
- u Llevar una dieta balanceada.
- u Limpieza de la piel comprometida, de manera suave. Un aumento en la frecuencia o de la vigoricidad del lavado puede ser contraproducente.
- u Evitar manipular las lesiones para impedir el desarrollo de cicatrices de difícil manejo posteriormente.
- u Evitar el sol de manera indiscriminada.
- u Mantener el cabello libre de grasa.

REFERENCIAS

1. Ramos-e-Silva M, Carneiro SC. Acne vulgaris: review and guidelines. *Dermatol Nurs* 2009;21(2):63-8.
2. Spencer EH, Ferdowsian HR, Barnard ND. Diet and acne: a review of the evidence. *Int J Dermatol* 2009;48(4):339-47.
3. Rivera R, Guerra A. Management of acne in women over 25 years of age. *Actas Dermosifiliogr* 2009;100:33-7.



Diabetes mellitus:

Conceptos claves

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad epidémica de dimensiones globales que ha generado una crisis para los sistemas de salud y la sociedad en general.¹ En Colombia se han descrito series con una prevalencia cercana al 9%. De hecho, las estadísticas muestran a la enfermedad como la décima causa de mortalidad, con una tasa de 2,3 por cada 100.000 habitantes.²

Evidencias recientes sustentan que su tratamiento intensivo y el control de los factores de riesgo pueden disminuir significativamente el desarrollo o la progresión de complicaciones crónicas.¹ El panorama terapéutico ofrece una serie de opciones que reducen de manera efectiva y segura la glucemia a niveles cercanos a los normales: nuevas insulinas de rápida acción, análogos de larga acción, al igual que nuevas medicaciones dirigidas a hormonas pancreáticas y deficiencias de incretinas. No obstante, las tasas de control de la enfermedad se encuentran en descenso. Por ejemplo, en los Estados Unidos el porcentaje de pacientes con hemoglobina glucosilada menor de 7% disminuyó aproximadamente en un 20% de 1988 al año 2000. Los factores de riesgo de la diabetes y prediabetes se esquematizan en la [tabla 1](#).¹

Tabla 1. Factores de riesgo para diabetes y prediabetes.¹

- Historia familiar de diabetes.
- Enfermedad cardiovascular.
- Obesidad o sobrepeso.
- Estilo de vida sedentario.
- Etnias especiales (latinos/hispanicos, raza negra no hispana, asiáticos-americanos, nativos americanos, etnias de las islas del Pacífico).
- Intolerancia oral a los carbohidratos o glucemia alterada en ayuno.
- Hipertensión.
- Incremento en los niveles de triglicéridos, bajas concentraciones de colesterol HDL o ambas.
- Antecedente de diabetes gestacional o parto de infante macrosómico.
- Síndrome de ovario poliquístico.
- Enfermedad psiquiátrica.



Es importante tener en cuenta que la mayoría de sujetos con diabetes mellitus tipo 2 son obesos o con sobrepeso, demostrando grados variables de insulinoresistencia; mientras que aquellos que no presentan exceso de peso pueden advertir un incremento en el porcentaje de grasa visceral, que también conlleva insulinoresistencia.¹

Tamizaje y diagnóstico

Según la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos se aconseja tamizar anualmente a todo individuo mayor de 30 años que esté en riesgo de padecer DM2. No se recomienda utilizar la hemoglobina glucosilada como herramienta diagnóstica. También se sugiere tamizar toda gestante para descartar la presencia de diabetes gestacional. Las mujeres con bajo riesgo deben tamizarse entre la semana 24 y 28 de gestación, mientras que las de alto riesgo en la semana 20. La interpretación clínica de las concentraciones plasmáticas de glucosa se esquematiza en las [tablas 2, 3 y 4](#).¹

Las tasas de control de la enfermedad se encuentran en descenso.



Tabla 2. Interpretación clínica de las concentraciones plasmáticas de glucosa (mg/dl).^{1,3}

CONCENTRACIÓN DE GLUCOSA (mg/dl)	INTERPRETACIÓN CLÍNICA
Ayuno.	
< 100	Dentro del rango de referencia.
100-125	Glucemia alterada en ayuno/prediabetes.
≥ 126	Diabetes mellitus.
Dos horas poscarga 75 g de glucosa.	
< 140	Dentro del rango de referencia.
140-199	Glucemia alterada en ayuno/prediabetes.
≥ 200	Diabetes mellitus.

Tabla 3. Criterios diagnósticos para diabetes mellitus.³

Concentración plasmática de glucosa en ayuno ≥ 126 mg/dl. El ayuno se define como ausencia de ingestión calórica por al menos 8 horas.*

o

Síntomas de hiperglucemia (poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso) y una glucemia casual ≥ 200 mg/dl.

o

Concentración plasmática de glucosa dos horas poscarga de 75 g de glucosa ≥ 200 mg.

* En ausencia de hiperglucemia clara, estos criterios deben confirmarse mediante pruebas repetidas en días diferentes.



Tabla 4. Criterios diagnósticos para diabetes gestacional.^{1,3}

Utilizando una prueba de tolerancia oral a la glucosa (75 g)

	Concentración plasmática de glucosa (mg/dl)
Ayuno.	> 95
1 hora posadministración.	> 180
2 horas posadministración.	> 155

Dos o más de las concentraciones mencionadas deben cumplirse o excederse para obtener un diagnóstico positivo. La prueba debe realizarse después de un ayuno en la noche de 8 a 14 horas y después de por lo menos 3 días de una dieta irrestricta (por ejemplo, más de 150 g de carbohidratos por día) y actividad física no limitada.

Prevención: la piedra angular en la lucha contra la enfermedad.¹

- ❶ Programar pruebas de tamizaje, para descartar diabetes o prediabetes.
- ❷ Iniciar, cuanto antes, intervenciones que incluyan modificaciones en el estilo de vida.
- ❸ Referir a los pacientes al nutricionista o a programas de control de peso para consejería sobre reducción de la ingesta calórica y estrategias nutricionales. Las metas incluyen:
 - ❶ Reducción del peso corporal: 5 a 10% del total.
 - ❷ Disminuir el consumo de grasas a menos del 30% del total de energía ingerida.
 - ❸ Bajar la ingesta de grasas saturadas a menos del 10% del total de energía ingerida e incrementar el consumo de fibra a 15g por cada 100 kcal o más.
- ❹ Prescribir actividad física regular (aproximadamente 150 minutos a la semana). De hecho, varios estudios clínicos han resaltado la importancia del ejercicio como herramienta profiláctica sobre el riesgo de presentar diabetes.⁴
- ❺ Informar sobre los factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, dislipidemia, hipertensión), especialmente en sujetos con prediabetes.
- ❻ Tratar agresivamente la hipertensión y la dislipidemia.

REFERENCIAS

1. Rodbard HW, Blonde L, Braithwaite SS, Brett EM, Cobin RH, Handelsman Y, *et al.* AACE Diabetes Mellitus Clinical Practice Guidelines Task Force. American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for clinical practice for the management of diabetes mellitus. *Endocr Pract* 2007;13 (Suppl 1): 1-68.
2. Alayón AN, Alvear C. Prevalencia de desórdenes del metabolismo de los glúcidos y perfil del diabético en Cartagena de Indias (Colombia), 2005. *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2006;22 (1): 20-8.
3. American Diabetes Association. Clinical practice recommendations 2009. *Diabetes care* 2009;32 (suppl 1): S62-S67.
4. McCall A, Raj R. Exercise for prevention of obesity and diabetes in children and adolescents. *Clin Sports Med* 2009 Jul;28 (3): 393-421.



Toxoplasmosis: una infección de interés en salud pública

*La infección por *Toxoplasma gondii* en gestantes constituye una problemática de dimensiones globales.¹*

Toxoplasma gondii es un protozooario que se comporta como parásito intracelular obligado y cuyos huéspedes definitivos son los felinos, siendo los humanos huéspedes intermediarios, al igual que los mamíferos cuadrúpedos y un grupo variado de aves. Los felinos infectados lo alojan en la mucosa intestinal y expulsan a través de sus heces 10 millones de quistes diariamente. Cada ooquiste está compuesto por ocho esporozoítos, que son la verdadera forma infectante y que se liberan al contacto con el suelo. El ooquiste podrá permanecer viable fuera del hospedero hasta por 18 semanas, si las condiciones de humedad y temperatura son favorables. Desde la tierra el microorganismo se disemina a gran cantidad de hospederos intermediarios, incluyendo al ser humano, a quien infecta directa o indirectamente.²

Generalmente, la transmisión se hace a través del contacto con las heces de los gatos infectados, productos cárnicos, por pobres medidas de higiene y en climas cálidos e incluso por medio del agua.¹

En el humano inmuno competente este parásito permanece latente en el músculo esquelético e, incluso, puede ser eliminado por completo sin ocasionar mayores manifestaciones clínicas, y generando memoria inmunológica que lo protege de futuras infecciones. Lo contrario ocurre en el paciente inmunodeficiente o en el feto en quienes ocasiona importantes trastornos. La severidad de las lesiones fetales son inversamente proporcionales a la edad gestacional en la que el feto adquiere la infección, mientras que la transmisión materno-fetal del parásito es directamente proporcional a la edad gestacional.² (Tabla 1)

Tabla 1. Riesgo de infección fetal según la edad gestacional en inmuno competentes.²

Trimestre	Semana	Riesgo de infección fetal
Primer	0-10	2%
	11-15	15-20%
Segundo	16-28	30-55%
Tercer	29-42	60-65%

Toxoplasmosis congénita

Se calcula que en Colombia entre dos y diez de cada 1.000 nacidos vivos sufren de toxoplasmosis congénita, por lo que anualmente nacen más de 3.000 niños con la enfermedad, de los cuales 85-90% son asintomáticos. Por otra parte, el 47% de la población femenina colombiana posee anticuerpos contra el microorganismo, representando una alta prevalencia a escala local.²

Las manifestaciones clínicas en los recién nacidos van desde la típica tríada de Sabin (coriorretinitis,

hidrocefalia y retardo psicomotor) a un cuadro visceral (hepatoesplenomegalia, ictericia) o similar a la sepsis totalmente inespecífica.³ Estos niños sintomáticos al nacimiento son en realidad la minoría de los afectados. En el 75% son asintomáticos al nacer y en estudios a largo plazo se ha demostrado que sin terapia adecuada un 75% desarrollará coriorretinitis y un 50% sufrirá daño neurológico años o décadas después.³ Cuando se ofrece manejo farmacológico temprano a la gestante con la infección aguda, puede lograrse hasta un 83% de recién nacidos libres de la enfermedad.²

Comunicación a la mujer gestante.²

A toda mujer seronegativa se le debe informar sobre la importancia que tiene el lavado de las manos después de tener contacto con tierra, animales, carne cruda o personas que han tenido contacto con lo anteriormente descrito.

Debe asistir a controles de serología específica para *Toxoplasma gondii* cada tres meses.

La cocción de la carne debe ser completa para evitar la sobrevida de quistes tisulares o trofozoítos, que solo desaparecen con temperaturas mayores de 61 °C.

Así mismo, las frutas y vegetales requieren de un buen lavado, mientras que la leche y los huevos precisan cocción a temperaturas elevadas.

Guía abreviada de práctica clínica para diagnóstico y manejo de la toxoplasmosis gestacional.²

IgG	IgM	Conducta
-	-	Prevención y seguimiento cada tres meses con IgG hasta finalizar el embarazo.
+	-	Infección antigua. Valorar efecto prozona o infección aguda con cepas de baja virulencia. Se recomienda repetir IgG e IgM en 15 días.
-	+	Iniciar tratamiento lo más pronto posible y repetir inmediatamente IgG e IgM en 15 días para confirmar el diagnóstico.
+	+	Iniciar tratamiento cuanto antes y repetir IgG e IgM en 15 días.

❖ **Prevención primaria:** disminución en la tasa de infecciones congénitas al prevenir casos de infección materna, involucrando consejería antenatal o en estadios tempranos de la gestación con respecto a cómo evitar la exposición al agente causal.⁴

❖ **Prevención secundaria:** reducción de la transmisión madre-hijo y la morbilidad secundaria de la infección congénita (detección y tratamiento de infecciones agudas).⁴

❖ **Prevención terciaria:** disminución de las secuelas de la enfermedad a través de la detección temprana y el tratamiento de la infección congénita.⁴

Toxoplasmosis ocular

Es uno de los tipos de uveítis posterior infecciosa más frecuente en el mundo. Usualmente afecta a adultos jóvenes con cuadros asintomáticos. Frecuentemente se trata de cuadros adquiridos de forma posnatal. Es muy común que se reconozca como una lesión que afecta a la retina, que puede estar adyacente o no a una cicatriz. También se pueden presentar formas difusas. En ocasiones puede afectar el nervio óptico. Su pronóstico es bueno: la agudeza visual mejora en cerca del 70% después del tratamiento.⁵

REFERENCIAS

1. Petersen E. Toxoplasmosis. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* (2007) 12, 214e223.
2. Olaya C, Flórez D. Guía de práctica clínica para diagnóstico y manejo de la toxoplasmosis gestacional. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2003;54(3):164-70.
3. Gómez J, et al. Toxoplasmosis congénita en Colombia: análisis clínico y de laboratorio en 27 casos. *Rev Colomb Pediatr* 2000;35(1).
4. Boubaker K, Raeber PA, Vaudaux B, Bucher HC, et al.; Swiss Working Group on Congenital Toxoplasmosis. Toxoplasmosis during pregnancy and infancy. A new approach for Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2008;138:49-50.
5. Dodds EM. Toxoplasmosis. *Curr Opin Ophthalmol* 2006(17):557-61.

Anticonceptivos de última generación

La investigación científica en términos de salud reproductiva avanza a pasos agigantados. Atrás quedaron los días en que las mujeres preferían obviar la anticoncepción por temor a los efectos secundarios.

Según el director científico de Profamilia, Juan Carlos Vargas, lo más novedoso en Colombia es la llegada del anillo vaginal, un método que la mujer puede ponerse sin la ayuda del médico. Se trata de un dispositivo flexible que mide cinco centímetros de diámetro y se inserta en la vagina cada cuatro semanas, con una de descanso. Contiene hormonas que se liberan y se absorben de manera local, con lo cual se impide la ovulación y convierte al moco cervical en una secreción más espesa de lo normal. “Su eficacia es del 98,8%. Adicionalmente, al interactuar con otros medicamentos representa menos riesgo de aparición de episodios asociados a estos casos, tales como diarrea, vómito y, por supuesto, el consabido olvido de ingerir la píldora en su debido momento”, sostiene el experto.

Nueva generación de píldoras

Actualmente, algunas píldoras además de impedir la ovulación contienen drospirenona, una hormona que evita la retención de agua y sodio en el cuerpo, reduce el riesgo de formación de quistes de ovario, previene la enfermedad pélvica inflamatoria y evita el síndrome premenstrual. Brindan la gran ventaja de poder ser utilizadas desde la adolescencia hasta la menopausia.

En la actualidad, está en estudio una nueva píldora que reduciría el número de menstruaciones. Con una toma durante 84 días, serían cuatro períodos anuales en vez de 12. Su composición es similar a la de la píldora actual, una combinación de estrógenos y progestágenos.

Cuando la opción no es oral

Por su parte, los parches transdérmicos han demostrado una eficacia hasta del 99,8%. Contienen norelgestromina y etinilestradiol que, al evitar el primer paso hepático, consiguen mayor biodisponibilidad, lo que permite dosis menores y menos efectos secundarios.

Las inyecciones mensuales se han convertido en una buena opción para las mujeres que sienten náuseas con la píldora o que no quieren vivir esclavas de la memoria. Este método tiene ventajas como la protección contra la enfermedad inflamatoria pélvica, el cáncer de ovario y el de endometrio. Su eficacia registrada es de un 99,9%.

Otra opción que ya se encuentra en el mercadeo es el DIU con hormonas, que disminuye el espesor del endometrio y ayuda a mejorar la condición de las mujeres con sangrado abundante. Cuenta con una eficacia del 99,8%.

Para el caso de los hombres, aún está en investigación en Europa la píldora masculina que cuenta con una base de testosterona y moléculas derivadas.

Líneas de atención al cliente

Cali: 3181333 - teléfono inteligente: 5242442 • Barranquilla: 3683434
Bogotá: 4205951 • Medellín: 5149180
Líneas gratuitas: 01-8000-111666

Gerente General (E) Coomeva Medicina Prepagada: Jaime Alberto Zapata Builes • **Comité Editorial:** Virgilio Barco Serna, **Gerente Nacional de Salud Coomeva Sector Salud** • Pascual Estrada Garcés, **Director Nacional de Atención en Salud** • Edison Barrios Vivas, **Director Nacional de Calidad en la Atención** • Héctor Eduardo Castro Jaramillo, **Director Nacional de Contratación** • Luis Fernando Otálvaro, **Director Nacional de Salud Pública.**

Queda prohibida la reproducción y la impresión total o parcial de los artículos en cualquier sistema electrónico sin permiso previo del editor, conforme a la ley, en los países signatarios de las convenciones panamericana e internacional del derecho de autor. El desarrollo de contenidos, entrevistas, afirmaciones y avisos de esta publicación obedecen exclusivamente a la política de comunicación médica del auspiciante y no necesariamente reflejan las opiniones o intereses de la casa editorial. Las firmas anunciantes se responsabilizan de la información que suministran en sus avisos.

Editor Médico: Ana Luz Castillo Barrios (ana.castillo@legis.com.co) • **Diagramación:** Luis Fernando López • **Corrección de Estilo:** Lina María Martínez Fonseca • **Fotografías:** © 2010 JupiterImágenes Corporation.



Femme



Amestral[®] 10 *Suave*

(Levonorgestrel 0,10 mg / Etinil Estradiol 0,02 mg)



Reg. San. No. INVIMA 2008M-0008336

Amestral[®] 15

(Levonorgestrel 0,15 mg / Etinil Estradiol 0,03 mg)



Reg. San. No. INVIMA 2006M-0005431

Amestral[®] 25

(Levonorgestrel 0,25 mg / Etinil Estradiol 0,05 mg)



Reg. San. No. INVIMA 2005M-0004614

Protimest[®]

(Drospirenona 3mg/Etinil estradiol 0,03 mg)



Reg. San. No. INVIMA 2008 M-0009032

Menotibol[®]

(Tibolona 2,50 mg)



Reg. San. No. INVIMA 2006 M-0005411

Rozval[®]

(Algestona acetofénido 150 mg / Enantato de estradiol 10 mg)



Reg. San. No. INVIMA 2005 M-0004540

Angestál[®]

(Enantato de Noretisterona 50 mg / Valerato de Estradiol 5 mg)



Reg. San. No. INVIMA 2006 M-0006359

Cetol[®]

(Acetato de Cipoterona 2,0 mg / Etinil estradiol 0,035 mg)



Reg. San. No. INVIMA 2009 M-0009115

Diaded[®]

(Levonorgestrel 1,5 mg)



Reg. San. No. INVIMA 2008M-0007942

Cualquier información adicional sobre nuestros productos, lláma sin costo adicional al 01 8000 523339 o visite nuestra página Web www.tecnoquimicas.com

MK[®]
MEDICAMENTOS
TOTALMENTE CONFIABLES

tq
Tecnoquímicas

En COOMEVA MEDICINA PREPAGADA existe un sitio web dedicado exclusivamente a los profesionales de la salud.

**CooMeVa** Medicina Prepaga
Nos facilita la vida

Web CooMeVa Google Buscar

Portal CooMeVa CooMeVa Móvil Últimas Noticias

Comunidades



Profesionales de la Salud

Afiliados Profesionales de la Salud

Cumpeñaños

- Arteta Tapias Lilibeth
Medico General
Barranquilla
- Castellanos Mantilla
Jesus Her
Pediatria
Bogota D.C.

Profesionales

- Servicios en Línea
- Documentos de Ley
- Directorios
- Noticias de Prestadores

Consultas

- Publicaciones
- Enlaces de Interés
- Eventos Académicos

Contáctenos



Síguenos aquí





DIRECTORIO
PROFESIONALES E INSTITUCIONES
DEL SERVICIO DE SALUD **2010**
Conozca los profesionales de la salud que hacen parte de nuestra red de prestación a nivel nacional.

Información de interés



En nuestra Oficina Virtual sus transacciones son más seguras



Conozca más sobre las centrales de riesgo y el habeas data



Abrimos nueva oficina: La Dorada Caldas



Este 9 de febrero en Cali: sorteo de un crucero por el Caribe

Nuestros Profesionales



Encuentros personalizados con la Gerencia



Día del Prestador CooMeVa Medicina Prepaga en Bogotá



Reconocimiento al Doctor Antonio Habib Habib en Barranquilla



Artículo: Complicaciones y recurrencia en el tratamiento del carcinoma papilar de tiroides

Vivir Mejor



El autocontrol es contagioso según investigación de la Universidad de Georgia



Cinco efectos saludables de una taza de café



¿Por qué seguir estudiando? Estudios con peso en la hoja



Eventos Académicos



Próximos eventos académicos para profesionales de la salud

Públicos

Sector Financiero

Sector Recreación y Turismo

Sector Recreación y Turismo

Sector Protección

Otras empresas y Unidades

VIGILADO Supersalud 