

**Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires****PRESIDENTE:** DRA. MARÍA SALOMÉ PILHEU**VICEPRESIDENTE:** DR. MIGUEL ÁNGEL FALASCO**SECRETARIO:** DR. FEDERICO BOTTARO**PROSECRETARIO:** DR. DANIEL ROMANO**TESORERA:** DRA. MARÍA INÉS VÁZQUEZ**PROTESORERO:** DR. JORGE CASTAGNINO**VOCALES TITULARES:**

DRA. GRACIELA FERNÁNDEZ, DR. DANIEL LUIS CARNELLI Y DR. JOAQUÍN MERCADO

VOCALES SUPLENTES:

DRA. ANDREA PISAREVSKY, DRA. NOEMÍ GARRO† Y DR. ALEJANDRO CAROSIO

ÓRGANO DE FISCALIZACIÓN:

DR. RODOLFO BADO Y DRA. VIVIANA FALASCO

COMITÉ DE DOCENCIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS**DIRECTOR:** DR. REUSSI ROBERTO**SUB-DIRECTOR:** DR. MERCADO JORGE**SECRETARIO:** DR. BADO RODOLFO JORGE**VOCALES:** DRES. MAINO RODOLFO, MARONGIU FEDERICO ANTONIO, FALASCO MIGUEL ÁNGEL, FALASCO SILVIA**Revista de Medicina Interna****DIRECTOR:**
Dr. Luis María Carnelli**SECRETARIA DE REDACCIÓN**
Dra. Silvia Falasco**RELACIONES INSTITUCIONALES**
Dr. Osvaldo Cerdá**CONSEJO EDITORIAL Y DE ARBITRAJE****Dr. Rodolfo Bado**, Expresidente de ISIM (International Society of Internal Medicine). Ex-Prof. Adjunto Curso Especialista en Terapia Intensiva Universidad del Salvador**Dr. Mario Bruno**, Presidente de la Sociedad de Periodismo Médico y de la Sociedad de Cancerología. Asociación Médica Argentina**Dr. Norberto Cardozo**, Jefe de Servicio Clínica Médica Htal. "R. Larcade de San Miguel". Prof. Adjunto de Medicina Interna**Dr. Samuel Córdova Roca**, Prof. Emérito de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés. Jefe del Servicio de Medicina I-Cardiología Htal. de Clínicas Universitario. Bolivia**Dr. Jorge Daruich**, Jefe Sección Hepatología, Hospital de Clínicas "José de San Martín", Facultad de Medicina, UBA y de la Fundación de la Hemofilia**Dra. Ana María Di Lonardo**, Prof. Titular de Inmunología Básica y Clínica Facultad de Medicina UCES. Fundadora del Banco Nacional de Datos Genéticos**Dr. Miguel Ángel Falasco**, Jefe de Servicio de Docencia e Investigación HIGA "Pedro Fiorito". Prof. Titular de Medicina Interna, Universidad Favaloro**Dra. Viviana Falasco**, Jefa de Servicio Clínica Médica HIGA "Pedro Fiorito". Prof. Adjunta Medicina Interna Universidad de Bs. As.**Dra. Margarita Gaset**, Jefa de Departamento Medicina HGA "Dr. Parmenio Piñero". Prof. Adjunta Medicina Interna, Universidad Favaloro**Dr. Jorge Giannattasio**, Médico Sanitarista y Oncólogo. Médico Consultor del Hospital Tornú**Dra. Ana Matilde Israel**, Ex jefa del Departamento de Medicina del Hospital Rivadavia. Docente Asociado de la UBA UDH Rivadavia**Dra. María Cristina Jiménez Bazzano**, Magister en Educación Médica Superior. Prof. Titular Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción. Paraguay**Dr. Rodolfo Maino**, Miembro fundador de la Sociedad Argentina de Genética Médica. Ex Jefe sección Inmunología del Hospital Rivadavia**Dr. Federico Marongiu**, Doctor en Medicina de la Universidad de Bs. As. y de la Universidad de Friburgo de Alemania. Ex. Jefe Departamento de Medicina Interna Hospital Alemán**Dr. Marcelo Melero**, Doctor en Medicina. Director de la Carrera de Médicos Especialistas Universitarios en Medicina Interna, Facultad de Medicina, UBA**Dr. Jorge Mercado**, Fellow American College of Physicians, Miembro de Honor de la Asociación Médica Argentina**Dr. Florencio Olmos**, Presidente de la Sociedad de Medicina Interna de Bs. As.**Dr. Félix Puchulu**, Jefe de División Diabetología Hospital de Clínicas "José de San Martín"**Dr. Eduardo Penny Montenegro**, Profesor Asociado Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú**Dr. Roberto Reussi**, Vicepresidente de la Asociación Médica Argentina. Presidente de la Fundación Reussi**Dr. Iván Darío Sierra Ariza**, Profesor Consultor permanente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia**Dr. Hugo Sprinsky**, Jefe de Terapia Intensiva Instituto Otorrinolaringológico Arauz**Dr. Carlos Tajer**, Jefe del Servicio de Cardiología, Hospital "El Cruce"**Dra. Susana Turyk**, Doctora en Medicina. Jefa Servicio Genética Médica, Hospital Británico de Buenos Aires**Dr. Eusebio Zabalúa**, Presidente del Comité de Docencia de la Fundación Arauz

Revista de Medicina Interna es el órgano de comunicación de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires. Es una publicación trimestral.

Propietario: Sociedad de Medicina Interna de Bs. As. Registro de la Propiedad Intelectual N° RL_2018-49013731 APN-DNDA#MJ - ISSN 1669-5089

ISSN ON-LINE 1669-6611. La Revista de Medicina Interna es indizada por SIIC Data Bases. Indizada en Latindex.

En Internal medicine: Free medical journals and Revistas médicas en español de acceso libre. El contenido de los artículos firmados es responsabilidad de los autores. Ninguna parte de esta revista podrá ser reproducida por ningún medio, incluso electrónico, ni traducida a otros idiomas sin autorización escrita de sus editores.

Editada por GPS Editores. E-mail: rogapa62@gmail.com - Impresa en GRÁFICA PINTER S.A., D. Taborda 48 C.A.B.A.

EDITORIAL

03

GESTANDO NUEVOS INTERNISTAS

*DR. ROBERTO REUSSI
DR. JORGE N. MERCADO*

CASO CLÍNICO

05

PERICARDITIS PURULENTO POR ESTREPTOCOCCO VIRIDANS

DRES. CATALDI AMATRIAIN ROBERTO, ARENA ALBERTO, NEGRI LUCIANO, ESCOBAR GARCÍA ADEL, BAEZ LORENA, DOLCEMELO LUCAS, AMARO FRANCO, OTTAVIANI MATÍAS

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

11

SALUD SEXUAL Y CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES QUE CONCURREN AL HOSPITAL PEDRO FIORITO DE AVELLANEDA, PROVINCIA DE BS. AS.

DRES. PANARDO KAREN F, FERRANDO GABRIELA S, MONTES FERNÁNDEZ MAYRA M, OTERO GABRIELA L, PRESTA GABRIEL F, PREMAT LAURA M

TEMAS DE PATOLOGÍA AMBULATORIA DEL ADULTO MAYOR

19

ANESTESIA EN GERIATRÍA

DR. ROMANO DANIEL

TRABAJO DE REFLEXIÓN

23

RIESGO CARDIOVASCULAR Y ESTATINAS. NECESARIAS PERO CON PRECAUCIONES

DR. OLMOS FLORENCIO

ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

25

ALGORITMO TERAPÉUTICO DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU) ASOCIADO A SONDA VESICAL (SV)

DRA. SILVIA I. FALASCO

GESTANDO NUEVOS INTERNISTAS

La Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires cumple 100 años de existencia y renovando su apuesta formativa, se adapta a las exigencias educativas de la Argentina, iniciando este año el Curso trianual Universitario de Especialistas en Medicina Interna-Clinica Médica junto a la Fundación Barceló.

Esta carrera se dicta en el ámbito de la Asociación Médica Argentina y es organizada por SMIBA desde hace 43 años.

La Asociación Médica Argentina, entidad madre de las asociaciones médicas de nuestro país, fue fundada hace más de 120 años, en 1891. La Sociedad de Medicina Interna presidida hoy por la Dra. María Salomé Pilheu nació hace 100 años como filial de la Asociación Médica en el año 1919 en esta misma casa y sesiona sin interrupción desde entonces.

El objetivo fundacional de nuestra sociedad fue promover y transmitir el conocimiento, manteniendo esa idea hasta la actualidad. La mayoría de los alumnos del curso ronda estadísticamente los treinta años, es decir que están iniciando sus carreras, actuando en primera línea en la atención de los enfermos en cualquiera de los ámbitos en que la desarrollen, hospitales públicos, privados, de comunidad, provinciales o municipales.

Al aceptar el desafío de formar a los nuevos internistas, creemos oportuno mostrarles nuestra perspectiva, la mirada con la que nosotros, con algunos años más de experiencia, vemos discurrir la profesión.

La medicina actual o moderna, con todas las maravillas en cuanto a avances en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades prevalentes, ha entrado en crisis en varios aspectos:

1) Crisis de conocimiento. Qué es y qué no es evidencia

- 2) Crisis de atención con falta de empatía, compasión, dignidad y autonomía
- 3) Crisis de seguridad del paciente, negligencia, iatrogenia, mala praxis, exceso de mortalidad
- 4) Crisis de seguridad de los médicos, maltrato, agresión física, juicios
- 5) Crisis de costos con amenaza de quiebra de sistemas públicos y privados
- 6) Crisis de gestión clínica e institucional, falta de líderes de grupo y grupos de pertenencia

Luego de un siglo de empirismo y lo que creemos avances, se ha perdido el humanismo en la medicina. Sólo una medicina centrada en la persona puede cambiar esta realidad. Se requiere una filosofía y técnica del cuidado de los enfermos que permitan a los médicos y a los sistemas de salud integrar la rehumanización en la práctica clínica con el continuo avance científico y tecnológico.

Nuestro compromiso es innovar en la docencia para conseguir estos logros. Por eso para AMA - SMIBA éste no es sólo un curso sino un proyecto, convertir médicos generalistas en buenos internistas que sirvan a este objetivo.

Los que inician el curso han elegido la medicina interna como su forma de ejercer la profesión. Es la especialidad más gratificante y completa, mezcla de arte y ciencia que permite atender simultáneamente múltiples patologías con una visión holística que abarca los aspectos físicos, emocionales y el entorno social del paciente. Pero también es una forma de acto médico que contiene el costo de la atención, por eso el internista es el médico más adecuado para iniciar este proceso de rehumanización de la medicina.

A partir de este año la formación de los nuevos internistas se desarrollará en tres años con módulos teóricos de cada sub especialidad para, junto a la imprescindible actividad que desarrollan en la práctica diaria, avanzar en el conocimiento de los temas o novedades más importantes que se dan en las clases del curso universitario.

Una completa bibliografía traducida al español y seleccionada por el Dr. Rodolfo Maino facilita el trabajo de buscar las mejores fuentes para completar los conocimientos adquiridos.

En vísperas de iniciar las actividades académicas no podemos dejar de mencionar a quienes nos precedieron, nuestros maestros que dieron brillo a este curso. El primer director y fundador, el Dr. Carlos Reussi, seguido por el

Dr. Jorge Pilheu, luego el Dr. Miguel Falasco, quienes durante años permitieron el crecimiento y la jerarquización de la docencia eligiendo a los mejores especialistas y acompañando a cada alumno en su formación. Pensar en ellos es como traerlos de nuevo a la vida, recordando anécdotas imborrables del paso de estos personajes con sus enseñanzas y consejos.

La vida nos enseña que todo es renovación, también lo es la tarea de la formación de un internista. SMIBA desde hace 100 años sigue, fiel a sus principios, liderando esta desafiante e imprescindible vocación educativa.

Dr. Roberto Reussi
DIRECTOR DEL CURSO

Dr. Jorge N. Mercado
SUB DIRECTOR DEL CURSO

PERICARDITIS PURULENTA POR ESTREPTOCOCCO VIRIDANS

PURULENT PERICARDITIS CAUSED BY STREPTOCOCCUS VIRIDANS

DRES. CATALDI AMATRIAIN ROBERTO*, ARENA ALBERTO **, NEGRI LUCIANO***, ESCOBAR GARCÍA ADEL****, BAEZ LORENA****, DOLCEMELO LUCAS****, AMARO FRANCO *****, OTTAVIANI MATÍAS *****

RESUMEN

La pericarditis purulenta es una entidad poco frecuente, que cursa con pus franco o con derrame microscópicamente purulento en el pericardio, y que tiene alta mortalidad. El diagnóstico puede sospecharse ante un paciente febril, con falla cardíaca derecha y foco infeccioso primario. Sin embargo, muchas veces es subdiagnosticada ya que no todos los casos tienen la misma forma clínica de presentación, en consecuencia el tratamiento se demora. Presentamos un caso complejo e ilustrativo de este diagnóstico.

Palabras clave: pericarditis purulenta, pericardio.

ABSTRACT

Purulent pericarditis is a rare disease characterized by frank pus or microscopically purulent effusion in the pericardial sac with high mortality. The diagnosis can be suspected in a febrile patient, with data of right heart failure and a primary infectious focus. However, it is often underdiagnosed since not all cases are presented in the same way and the diagnosis along with the treatment is difficult, becoming a real challenge. We present an illustrative case with this diagnosis, as well as other etiological possibilities.

Keywords: purulent pericarditis, pericardium.

INTRODUCCIÓN

La pericarditis purulenta o infección del espacio pericárdico se caracteriza por la presencia de pus grueso o purulencia microscópica (> 20 leucocitos por campo) (1). Galeno fue de los primeros en reconocer y tratar la pericarditis purulenta al reseca el esternón “putrefacto” de un paciente con pericarditis postraumática y observó “mortificación del pericardio” en un paciente que sobrevivió (2). A comienzos del siglo XIX ya se sabía que podían producirse colecciones de líquido purulento en el pericardio en aquellos pacientes que tuviesen neumonías y pleuritis, e intentaron su tratamiento con drenaje percutá-

neo y pericardiectomía (3). Actualmente es una enfermedad aguda y grave, poco frecuente y con alta mortalidad, sobre todo si el diagnóstico o el tratamiento se demoran.

Los principales agentes etiológicos son: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* o *Streptococcus pyogenes* (4). Los factores predisponentes incluyen neumonía bacteriana, cirugía cardíaca o torácica previa, inmunosupresión, abuso de alcohol, pericarditis aséptica preexistente y microorganismos infecciosos (5). Existen varios mecanismos por los cuales los pacientes desarrollan este tipo de pericarditis: diseminación directa desde un foco infec-

*Presidente Comité Docencia e Investigación

**Director Médico

***Jefe UTI

****Médico Residente

Clínica Privada del Carmen. Zárate. Provincia de Buenos Aires
e-mail: rcataldi@intramed.net

Fecha de recepción: 12 de marzo de 2018

Fecha de aceptación: 15 de abril de 2018

cioso intratorácico, incluida la extensión desde un foco de miocardio o contaminación directa por trauma o cirugía torácica, propagación hematológica o extensión desde un foco supurativo subdiafragmático. En la era pre-antibiótica, la extensión pulmonar directa representó la probable vía de adquisición en casi dos tercios de los casos. En dos de las series más grandes de casos de pericarditis purulenta en la era antibiótica, la extensión pulmonar directa representó 20 y 25 % de las infecciones respectivamente, mientras que la diseminación hematológica ocurrió en 29 y 22 %, perforación o cirugía en 24 y 29 %, absceso y / o endocarditis miocárdica en 22 y 14 % (2).

Las principales manifestaciones clínicas son fiebre, escalofríos, disnea, taquipnea, tos, debilidad y taquicardia fuera de proporción a la fiebre. El dolor torácico aparece en alrededor del 50% de los pacientes (6). El curso clínico de la pericarditis purulenta suele ser fulminante y cursa con shock debido al colapso cardiovascular y / o los fenómenos sépticos. También la clínica puede tener un curso insidioso.

Se presenta el caso de un paciente con una pericarditis purulenta, de curso clínico atípico, y cuyo agente etiológico fue el *Streptococcus Viridans*.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, caucásico, de 66 años de edad, proveniente de zona de Islas (Delta del Paraná), ocupación pescador, que consulta por dolor abdominal continuo en epigastrio e hipocondrio derecho, acompañado de disfagia para sólidos y líquidos posterior a la ingesta accidental de un cartílago de pescado. También refiere astenia, adinamia e hiporexia de pocos días de evolución y, en la anamnesis se detecta que en la última semana tuvo episodios de disnea paroxística nocturna. Hace 4 días, después de la ingesta del cuerpo extraño, se le realizó una videoendoscopia digestiva alta en otra institución que informa: úlcera lineal en esófago distal, gastroduodenitis erosiva, formación gástrica con umbilicación cen-

tral (¿páncreas aberrante?) y úlcera duodenal; no se visualizó el cuerpo extraño. Antecedentes personales de Diabetes Mellitus tipo 2, diagnosticada hace 5 años y sin adherencia al tratamiento; tabaquista de 10 cigarrillos /día desde la adolescencia; enolista (1 litro de vino diario); colecistectomía laparoscópica hace varios años.

Al examen físico, paciente lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona, facies compuesta, afebril, ortopnea, buen estado nutricional, con palidez mucocutánea, paradentosis, frecuencia respiratoria 30 p.m., saturación de oxígeno 94% con aire ambiente, frecuencia cardíaca 105 p.m. y ritmo regular, tensión arterial 120/80 mm/Hg, turgencia yugular. Ruidos cardíacos conservados y silencios libres. Presenta submatidez en área subescapular derecha y estertores crepitantes bibasales de predominio derecho. Abdomen distendido, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, reflujo hepatoyugular, hepatomegalia con borde inferior a 3 traveses de dedo por debajo del reborde costal, regular, blando y doloroso.

Radiografía de tórax: acentuación de la trama vascular, hilos congestivos a predominio del derecho, derrame pleural bilateral y silueta cardíaca aumentada.

Figura 1. Derrame pleural derecho.



ECG: ritmo sinusal, complejos QRS con bajo voltaje en derivaciones frontales, amplitud de onda R en V2.

Laboratorio de ingreso: hemograma normal glucemia 706 mg/dl, urea 187 mg/dl, creatinina 2,99 mg/dl, TGO 95 UI, TGP 326 UI, FAL 677u/l, bilirrubina total 1,21 mg/dl bilirrubina directa 0,12 mg/dl bilirrubina indirecta 1.09 mg/dl, troponina negativa, LDH 514 u/l, PCR positiva, TP 19.6 seg., RIN 1,59 seg., TPT 50%, Na 125 mg/dl, K 5,5 mg/dl, Cl 85meq/l, ácido base PH 7,35, Po2 72 mmHg, PCO2 23,8 mmHg, HCO3 15,5 mmHg. Anión GAP 21,9%.

Otros estudios realizados: serología para VIH negativa; serologías para hepatitis A, B, C negativas; perfil tiroideo normal; hemocultivos y urocultivo negativos.

Ecocardiograma: hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo, aurícula izquierda dilatada, función sistólica preservada, función sistólica VD normal, pericardio con derrame severo sin compromiso hemodinámico.

TAC de tórax y abdomen: derrame pericárdico y pleural bilateral e importante, sin adenomegalias ni masas en mediastino; líquido libre perihepático, periesplénico, pararenal bilateral; imagen redondeada de densidad de partes blandas en polo inferior del riñón derecho que refuerza con el contraste endovenoso; pelvis con líquido en fondo del saco de Douglas (figura 2). En el informe se sugirió descartar poliserositis y tumor renal.

Figura 2. Derrame pericárdico y pleural bilateral a predominio derecho.



Figura 3. Líquido perihepático y perirrenal.



La ecografía de abdomen evidenció líquido en diferentes espacios del abdomen y pelvis coincidiendo con el informe de la TAC.

Evolución: el paciente presentó disminución de la tensión arterial, progresión de la disnea, hiperglucemia, retención nitrogenada y acidosis metabólica, motivos por los que ingresa a Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Se realiza toracentesis extrayendo líquido de aspecto cetrino que por laboratorio fue un trasudado. Se posterga la realización de pericardiocentesis por

prolongación de los tiempos de coagulación. Se realiza pericardiocentesis luego de transfundir 3 unidades de plasma fresco congelado y se obtiene 250 cc de líquido purulento. El examen citoquímico informa: aspecto purulento, leucocitos de 517.000 por mm³, tinción de Gram cocos positivo, BAAR negativo. Se realiza lavado de cavidad pericárdica, dejándose drenaje mediastínico K225. Se inicia tratamiento de forma empírica con vancomicina y ceftriaxona (17). Posteriormente el cultivo reportó positivo para *Streptococo Viridans* sensible a vancomicina.

Se reinterroga al paciente y al grupo familiar procurando hallar antecedentes infecciosos que pudieran explicar la pericarditis purulenta. Un dato omitido fue que 15 días antes de la internación lo asistió un odontólogo por un absceso dentario, siendo tratado con analgésicos y antibióticos.

Debido a la persistencia del derrame y de los fenómenos sépticos, se deriva a centro de cirugía cardiovascular para probable realización de pericardiectomía que finalmente no se realizó, pero sí lavados frecuentes de la cavidad pericárdica, evidenciando una buena evolución clínica.

DISCUSIÓN

En el paciente concurrían diferentes patologías que lo tornaban clínicamente complejo y de difícil manejo. La pericardiocentesis reveló un líquido purulento, a diferencia de la pleurocentesis que se realizó con anterioridad y que fue un trasudado, fenómeno que orientó hacia otra patología hasta entonces no contemplada. Tenía varios factores de riesgo para pericarditis purulenta, como diabetes no tratada, insuficiencia renal, presunto tumor renal, ingesta de cuerpo extraño y finalmente absceso dentario. La presentación clínica fue atípica. Es de consignar que el paciente era renuente a las consultas médicas.

La pericarditis purulenta es una entidad rara en el mundo desarrollado. Suele presentarse con una descompensación cardiovascular aguda y una clínica de sepsis que este paciente no evidenció al ingreso. En una revisión retrospectiva realizada en España entre 1972 y 1991, sólo se observaron 33 casos en una población interna de 593.600 pacientes hospitalizados; el diagnóstico no se estableció hasta la autopsia en 14 de estos casos (7). La pericarditis bacteriana no suele ser una infección primaria pero es casi exclusivamente una complicación de una infección subyacente.

En la era pre-antibiótica la pericarditis bacteriana en los pacientes frecuentemente era desencadenada por neumonía con empiema y el microorganismo más común era el *Streptococcus pneumoniae* (8).

En la era antibiótica el organismo causal más común es *Staphylococcus aureus* (2). Estudios recientes han notado una tendencia hacia la participación de otros microbios, y los anaerobios han sido reportados como una causa común de infecciones pericárdicas (1-9). En un estudio retrospectivo de infecciones anaeróbicas primarias, el 40% de los casos eran infecciones mixtas (aeróbica / anaeróbica); en 13% no hubo diferencias clínicas o diagnósticas entre estos tipos de infecciones (1). Las etiologías actuales de pericarditis bacteriana incluyen la siembra bacteriana en la circulación, fuente intratorácica contigua (empiema), trauma penetrante, heridas quirúrgicas (osteomielitis esternal), fuente intracardiaca, esofágica por ruptura con formación de fistula, absceso retrofaríngeo, dentales y absceso hepático /subdiafragmático (10-11-12).

Los factores de riesgo reconocidos para la pericarditis bacteriana incluyen la edad avanzada, diabetes mellitus no tratada, infecciones (neumonía), quemaduras extensas, estado de inmunosupresión, cirugía cardíaca, trauma torácico y derrame pericárdico preexistente (insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca congestiva) (11-13).

La pericarditis purulenta es típicamente una enfermedad aguda caracterizada por fiebre alta, taquicardia, tos y dolor torácico (independientemente del patógeno involucrado o la patogenesis de la infección). La duración media de los síntomas antes de la hospitalización puede ser de tres días (rango de uno a seis días) (2). En otra serie, las características clínicas de la pericarditis desarrollaron una media de 10 días después del inicio de la infección predisponente (14). La fiebre puede estar presente en la gran mayoría de los pacientes (2,7). El dolor torácico es menos común en la pericarditis purulenta que en las pericarditis agudas de otras etiologías (del 25 al 37 % de los pacientes) (2,7). El dolor torácico puede ser pleurítico o no pleurítico. En el contexto del postoperatorio, la mayoría de los pacientes con pericarditis purulenta tienen signos de mediastinitis o infección de la herida del esternón (2). Un frote por fricción pericárdica

está presente en 35 a 45 % de los pacientes con pericarditis purulenta (2,7). La incidencia de taponamiento cardíaco ha variado de 42 a 77 % en diferentes series; la descompensación cardíaca súbita puede conducir rápidamente a la muerte (2,7). La mayoría de los pacientes con pericarditis purulenta está gravemente enferma. Los pacientes ocasionalmente tienen un curso de infección relativamente indolente.

La detección temprana y efectiva requiere de habilidad para lograr un diagnóstico correcto. Por lo tanto los médicos deben estar muy alertas al tipo de configuración de la enfermedad. Reconocer una infección pericárdica purulenta en un paciente con múltiples comorbilidades puede ser difícil. El diagnóstico rápido se logra a menudo con la ayuda de la ecocardiografía, tomografía computarizada (TC) y/o hallazgos clínicos como el pulso paradójico o la disminución de los ruidos cardíacos, y se produce cuando el pus drena al espacio pericárdico o cuando las bacterias se cultivan a partir del líquido pericárdico.

La infección por *Streptococcus Viridans* rara vez se encuentra en la pericarditis purulenta. Por lo general se combina con otros microorganismos (1). El curso clínico de la infección estreptocócica por *Viridans* en general es subagudo o crónico, con ausencia de signos tóxicos (15). Las fuentes comunes de *Streptococcus Viridans* en la pericarditis purulenta se encuentran en la mediastinitis por ruptura esofágica, lesiones dentales y absceso retrofaríngeo, endocarditis infecciosa, cirugía de tórax, traumatismo y neumonía (2,8). La posible fuente en el presente caso podría estar relacionada con el absceso dental o con una microperforación esofágica inadvertida por los antecedentes mencionados en

la historia clínica. La pericardiocentesis y el drenaje de pus, así como el tratamiento con antibióticos precoz, son obligatorios para los pacientes con pericarditis purulenta (4,6). En pacientes tratados sólo con antibióticos sin drenaje pericárdico, existe un desarrollo rápido e inesperado de derrame pericárdico severo que puede dar como resultado un colapso cardiovascular súbito y muerte por taponamiento cardíaco (10,16). Sin embargo, si el curso clínico es indolente, la tinción de Gram es útil para las decisiones clínicas, incluida la selección de agentes antimicrobianos, la cirugía pericárdica y consecuente predicción pronóstica. Si el microorganismo causal es *Haemophilus influenza*, se recomienda una pericardiectomía precoz, ya que los exudados en el espacio pericárdico se describen con la densidad de “huevos revueltos” y difícilmente pueden drenarse con un catéter. En nuestro caso, se observó derrame pericárdico lobulado, persistente, por lo que el paciente requería de una pericardiectomía para evitar complicaciones y minimizar el sufrimiento.

En **conclusión**, la pericarditis purulenta es una enfermedad con potencialidad letal, de ahí la importancia del diagnóstico oportuno y del tratamiento correcto. En ocasiones se demora el diagnóstico por sus diferentes formas clínicas de presentación (como en el presente caso) e incluso se habla de subdiagnóstico. Se deben prevenir las complicaciones como el colapso circulatorio, el taponamiento cardíaco, así como los fenómenos sépticos y la falla multiorgánica, para ello es de rigor un drenaje percutáneo (catéter) y el tratamiento antibiótico. Se imponen el análisis del líquido mediante la tinción de Gram, el cultivo y el tratamiento antibiótico correcto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brook I, Frazier, EH. Microbiology of acute purulent pericarditis: a 12-year experience in a military hospital. *Arch Intern Med* . 1996;156:1857-60.
2. Rubin RH, Moellering RC. Clinical, microbiologic and therapeutic aspects of purulent pericarditis. *Jr Am J Med*. 1975;59(1):68 Boyle JO, Pearce ML Purulent pericarditis. Review of the literature and report of eleven cases, Guze LB *Medicine (Baltimore)*. 1961; 40:119.
3. Lange RA, Hillis LD. Acute pericarditis. *N Engl J Med* 2004; 351:2195-202.
4. Spodick DH. Acute pericarditis current concepts and practice. *JAMA* 2003;289:1150-3.
5. Troughton RW, Asher CR, Klein AL. Pericarditis. *Lancet* 2004; 363:717-27.
6. Sagristà-Sauleda J, Barrabés JA, Permanyer-Miralda G, Soler-Soler J. Purulent pericarditis: review of a 20-year experience in a general hospital. *J Am Coll Cardiol* 1993; 22:1661.
7. Klacsmann PG, Bulkley BH, Hutchins GM. The changed spectrum of purulent pericarditis: an 86 year autopsy experience in 200 patients. *Am J Med* 1977;63:666-73.
8. Brook I. Pericarditis due to anaerobic bacteria. *Cardiology* 2002;97:55-8.
9. Little WC, Freeman GL. Pericardial disease [published erratum appears in *Circulation* 2007;115:e406]. *Circulation* 2006;113:1622-32.
10. Pankuweit S, Ristic AD, Seferovic PM, Maisch B. Bacterial pericarditis: diagnosis and management. *Am J Cardiovasc Drugs* 2005;5:103-12.
11. Goodman LJ. Purulent pericarditis. *Curr Treat Options Cardiovasc Med* 2000;2:343-50.
12. Kenney RT, Li JS, Clyde WA Jr, et al. Mycoplasmal pericarditis: evidence of invasive disease. *Clin Infect Dis* 1993; 17 Suppl 1:S58.
13. Mylonakis E, Calderwood SB. Infective endocarditis in adults. *N Engl J Med* 2001;345:1318-30.
14. Imazio M, Trinchero R. Triage and management of acute pericarditis. *International Journal of Cardiology* 2007;118:286
15. Morgan RJ, Stephenson LW, Edmunds H. Surgical treatment of purulent pericarditis in children. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1983.
16. Sanford Guía Terapéutica Antimicrobiana 2017.

SALUD SEXUAL Y CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES QUE CONCURREN AL HOSPITAL PEDRO FIORITO DE AVELLANEDA, PROVINCIA DE BS. AS.

SEXUAL HEALTH AND SEXUAL RISK BEHAVIOR IN ADOLESCENTS WHO ATTEND TO PEDRO FIORITO HOSPITAL, AVELLANEDA, PROVINCE BS. AS.

DRES. PANARDO KAREN F*, FERRANDO GABRIELA S**, MONTECINOS FERNÁNDEZ MAYRA M***, OTERO GABRIELA L****, PRESTA GABRIEL F****, PREMAT LAURA M****

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El aumento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y embarazos no deseados en la población general y sobre todo en los adolescentes, en los últimos años en nuestra región resulta alarmante. Se realiza este trabajo con el fin de plantear niveles de conocimiento y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes para fortalecer medidas y disminuir la morbilidad.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo-observacional de corte transversal analítico. Realizamos en el período de junio a agosto de 2018, una encuesta estructurada y anónima, autocumplimentada, previa información de los objetivos, de carácter voluntario, obteniendo una muestra aleatoria simple de 94 adolescentes de 11 a 19 años que concurren al Hospital Pedro Fiorito.

Se recogieron datos generales demográficos (edad- sexo) y los relacionados a sexualidad (actividad sexual, embarazo, Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), métodos de prevención).

SUMMARY

INTRODUCTION

The increase of sexually transmitted diseases (STDs) and unwanted pregnancies in general population and specially in adolescents, in the last years is alarming in our region. This work is carried out in order to raise levels of knowledge and attitudes about adolescent sexuality and strengthen measures and reduce morbidity.

MATERIALS AND METHODS

Descriptive-observational study of analytical cross section. From June to August 2018 we conducted, a structured, anonymous, non-compulsory, self-completed survey, obtaining a simple randomized sample of 94 adolescents (11 to 19 years old) who consult to our hospital.

General demographic data (age-sex) and information about sexual activity, pregnancy, STDs, methods of prevention were obtained.

* Jefa de Área Programática

** Médica Interina de Medicina General y Coordinadora Docente

*** Jefa de Residentes de Medicina General

**** Médico Residente, Residencia de Medicina General Integral Hospital Interzonal General de Agudos "Pedro Fiorito" E-mail: ferrandogabriela@yahoo.com.ar

El presente trabajo no recibió ningún tipo de apoyo financiero.

Fecha de recepción: 20 diciembre de 2018

Fecha de aceptación: 30 de enero de 2019

RESULTADOS

Se incluyeron 94 adolescentes (64% femeninos, 36% masculinos), 74.5% habían iniciado relaciones sexuales (la mediana de inicio fue 14 años) y solo el 40 % utilizaba preservativo siempre. 98% de los encuestados conoce sobre VIH y 80.3% sabe cómo infectarse. Con respecto a la información sobre educación sexual el 31.6 % la recibió de sus padres. 95 % conoce las ETS y 65% reconoce los síntomas específicos.

CONCLUSIONES

Los adolescentes en su mayoría conocen las ETS pero no sus características específicas, además, el escaso o nulo uso de métodos anticonceptivos generan un aumento alarmante en las conductas de riesgo. Por lo tanto, deberíamos trabajar en la prevención y educación.

Palabras claves: Adolescentes, ETS, conocimiento, prevención, educación.

INTRODUCCIÓN

Actualmente en Argentina la población de adolescentes representa el 16,9% de la población total. La franja entre 11 y 19 años, constituye un importante recurso para el desarrollo.

La adolescencia es un período formativo crucial que moldea la forma en que vivirán sus años adultos, no sólo con relación a su salud sexual y reproductiva, sino también en su vida productiva, social y económica.

La escasez de programas efectivos de educación sexual, y el abordaje de la planificación familiar es una asignatura pendiente en este grupo etario y están generando que los adolescentes incurran en conductas de alto riesgo o sostengan creencias erróneas sobre la sexualidad. Cada vez más jóvenes van aumentando estas conductas por falta de información, lo cual impacta de manera alarmante en el número de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en nuestra localidad.

RESULTS

Ninety four adolescents were included (64% female, 36% male). 74.5% of them had initiated sexual relations, (median tart: 14 years old), only 40% always used condoms, 98% of respondents know about HIV, 80.3% know how to become infected. With regard to information on sex education, 31.6% received it from their parents. 95% know about Sexually Transmitted Diseases and 65% recognize the specific symptoms.

CONCLUSIONS

Most adolescents know STDs but not their specific characteristics, in addition, lower or not use of contraceptive methods generate an alarming increase in risk behaviors. Therefore we should work on prevention and education.

Keywords: *Adolescents, STDs, knowledge, prevention, education.*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera esta franja etaria como un grupo de riesgo en materia sexual: la falta de protección adecuada por no usar preservativos o anticonceptivos aumenta la incidencia de embarazos no deseados y contagio de enfermedades, como las de transmisión sexual o VIH (1).

Muchos de los adolescentes ha tenido experiencias sexuales y la mayoría de ellos tienen una actividad sexual plena y habitual, pero son pocos los que están correctamente informados de los riesgos que corren y de resultados no deseados. Además y según señalan diferentes investigaciones, los jóvenes se sienten poco preocupados por su salud y presentan desinterés por las informaciones negativas y amenazantes, manifestándose invulnerables a cualquier tipo de vivencia de riesgo. Se observa aumento de actitudes de exaltación, omnipotencia y egocentrismo, al que, por otro lado, valoran positivamente(2).

A nivel mundial se reconoce un aumento de la actividad sexual de los adolescentes y concomitantemente una disminución en la edad de inicio de las relaciones sexuales, incrementándose con esto la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años y la presencia de infecciones de transmisión sexual. Además del incremento de la actividad sexual desprotegida, el uso menos frecuente de preservativo y por la disminución del temor al contagio con HIV y el aumento de las re infecciones por falta de seguimiento de parejas que no concurren a la consulta. Por otra parte debemos mencionar el ascenso de conductas de riesgo (consumo de alcohol y tóxicos) y de problemas psicológicos como ansiedad e inseguridad. Por lo cual las tasas más altas de contagio se dan en los más jóvenes, homosexuales y trans. Los profesionales y estudios aseguran que la clave para el mejoramiento de esta problemática debe estar centrada en reforzar los trabajos en prevención y educación y el uso del preservativo siempre, ya que dichas ITS se transmiten tanto por sexo vaginal, oral o anal (3).

Los dos problemas médico-sociales más importantes que afectan a la juventud son el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual. Los conocimientos insuficientes o erróneos, la falta de orientación sexual y la falta de comunicación familiar conducen a situaciones conflictivas, de gran tensión y frustraciones que ocasiona un número considerable de madres jóvenes, paternidad irresponsable, deserción escolar, matrimonios precoces, abortos, aumento de infecciones de transmisión sexual en nuestro entorno, inicio temprano de la actividad sexual, trastornos y alteraciones psíquicas(4). Dada la relevancia implicada, este estudio busca fomentar la adopción de conductas sexuales saludables relacionadas con la anticoncepción en los adolescentes con estrategias que brinden información clara y correcta acerca del tema de la sexualidad, en su entorno, así como también lograr educarlos responsablemente, evitando así situaciones de

riesgo a las que se exponen al desconocer sobre dichos temas y prevenir la morbilidad.

OBJETIVOS

1.1 Objetivo general: Determinar el nivel de conocimiento y la percepción de riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) a fin de evaluar el grado de información existente en adolescentes entre 11 y 19 años que concurren al consultorio de Medicina General Integral y Demanda espontánea del HIGA Pedro Fiorito desde Junio a Agosto de 2018.

1.2 Objetivos específicos:

- Identificar el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y el acceso a los servicios de salud para la atención y prevención de ITS en adolescentes que concurren al consultorio de medicina general y demanda espontánea en el período mencionado.
- Evaluar prácticas de riesgo de ITS y métodos anticonceptivos más utilizados por la población de estudio.
- Determinar los niveles de participación en las acciones de prevención de ITS de la muestra de estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, de corte transversal, de diferentes tipos de variables. Se realizó una encuesta auto-administrada, previa información de los objetivos del estudio, con carácter voluntario a una muestra aleatoria simple de 94 adolescentes de 11-19 años que concurren al Hospital Fiorito entre Junio y Agosto de 2018.

Se recogieron datos demográficos (edad-sexo) y los relacionados a sexualidad (actividad sexual, embarazo, enfermedades de transmisión sexual, métodos de prevención).

- Criterios de inclusión: franja etaria de entre 11 y 19 años, aprobación de participación del estudio previo consentimiento informado.

- Criterios de exclusión: Edades mayores o menores de la propuesta, negativa a participar del estudio y respuestas contradictorias.
- Instrumento de recolección de datos: encuesta estructurada y anónima, auto-cumplimentada, previa información de los objetivos del estudio, carácter voluntario. En la encuesta mencionada se registraron dos tipos de preguntas, las que exploran datos demográficos y de información general, a las que el sujeto debía responder eligiendo su respuesta entre varias opciones que se le presentaban y las específicas de exploración de conocimientos y aptitudes. Cabe destacar que la encuesta, previo consentimiento del paciente, se realizó en consultorio y demanda espontánea. Se distribuyeron los cuestionarios a los pacientes, con el fin de mantener la confidencialidad y antes de la distribución de las preguntas se explicó a cada uno el tema y los objetivos pretendidos, solicitando la máxima sinceridad y haciéndoles saber que no había respuestas correctas o incorrectas, que todo lo que contestaran era válido siempre que reflejaran su propio y sincero pensamiento.
- Variables: las variables secundarias a analizar fueron: sexo, franja etaria, edad de inicio de las relaciones sexuales. La variable primaria y general fue evaluar el grado de conocimiento y actitudes sobre sexualidad (relaciones sexuales, embarazo y forma de evitarlo, Infecciones de Transmisión Sexual, uso de preservativos).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos se volcaron en una hoja de cálculo (Microsoft Excel y Access) y se procesaron estadísticamente.

Se estimaron tasas crudas y específicas por sexo y edad.

Se presentan las variables categóricas como porcentajes (Frecuencia Relativa y Frecuencia

Absoluta) e intervalos de confianza de 95% de acuerdo al tamaño de la muestra. Se empleó un nivel de significación del 10% a los fines de reducir el error alfa en muestras de tamaño grande.

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos de acuerdo a las variables secundarias de estudio fue el siguiente:

Variables secundarias

- Sexo, franja etaria de los 94 adolescentes que dieron su consentimiento para la participación en el presente estudio, 60 pertenecen al sexo femenino (64%) y 30 al sexo masculino (32%). (Anexo Gráfico 1).
- Edad de inicio de las relaciones sexuales: de los 94 encuestados, 70 declararon haberse iniciado sexualmente (74%) (Anexo Gráfico 2) el promedio de la edad del inicio sexual fue de 14 años \pm 1,4 de las cuales 60% eran mujeres. De la totalidad que iniciaron relaciones sexuales el 40 % utilizaban preservativo siempre, el 38 % de manera ocasional y el 16 % no lo hacían nunca. (Anexo Gráfico 3).

Variable primaria: Conocimiento y actitudes sobre sexualidad

- Fuente de información: de acuerdo a la tabla de registro, ante la consulta por la asistencia a charlas de información o talleres sobre Educación Sexual, de los 94 adolescentes, el 31.6 % refería haber recibido de los padres, 19.6 % en el colegio, siendo los profesores los referentes, 13.9% de amigos, 10% de folletos y revistas.
- Conocimiento de ETS, signos y síntomas: de la totalidad de los encuestados, 98 % manifestaron conocer el VIH, de los cuales solamente el 80.3% sabe cómo infectarse (Anexo Gráfico 4), y 95% conocen sobre ITS y solo el 65 % conoce los síntomas específicos (Anexo Gráfico 6).

➤ En cuanto a medidas de prevención, solo el 55 % de los adolescentes refiere utilizar preservativo para evitar el contagio de HIV (Anexo Gráfico 5).

➤ Consulta con personal de salud: de la totalidad de los encuestados, 49 que representan el 54 % de la muestra considera que no es necesario la consulta con personal de salud.

Gráfico 1: Porcentaje de distribución de la muestra por sexo (N:94). Fuente: elaboración propia de acuerdo al instrumento de análisis.

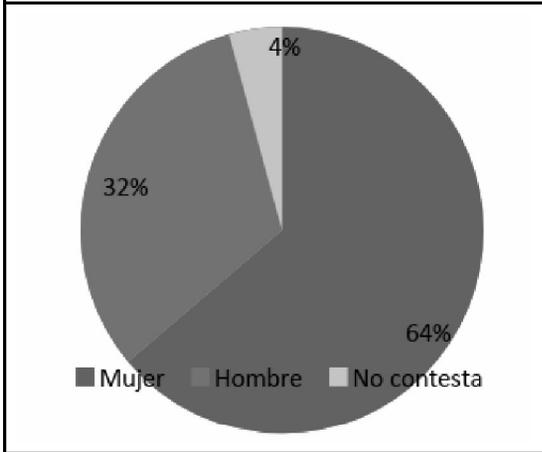


Gráfico 3: Porcentaje de distribución de uso de preservativos en la muestra. Fuente: elaboración propia de acuerdo al instrumento de análisis.

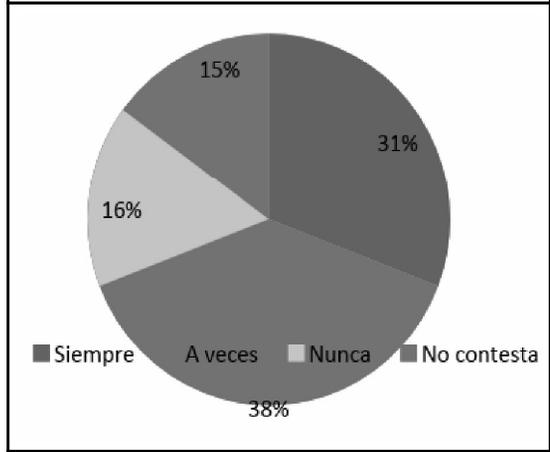


Gráfico 2: Porcentaje de distribución de inicio de relaciones sexuales. Fuente: elaboración propia de acuerdo al instrumento de análisis.

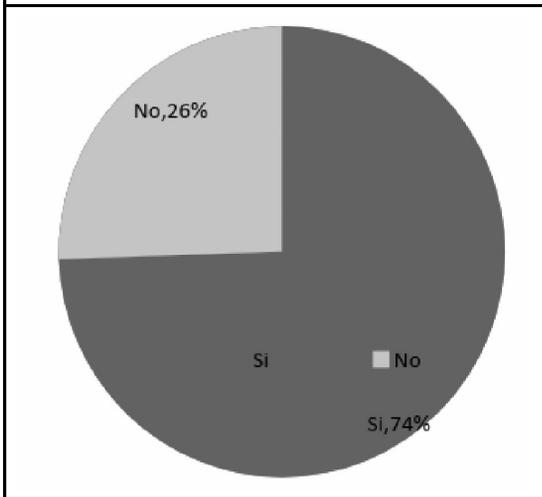


Gráfico 4: Porcentaje de distribución de conocimiento sobre vías de contagio de HIV. Fuente: elaboración propia de acuerdo al instrumento de análisis.

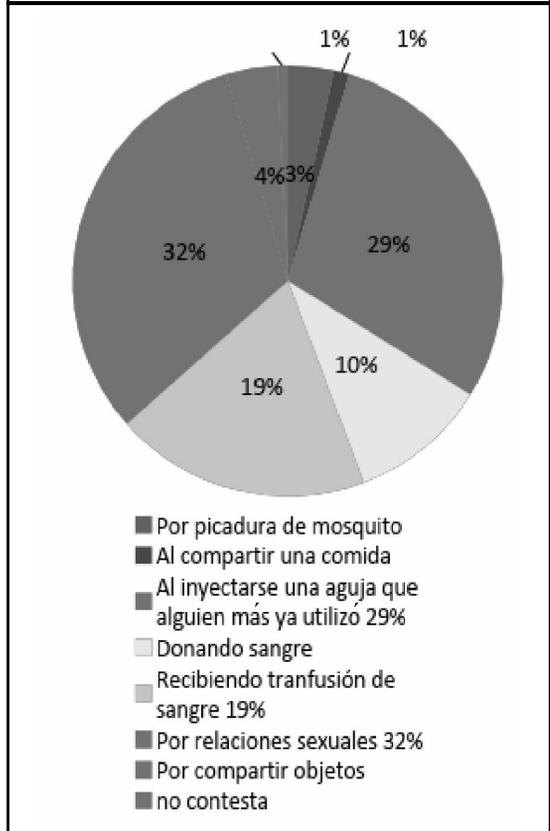


Gráfico 5: Porcentaje de uso de preservativo en la muestra. Fuente: elaboración propia de acuerdo al instrumento de análisis.

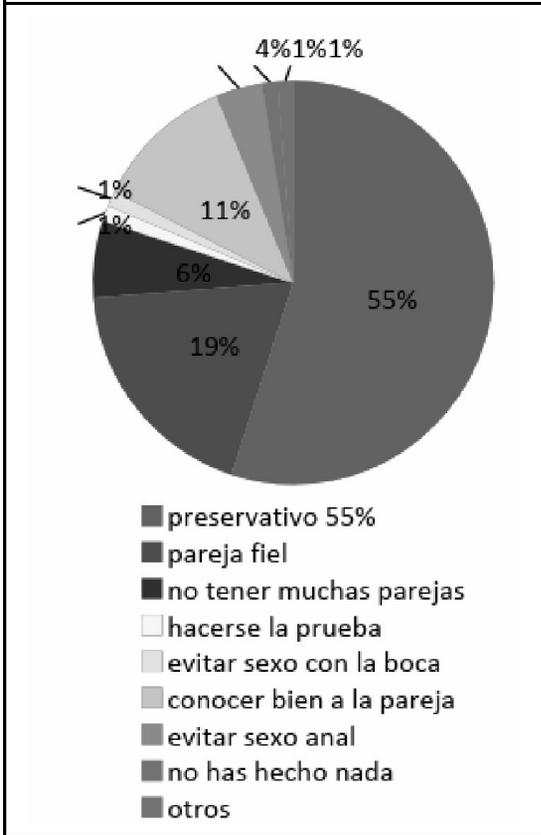
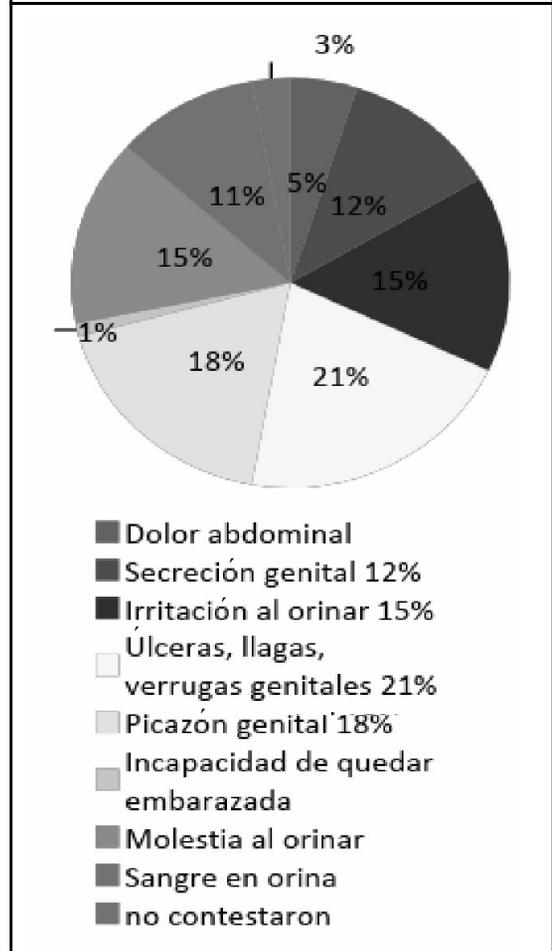


Gráfico 6: Porcentaje de distribución de conocimientos sobre infección y síntomas de ITS. Fuente: elaboración propia de acuerdo al instrumento de análisis.



RESULTADOS

Se incluyeron 94 adolescentes, 60 (64%) de sexo femenino (Gráfico 1), del total de la muestra evaluada 70 (74%) habían iniciado relaciones sexuales (Gráfico 2), la mediana de edad de inicio fue de 14 años, de las cuales 60% eran mujeres. De la totalidad que iniciaron relaciones sexuales, solo el 31 % usa preservativo siempre, el 38% usa a veces, y el 16% nunca (Gráfico 3). El 98 % de los encuestados conoce sobre el HIV, de los cuales solamente el 80.3% sabe cómo infectarse (Gráfico 4).

En cuanto a medidas de prevención, un 55 % de los adolescentes refiere utilizar preservativo para evitar el contagio de HIV (Gráfico 5).

El 95 % conoce sobre las ITS, pero sólo el

65 % reconoce los síntomas específicos (Gráfico 6). Con respecto a la fuente de información sobre educación sexual 31.6 % refería haber recibido de los padres, 19.6 % en el colegio, 13.9% de amigos, 10% de folletos y revistas.

CONCLUSIÓN

La población adolescente es por definición sana por lo que consideramos que nuestras tareas como equipo de salud consisten principalmente en la prevención y educación de este grupo etario. La gran mayoría conoce la existencia de ITS pero no sus características (signos y síntomas). Sería importante plantear a futuro una estrategia que acorte distancias entre el sistema de salud y los adolescentes, creando

espacios amigables que les brinden contención e información. Consideramos fundamental brindar información en cada consulta de manera de ampliar la información que se brinda a través de redes sociales, telecomunicación (Facebook, Twitter, etc), y fortalecer actividades educativas de tiempo libre, charlas en escuelas, talleres en Unidades Sanitarias. Fomentando una mayor comunicación con el adolescente principalmente en contextos y barrios desfavorecidos, apoyando el desarrollo personal, los procesos de socialización y la motivación del aprendizaje.

DISCUSIÓN Y LÍNEAS DE ACCIÓN

De acuerdo al análisis de los datos obtenidos, la problemática que nos ocupa no parte sólo del inicio de la vida sexual a temprana edad sino de la carencia de orientación para una conducta sexual responsable, aún cuando el acceso a la información está al alcance de cualquier adolescente. Si bien los datos aportados dan cuenta, que la edad de inicio a la vida sexual es de 14 años, mayor que otros estudios de la bibliografía en los cuales se destaca que la edad promedio de inicio sexual es a los 12 años, es coincidente la información con la bibliografía consultada que el preservativo masculino es el método más conocido y más usado entre los adolescentes. En cuanto a la fuente de información sobre anticonceptivos, los re-

sultados obtenidos son similares a estudios realizados en otros países latinoamericanos, en los que la escuela es el principal actor y los profesores los principales referentes; en nuestro estudio, comparativamente con la literatura existente, es mayor la información recibida por los padres.

El análisis de la variable general sobre el conocimiento adecuado de métodos anticonceptivos encontramos un nivel medio de información, por lo que se requiere de forma urgente establecer mejoramientos en la calidad educativa con respecto al uso adecuado de métodos anticonceptivos.

Deberíamos poder comparar los resultados obtenidos de este estudio con datos aportados por otros estudios similares a nivel nacional, dado el aumento de embarazos no deseados en la población adolescente, sin embargo no se cuenta con información actualizada de estudios o investigaciones avalados de esta problemática en la población adolescente de nuestro país. Creemos que es fundamental fomentar espacios propios y bien difundidos para esta población, donde se expliquen sobre métodos de prevención, se difundan charlas dirigidas a este grupo etario, que se encuentra a la deriva en lo que a controles de salud y educación sexual y reproductiva se refiere.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Telam: Noticia titulada: “Profesionales alertan por el aumento de Sífilis y advierten sobre la falta de cuidado en las relaciones sexuales”. Informe publicado Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (2017)
- Fonseca L, Coputinho P. Adolescência: uma abordagem prática. São Paulo: Atheneu; p. 231-36 (2012)
- Gogna M, Binstock G. Anticoncepción y maternidad: Hallazgos de un estudio cuantitativo con adolescentes de 18 y 19 años de cuatro provincias argentinas”. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género (IEGE), Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina. Revista Salud Colectiva, de la Universidad Nacional de Lanús, Volumen 13 (2017)
- Hernández Céspedes M. Conocimiento, actitud y práctica en anticoncepción en adolescentes escolarizados. Artículo MEDLINE. Publicación de la Revista Ciencia y Salud Virtual, VOL. 9 NUM. 1 (2017)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Adolescencia: Taller de capacitación en métodos anticonceptivos. La Habana. Cuba (2004)
- Sánchez Meneses M, Davila Mendoza R, Ponce Rosas ER. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Subdivisión de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Artículo Original Revista Unam 12 (2014)
- Simini F, Pasqualini D y Lammers C. Sistema informático del adolescente con historia de salud sexual y reproductiva. 2da. Edición. Centro Latinoamericano de Desarrollo Humano, Montevideo Uruguay. Publicación Postgrado (2002)
- Hospital Italiano de Buenos Aires, servicio de medicina familiar y comunitaria. Medicina familiar y práctica ambulatoria. 3ª ed, Buenos Aires: Panamericana; 2016
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Protocolo para la atención Integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo, Abril 2015. Programa nacional de salud sexual y procreación responsable.
- Mesa Gallardo Mi, Barella Bal JI y Cobeña ManzorroM. Comportamientos sexuales y uso de preservativos en adolescentes de nuestro entorno. 2003 [12 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656704788897>
- Kopitowski K; Medicina familiar y práctica ambulatoria. 3ª ed, Buenos Aires: Panamericana; 2016.
- MSAL: Ministerio de Salud de la Nación Argentina [Internet]. Argentina; Abril 2015 [2016; 12 de septiembre de 2018]; Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf

ANESTESIA EN GERIATRÍA

ANESTHESIA IN GERIATRICS

DR. ROMANO DANIEL

RESUMEN

La población geriátrica es el grupo de edad de más rápido crecimiento en los países desarrollados. La esperanza de vida ha aumentado drásticamente debido en gran parte a los avances en la tecnología médica; este hecho provoca que un porcentaje considerable de esta población deba ser sometido a alguna práctica quirúrgica para tratar enfermedades que amenazan sus vidas o bien para el alivio de algún malestar. Por lo tanto, un manejo anestésico óptimo depende de la clara comprensión de los cambios normales en la fisiología y anatomía del anciano y los cambios farmacodinámicos y cinéticos que se producen con la edad.

Palabras Claves: Anestesia, Adulto mayor

SUMMARY

The geriatric population is the fastest growing age group in developed countries. Life expectancy has increased dramatically due in large part to advances in medical technology; this fact causes that a considerable percentage of this population must be subjected to some surgical practice to treat diseases that threaten their lives or for the relief of some discomfort. Therefore, optimal anesthetic management depends on a clear understanding of normal changes in the physiology and anatomy of the elderly and the pharmacodynamic and kinetic changes that occur with age.

Keywords: Anesthesia, Elderly

Médico clínico de planta. Servicio Clínica Médica, Hospital
Parmenio Piñero, CABA, Argentina
e-mail: daniromano64@yahoo.com.ar

Fecha de recepción: 10 de diciembre de 2018
Fecha de aceptación: 28 de diciembre de 2018

Los ancianos suelen presentar modificaciones fisiológicas acordes a su edad; a estos cambios biológicos producidos por el envejecimiento se le suman aquellas dolencias provocadas por distintas enfermedades; estos dos elementos son fundamentales al momento de la toma de decisiones, tal es así que tanto anestelistas y clínicos perioperatorios deberán enfocarse en la estabilización y optimización de las condiciones médicas inmediatas para seleccionar una técnica anestésica apropiada y manejo del dolor agudo postoperatorio.

VALORACIÓN PREOPERATORIA

El inicio de una buena valoración preoperatoria comienza siempre con una historia clínica completa seguida de un examen físico continuando con la revisión de los datos de las pruebas complementarias realizadas; no se debe estandarizar una batería de estudios a tal fin ya que no hay una anestesia propia para el geronte. El paciente debe ser evaluado como máximo 7 días previos a su cirugía. Las pruebas de laboratorio se realizan con la intención de optimizar las condiciones para la cirugía. En la práctica realizamos a todos los adultos sanos mayores de 60 años un hemograma, bioquímica, radiografía de tórax y electrocardiograma; los resultados no pueden extenderse a toda la población geriátrica y con todos los tipos de cirugía. En un estudio reciente en más de 500 pacientes geriátricos bajo cirugía no-cardíaca se demostró que la prevalencia preoperatoria de valores de electrolitos anormales y trombocitopenia era muy bajo, 0.5%-5%, de anemia del 10%, creatinina aumentada del 12% e hiperglucemia del 7%. Ninguno de estos valores alterados se asoció con resultados postoperatorios adversos al relacionarlos con estado físico del paciente y tipo de cirugía. Los autores, en vista de estos resultados, recomiendan extender las recomendaciones de eliminar las pruebas de laboratorio de rutina (especialmente hemoglobina, recuento plaquetario, creatinina, glucosa, y electrolitos) en pacientes geriátricos con comorbilidad asociada escasa ($ASA \leq 2$), mientras que son partidarios de mantener la in-

dicación basándose en el tipo de cirugía, patología asociada y la creencia de que estas pruebas modificarán nuestra conducta perioperatoria. El riesgo operatorio es difícil de mensurar, ya que deberá tenerse presente el motivo de la intervención, y sobre el estado funcional de los distintos aparatos. El índice de mortalidad perioperatoria se incrementa cuando las cirugías son de urgencia y dentro del grupo de cirugías programadas, las intratorácicas y abdominales tienen mayor mortalidad que las extra abdominales.

PREMEDICACIÓN

No debe considerarse tener que premedicar a los ancianos previamente al acto anestésico, pero en algunos casos quizás debamos recurrir a fármacos con tal fin y los elegidos deberían ser drogas de vida media corta, siempre teniendo en cuenta evitar la depresión respiratoria, por lo tanto, es aconsejable el uso de medicación sedante para estas circunstancias. También cuando esté en consideración el uso de vagolíticos, como primera elección se dispone de atropina por sobre la escopolamina siempre que el paciente no presente taquicardia ni hipotermia a los fines de evitar alucinaciones potencialmente graves.

SELECCIÓN DE LA TÉCNICA ANESTÉSICA

Previamente a la elección de la técnica adecuada para cada caso en particular, se debe tener presente que un número no menor de ancianos va a requerir de monitorización invasiva para el control de la presión arterial (PVC, catéter en arteria pulmonar), fundamentalmente por la existencia de comorbilidades y menor reserva fisiológica. El manejo de la vía aérea también es otro tema para evaluar al momento de decidir por determinada técnica anestésica, ya que a menudo, este tipo de pacientes puede presentarse desdentado o bien sólo conservando algunas piezas y a veces con pobre tejido de sostén. Otro de los motivos que podrían dificultar la intubación orotraqueal es la patología de la columna cervical. Tomando estas reflexiones ya hace

media década se pensaba que la anestesia regional era más segura que la anestesia general en pacientes ancianos; los estudios realizados han determinado que no existen diferencias en cuanto a la morbimortalidad entre estos dos tipos de técnica cuando se aplican a pacientes adultos mayores. Las dos razones teóricas por las cuales la anestesia regional debería ser más segura que la anestesia general son que la anestesia regional proporciona una anestesia con menor carga de stress, lo cual es importante ya que muchas de las complicaciones perioperatorias son consecuencia de la respuesta de stress a la cirugía, y a su vez la anestesia regional previene la sensibilización central o fenómeno de “wind-up” y proporciona analgesia preceptiva. Sin embargo, en la última década, ante las evidencias aportadas a través de distintos estudios se ha reconsiderado esta teoría; tal es así que se ha documentado que la dehiscencia de anastomosis intestinales era del 17% independientemente de la técnica anestésica empleada; tampoco se encontraron diferencias significativas en cuanto a la mortalidad postoperatoria luego de cirugía de cadera (anestesia general 3% vs anestesia regional 7%). Respecto de las complicaciones cardiovasculares o cerebrovasculares después de cirugía de rodilla no hubo diferencias significativas entre los dos tipos de técnica anestésica empleada. La disfunción mental es muy parecida con ambos tipos de anestesia. En 1987 Holland y colaboradores revisaron la mortalidad quirúrgica dentro de las primeras 24 hs. del postoperatorio y encontraron que el 40% de los casos en que la muerte estaba asociada a la anestesia o cirugía, el gran contribuyente a esta situación era una mala preparación preoperatoria.

Efectos de la edad sobre la farmacología de las drogas anestésicas

El volumen de distribución aumentado, la disminución del filtrado glomerular, y la reducción del metabolismo hepático se vinculan directamente con un aumento del tiempo de la vida media de drogas tales como diazepam, digoxina, aminoglucósidos, lidocaína, vecuronio

y propranolol. Los problemas médicos de los ancianos son más complejos e incluyen una alta incidencia de enfermedades, una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, alteraciones funcionales severas y alta incidencia de múltiples problemas médicos. A este bajo nivel de reservas se le agrega el stress del período perioperatorio. Esto determina una mayor variabilidad farmacocinética y farmacodinámica que deriva en una incidencia mayor de reacciones adversas a drogas en el anciano. Para evitarlo, deberá tenerse mayor cuidado en la dosificación y si está indicado, monitorización del tratamiento terapéutico con drogas.

MANEJO DEL POSTOPERATORIO

Hoy sabemos que el envejecimiento es un proceso biológico que produce una pérdida progresiva de adaptabilidad a los estímulos externos. Este grupo de pacientes es especialmente vulnerable a las consecuencias adversas del stress perioperatorio. Muchos de los adultos mayores sometidos a algún tipo de anestesia pueden experimentar retraso en el despertar luego de la anestesia a pesar de un correcto manejo de la misma; también se ha visto una parálisis residual de los músculos respiratorios producto de la fijación reducida a las proteínas. Las investigaciones clínicas realizadas han descrito claramente los efectos adversos y altamente peligrosos del dolor severo no tratado. Estos efectos son: la disminución de la función pulmonar con atelectasias e hipoxemia, el aumento de la actividad simpática (taquicardia, hipotensión, isquemia miocárdica, íleo paralítico y respuesta catabólica exagerada), la sensibilización neural central con desarrollo de dolor neuropático crónico. Por estas razones una anestesia efectiva es un componente esencial de los cuidados postoperatorios de los pacientes ancianos. Durante los primeros 60 minutos posoperatorios la vigilancia debe ser extrema, fundamentalmente debe controlarse la ventilación, la cual en algunas situaciones se extiende a las primeras 24 horas a los fines de mejorar el trabajo cardíaco y reducir las resistencias vasculares pulmonares.

No hay un gran impacto sobre el estado ácido-base, es suficiente con aporte calórico y proteico, en principio por vía parenteral hasta que el paciente retome su alimentación normalmente. Un mal manejo del dolor contribuye a mayores períodos de recuperación y mayor utilización de recursos. Sin dudas es muy conveniente el tratamiento del dolor postoperatorio no sólo para asegurar el confort del paciente, sino para reducir la morbimortalidad, estancia hospitalaria y gastos sanitarios innecesarios.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

En la actualidad existe cierto temor a la sobredosificación o a la presencia de efectos adversos cuando se trata el dolor agudo, y más aún en los pacientes ancianos. Las enfermedades asociadas y los tratamientos crónicos que ellas conllevan pueden interferir con el metabolismo de las drogas analgésicas y potenciar el riesgo de efectos adversos. Recientemente se han dirigido los esfuerzos a utilizar una combinación de agentes y/o técnicas para obtener mejores resultados sin efectos adversos significativos. De esta manera el manejo del dolor postoperatorio contempla dos categorías, la analgesia preventiva o profiláctica y el mantenimiento de la analgesia postoperatoria. En ambos casos se puede realizar a través de la combinación de agentes (técnica multimodal o de analgesia balanceada).

CONCLUSIONES

La mortalidad asociada a la anestesia es mayor en la población quirúrgica de mayor edad que en los jóvenes. En los pacientes con enfermedades en estadios finales o en aquellos con múltiples órganos funcionalmente afectados, la pérdida de la homeostasis autonómica intrínseca debido a la edad puede actuar como un factor adicional relacionado con la edad que aumenta el riesgo perioperatorio. No existe una técnica anestésica "ideal" para el paciente anciano. Estudios prospectivos de la práctica anestésica actual son incapaces de sugerir cualquier ventaja clínica o estadísticamente significativa cuando se compara la anestesia regional con la anestesia general. De la misma manera, no existen evidencias que apoyen la elección de un agente anestésico u otro. El uso de la simpatectomía farmacológica con anestésicos locales epidurales para minimizar el dolor postoperatorio y la respuesta al stress podría ser beneficioso al proporcionar una disminución en la morbimortalidad perioperatoria. De todos modos, la edad no puede considerarse una contraindicación para la anestesia y cirugía y deben profundizarse los estudios referentes a identificar aquellas enfermedades relacionadas con la edad que son fuente específica de riesgo con el fin de que sean minimizadas o eliminadas, dado que la edad por sí misma no puede serlo.

BIBLIOGRAFÍA

- Reguera Espelet A. M. Estado actual del manejo perioperatorio del paciente geriátrico. Hospital Universitario de la Princesa Universidad Autónoma de Madrid, España 2001.
- Macías Nuñez J. F. Geriatria desde el principio, 2001.
- Muriel C. Manual de Anestesiología, Madrid, ELA, 1997.

RIESGO CARDIOVASCULAR Y ESTATINAS. NECESARIAS PERO CON PRECAUCIONES

DR. OLMOS FLORENCIO*

La aterosclerosis es sin duda la causa de muerte prevenible más importante de los países occidentales. Las manifestaciones clínicas de ésta son la enfermedad coronaria, el accidente cerebro vascular y la enfermedad vascular periférica, que no son más que las manifestaciones del mismo proceso en diferentes territorios del árbol vascular.

Desde hace muchos años diferentes patólogos informaron sobre la relación entre alteraciones en la pared arterial y enfermedad cardiovascular. Vesalio describió en el Siglo XVI, la existencia de aneurismas arteriales; Morgagni en el Siglo XVIII describió la presencia de lesiones ateromatosas y por último, Virchow en el siglo XIX relacionó a la íntima endotelial, la inflamación y la trombosis como mecanismos relacionados en el proceso aterosclerótico (1).

En la aterogénesis intervienen numerosos actores: factores de crecimiento, citoquinas producidas por las células endoteliales, células musculares lisas, macrófagos y linfocitos T que producen alteraciones en la pared vascular. Estas alteraciones, la trombosis y las lipoproteínas son consideradas la tríada de mediadores encargados de la formación de las lesiones (2).

Como sabemos, el colesterol es una molécula insoluble en agua, por lo tanto, requiere de la ayuda de un emulsificador para poder circular en la sangre, éstas son las lipoproteínas. Si bien la dieta algo influye en los niveles de colesterol, no es la fuente más importante; es la producción endógena de colesterol la responsable de mantener elevado los niveles de este componente.

Desde que se sabe de la relación entre colesterol y enfermedad aterosclerótica, se ha trabajado en la posibilidad de bajarlo para disminuir

la incidencia de aterosclerosis. Sin duda la dieta, el ejercicio y los cambios en los hábitos de vida deben ser nuestra primera recomendación, pero pocas veces lograremos nuestro objetivo terapéutico sólo con esta herramienta.

En el año 1971, basándose en los descubrimientos de Alexander Fleming, la penicilina, y después de cultivar más de 5000 especies de hongos, el Dr. Endo Akira, descubre una sustancia en el *Penicillium citrinum*, capaz de inhibir la HMG-CoA reductasa y de esta manera impedir la formación de mevalonato, precursor fundamental en la génesis del colesterol. La sustancia se llamó compactita o mevastatina. Este descubrimiento le valió al Dr. Akira el Premio Lasker-De Bakey que le fue entregado en el año 2008 (3).

Desde el estudio 4S, publicado en Lancet en el año 1994, hasta la actualidad, muchos estudios se han realizado sin dejar dudas de que las estatinas son en la actualidad drogas que han demostrado un amplio beneficio en la prevención primaria y secundaria de la enfermedad cardiovascular, mostrando una reducción en la mortalidad y en eventos duros como IAM, ACV y necesidad de revascularización.

Sin embargo, estas drogas no están exentas de riesgo que debemos tener en cuenta a la hora de prescribirlas. En los últimos años son muchas las publicaciones que hablan sobre los efectos adversos, a saber: miopatía, disfunción hepática y renal, cataratas, accidente cerebrovascular hemorrágico, diabetes tipo 2, cáncer, náuseas, deterioro cognitivo o dolor de cabeza. La realidad es que necesitamos seguimientos a más largo plazo para demostrar fehacientemente esta relación. Por otro lado la incidencia

* Expresidente de SMIBA
e-mail: florencioolmos@gmail.com

Fecha de recepción: 3 de enero de 2019
Fecha de aceptación: 10 de enero de 2019

de efectos adversos clínicamente relevantes parece ser similar en el grupo tratado y en el grupo placebo (4).

Sin duda el efecto adverso más difundido en la comunidad médica y en la población general y que tiene implicancia en la falta de adherencia, es el dolor muscular en cualquiera de sus formas: mialgias (dolores musculares sin elevación de CPK), miositis (dolores musculares con elevación de CPK) y rabdomiolisis (dolores musculares asociados a un aumento de más de 10 veces el valor normal de CPK).

Como comentamos al inicio, éstas son drogas que utilizamos tanto en prevención primaria, es decir en personas sanas, a las cuales queremos prevenirle el desarrollo de una enfermedad, y en prevención secundaria, personas ya enfermas. Prescribir una droga potencialmente dañina a un paciente sano debe hacernos pensar y elegir correctamente.

Cuando pensamos en indicar una estatina, primero debemos tener en cuenta aquellos factores de riesgo asociados a los efectos adversos, algunos inherentes al paciente como la edad, el sexo (femenino), el origen asiático, historia de miopatía, enfermedad neuromuscular, falla renal, falla hepática, hipertensión, hipotiroidismo, diabetes y otras ajenas al paciente como el uso de dosis altas de estatinas, el consumo de alcohol y drogas ilícitas, el uso de fármacos que compitan en el metabolismo de las estatinas, el consumo de jugo de pomelo, las características de la estatina en cuanto a la potencia y su lipo o hidrosolubilidad.

En segundo lugar preguntarnos si realmente nuestro paciente tiene indicación de recibir estatinas para disminuir el riesgo cardiovascular. Para esto contamos con múltiples Scores que permiten ayudar a tomar esta decisión.

Si tiene realmente indicación, porque el beneficio es claro, debemos tomarnos el tiempo necesario para que el paciente entienda las ventajas que estas drogas tienen y explicarle también los efectos adversos y la baja incidencia de los mismos.

Por último, ¿qué estatina debemos usar?, ¿recibió nuestro paciente estatinas previamente?, ¿cómo fue la tolerancia?, ¿son todas iguales? Sabemos que no todas las estatinas son iguales, que su metabolismo puede diferir, que la potencia de las mismas es diferente y que según estas características la incidencia de efectos adversos también difiere (5).

Recordemos que la intolerancia a las estatinas puede ser completa (cualquier estatina a cualquier dosis), o parcial (alguna estatina a determinada dosis) (6), esto nos permite cambiar de estatina, disminuir la dosis y/o asociarla a otro fármaco hipolipemiante.

Con la evidencia reunida hasta el momento, las estatinas continúan siendo una de las drogas fundamentales en el arsenal terapéutico de la enfermedad cardiovascular. Es nuestra responsabilidad saber utilizarlas correctamente.

BIBLIOGRAFÍA

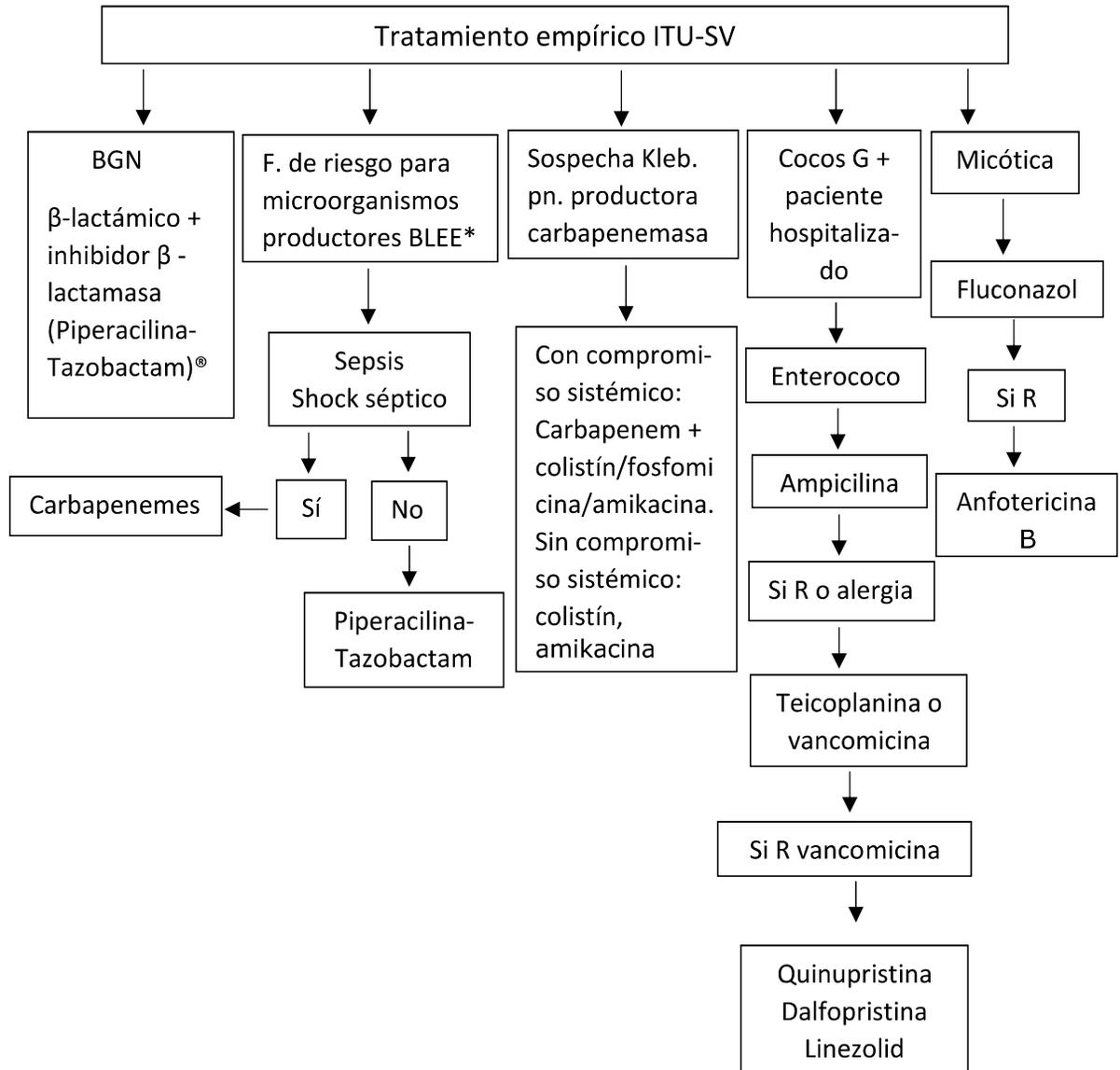
- (1) Pedro-Botet J. y Jerico C. Etiopatogenia de la aterosclerosis. Aspectos celulares y moleculares del daño vascular. *J. Atención Primaria* 2005; 10-18
- (2) Milla J. Valderrama M, Torres F, Álvarez-Sala L. Aspectos generales de la Patogenia de la aterosclerosis. *Clin. Invest Aterioscl.* 2000; 12 (Supl 2):3-12.
- (3) Zárate A, Barsurto L y Saucedo R. “Endo recibió el premio Lasker por descubrir las estatinas como tratamiento para la enfermedad cardiovascular”. www.medigraphic.org.mx
- (4) Kashani A, Phillips CO, Foody JM, Wang Y, Mangalmurti S, Ko DT, Krumholz HM. Risk associated with statin therapy: a systematic overview of randomized clinical trials. *Circulation* 2006; 114:2788-97
- (5) Diagnosis, Prevention, and Management of Statin adverse Effects and intolerance: Canadian Consensus Working Group Update (2016). *Canadian Journal of Cardiology* 32 (2016) S35-S65
- (6) Reiner Z. Resistance and intolerance to statins. *Nurr Metab Cardiovasc Dis* 2014;10:1057-66

ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

FICHA Nº 1

Dra. Silvia I. Falasco

ALGORITMO TERAPÉUTICO DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU) ASOCIADO A SONDA VESICAL (SV)



BGN: bacilos Gram negativos; F.: factores; BLEE: β lactamasa espectro extendido; Kleb. pn.: Klebsiella pneumoniae; G +: Gram positivo; R: resistencia

® Dependiendo de la prevalencia de resistencia y de factores epidemiológicos se podrán utilizar otros antibióticos como cefalosporinas, quinolonas y amikacina.

* Factores de Riesgo para microorganismos productores de betalactamasa de espectro extendido: uso reciente de β lactámicos o fluorquinolonas, hospitalización en los últimos 3 meses, derivación de otro centro de salud, historia reciente de uso de catéteres, edad mayor a 70 años, inmunosupresión.

ALGORITMO TERAPÉUTICO DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU) ASOCIADO A SONDA VESICAL (SV)

El 100% de los pacientes sondados por más de 30 días presenta bacteriuria, la mayoría asintomática. La bacteriuria asintomática asociada a SV sólo deberá tratarse en el embarazo, transplantados renales, previo a maniobras urológicas endoscópicas con riesgo de sangrado.

El tratamiento definitivo se realizará sobre la base del resultado del urocultivo y antibiograma, considerando las comorbilidades, disponibilidad de antibióticos y reacciones alérgicas del paciente. Las bacterias productoras de BLEE desarrollan resistencia a cefalosporina de 3º generación, monobactámicos y aminoglucósidos. En alérgicos a la penicilina utilizar amikacina sola o asociada a fosfomicina disódica. En ITU complicada con acción sobre BGN BLEE y pseudomona aeruginosa podrá utilizarse ceftolozano tazobactam y ceftazidima avibactam.

Son factores de riesgo para ITU por enterococo vancomicina resistente: internación prolongada, colocación de catéter urinario o vascular, insuficiencia renal crónica, cáncer, trasplantes, uso de antibióticos (imipenem, vancomicina, cefalosporinas, clindamicina, metronidazol).

La candiduria asintomática se trata como profilaxis previo a maniobras urológicas, en pacientes neutropénicos, en trasplante renal y en inmunosuprimidos graves.

La duración del tratamiento se mantendrá por 7 días con excepción de ITU-SV por cándida donde se recomienda tratamiento por 14 días.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cornistein W, Cremona A, Chattas A, Luciani A, Daciuk L, Juárez P, Colque A. Infección del Tracto Urinario Asociada a sonda vesical. Actualización y Recomendaciones Intersociedades. MEDICINA (Buenos Aires) 2018; 78: 258-264
2. Lo E, Nicolle L, Coffin S, Gould C, Maragakis L, Meddings J, Pegues D, Pettis A, Saint S and h S. Yokoe D. Strategies to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update. Infection Control and Hospital Epidemiology, 35(5): 464-479. Doi:10.1086/675718
3. Martínez J y Mensa J. Infección urinaria asociada a catéteres urinarios en la comunidad. Enferm Infecc Microbiol Clin 2005;23(Supl. 4):57-66

PROGRAMA DE EVALUACIÓN

FORMACIÓN CONTINUA EN MEDICINA INTERNA

EL PROGRAMA DE EVALUACIÓN COMPRENDE UNA SERIE DE 30 PREGUNTAS SOBRE LOS ARTÍCULOS PUBLICADOS EN CADA NÚMERO DE LA REVISTA.

CADA PREGUNTA TIENE 3 RESPUESTAS POSIBLES, SIGUIENDO EL SISTEMA DE OPCIONES MÚLTIPLES O DE V-F.

POR CADA NÚMERO SE OTORGARÁN CRÉDITOS PROPORCIONALES AL NÚMERO DE RESPUESTAS APROBADAS, QUE LE PERMITIRÁ OBTENER PUNTAJE PARA LA RECERTIFICACIÓN EN LA ESPECIALIDAD O SERVIRÁ COMO ANTECEDENTE DE SU FORMACIÓN PROFESIONAL EN MEDICINA INTERNA.

ENVÍE EL “CUPÓN RESPUESTA” AL APARTADO ESPECIAL DE LA SOCIEDAD QUE FIGURA CON FRANQUEO PAGADO EN EL MISMO CUPÓN O POR E-MAIL A medicina@smiba.org.ar O smiba@fibertel.com.ar. LA FECHA LÍMITE PARA LA RECEPCIÓN DE LOS CUPONES CORRESPONDIENTES AL N° 1 VOLUMEN 15 SERÁ EL 30/06/2019.

LOS MÉDICOS QUE CONTESTEN LA EVALUACIÓN RECIBIRÁN POR CORREO LA CALIFICACIÓN OBTENIDA Y LAS CLAVES DE CORRECCIÓN.



SOCIEDAD
DE MEDICINA INTERNA
DE BUENOS AIRES

01

EL PRINCIPAL AGENTE ETIOLÓGICO DE PERICARDITIS PURULENTO EN LA ACTUALIDAD ES:

- A Staphylococcus Aureus
- B Streptococcus Pneumoniae
- C Streptococcus Viridans

02

SON FACTORES PREDISPONENTES PARA PERICARDITIS PURULENTO

- A Cirugía torácica previa, inmunosupresión, neumonía bacteriana
- B Pericarditis aséptica preexistente, sexo femenino
- C Ninguna es correcta

03

SEÑALE V O F EN LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES

- A La pericarditis purulenta tiene su origen más frecuente en un absceso miocárdico
- B La pericarditis bacteriana suele ser la complicación de una infección subyacente
- C La diabetes no es un factor de riesgo para desarrollar pericarditis purulenta

04

SON FUENTES DE INFECCIÓN POR S. VIRIDANS

- A Lesiones dentales, absceso retrofaringeo, mediastinitis por ruptura esofágica
- B Abscesos subdiafragmáticos
- C A y B

05

SEÑALE LA AFIRMACIÓN CORRECTA SOBRE PERICARDITIS PURULENTO

- A El dolor torácico está siempre presente
- B El dolor torácico puede ser pleurítico o no pleurítico
- C La incidencia de taponamiento cardíaco es del 20%

06

EL TRATAMIENTO DE LA PERICARDITIS PURULENTO INCLUYE

- A Pericardiocentesis y drenaje pericárdico + antibioterapia
- B Si el agente es Haemophilus Influenzae se recomienda pericardiectomía
- C A y B

07

ES CIERTO EN RELACIÓN A LA ADOLESCENCIA

- A Hay disminución de la prevalencia de infecciones sexuales
- B El inicio de las relaciones sexuales es a edades más tempranas
- C Ninguna es correcta

08

LOS ADOLESCENTES,

- A Están poco preocupados por su salud
- B En Argentina representan 1/3 de la población total
- C Tienen acceso a programas de educación sexual efectivos

09

SEÑALE LA OPCIÓN FALSA

- A El embarazo no deseado es un problema médico social importante en la adolescencia
- B Es frecuente el consumo de alcohol en la adolescencia
- C Los adolescentes utilizan siempre preservativo en sus relaciones sexuales

10

CON RESPECTO A LA VALORACIÓN PREOPERATORIA EN EL ADULTO MAYOR

- A Se recomienda eliminar las pruebas de laboratorio de rutina en pacientes geriátricos con comorbilidad asociada escasa ($ASA \leq 2$)
- B Las cirugías intraabdominales tienen similar mortalidad que las extraabdominales
- C A y B

11

SEÑALE V O F EN LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES

- A La anestesia regional es más segura que la general en el paciente anciano
- B De ser necesaria premedicación anestésica, se prefieren fármacos de vida media corta
- C El paciente debe ser evaluado como máximo 7 días antes de su cirugía

12

LA DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS INTESTINALES

- A Es más frecuente cuando se realiza anestesia regional
- B Es más frecuente cuando se realiza anestesia general
- C Es independiente de la técnica anestésica empleada

13

LA VIDA MEDIA DE LOS FÁRMACOS EN EL ANCIANO ESTA AUMENTADA POR

- A Disminución del filtrado glomerular
- B Aceleración metabolismo hepático
- C Ninguna es correcta

14

SEÑALE LAS POSIBLES COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN EL ADULTO MAYOR

- A Retraso en el despertar
- B Parálisis residual de los músculos respiratorios
- C A y B

15

EL DOLOR POSTOPERATORIO NO TRATADO PUEDE PRODUCIR

- A Taquicardia, isquemia miocárdica e hipotensión
- B Atelectasias pulmonares
- C A y B

16

ENTRE LOS EFECTOS ADVERSOS DE LAS ESTATINAS SE ENCUENTRAN:

- A Mialgias- miositis
- B Rabdomiolisis
- C A y B

17

CUÁL NO ES UN FACTOR DE RIESGO PARA PRESENTAR EFECTOS ADVERSOS A ESTATINAS:

- A Sexo masculino
- B Enfermedad neuromuscular previa
- C Diabetes

18

SEÑALE LA OPCIÓN CORRECTA

- A La dieta y la producción endógena de colesterol influyen de igual manera en sus niveles plasmáticos
- B La dieta es el factor más influyente en los niveles de colesterol en sangre
- C La producción endógena de colesterol es el factor más influyente en el mantenimiento de sus niveles

19

SE DEFINE LA RABDOMIOLISIS POR:

- A Dolores musculares con elevación de más de 10 veces el valor de CPK
- B Dolores musculares con elevación de más de 5 veces el valor de CPK
- C Dolores musculares incapacitantes independientemente del valor de CPK

20

LA INTOLERANCIA A LAS ESTATINAS

- A Es completa (cualquier estatina a cualquier dosis)
- B Es parcial (alguna estatina a determinada dosis)
- C Puede ser completa o parcial

21

CUÁNDO INDICARÍA TRATAMIENTO EN UN PACIENTE CON SV Y BACTERIURIA ASINTOMÁTICA?

- A Siempre
- B Embarazadas
- C No está indicado tratar

22

NO ES UN FACTOR DE RIESGO PARA MICROORGANISMOS PRODUCTORES DE BLEE

- A Uso reciente de β -lactámicos o fluorquinolonas
- B Hospitalización en los últimos 3 meses
- C Edad \geq a 50 años

23

EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO DE LA ITU-SV MICÓTICA ES CIERTO

- A Iniciar con Fluconazol
- B Iniciar con Anfotericina B
- C Mantener el tratamiento por 7 días

24

ITU-SV CON SOSPECHA DE K. PN PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA SIN COMPROMISO SISTÉMICO INDICARÍA

- A Carbapenem + colistín
- B Amikacina
- C Ciprofloxacina

25

SEÑALE V O F EN LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE ITU-SV

- A 100% de los pacientes sondados por más de 30 días presenta bacteriuria
- B El tratamiento definitivo se realiza en base al urocultivo y antibiograma
- C Con resistencia a fluconazol utilizar anfotericina B

26

LAS BACTERIAS PRODUCTORAS DE BLEE DESARROLLAN RESISTENCIA A

- A Cefalosporinas de 3^o generación
- B Carbapenémicos
- C Inhibidores de beta lactamasa

27

EN ITU-SV POR ENTEROCOCO R A VANCOMICINA INDICARÍA

- A Quinupristina
- B Linezolid
- C A y B

28

LA CANDIDURIA ASINTOMÁTICA EN PACIENTE CON SV

- A Deberá tratarse siempre
- B Realizar tratamiento como profilaxis en neutropénicos
- C Tratar solo en mayores de 70 años

29

SE MANTENDRÁ EL TRATAMIENTO EN ITU-SV

- A En infecciones por BGN por 14 días
- B En infecciones micóticas por 7 días
- C Ninguna es correcta

30

CEFTOLOZANO TAZOBACTAM Y CEFTAZIDIMA AVIBACTAM TIENEN ESPECTRO SOBRE

- A BGN BLEE
- B Pseudomona aeruginosa
- C A y B

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A <input type="checkbox"/>									
B <input type="checkbox"/>									
C <input type="checkbox"/>									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A <input type="checkbox"/>									
B <input type="checkbox"/>									
C <input type="checkbox"/>									
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
A <input type="checkbox"/>									
B <input type="checkbox"/>									
C <input type="checkbox"/>									

DOBLE AQUI

ENVIE ESTAS RESPUESTAS Y DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDO _____ MATRÍCULA _____ ESPECIALIDAD _____

DIRECCIÓN _____

LOCALIDAD _____ CP _____ DOC. IDENT. _____

OBSERVACIONES _____

_____ DE _____ DE 2019



SOCIEDAD
DE MEDICINA INTERNA
DE BUENOS AIRES

_____ FIRMA

RESPUESTAS POSTALES PAGADAS

**FRANQUEO SERA PAGADO
POR EL DESTINATARIO**



SOCIEDAD DE MEDICINA
INTERNA DE BUENOS AIRES

APARTADO ESPECIAL Nº 104
C.P. 1000 - BUENOS AIRES

► Instrucciones a los autores

Normas y requisitos para la publicación de trabajos

1. LOS TRABAJOS DEBERÁN SER ENVIADOS A LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE BS. AS. (REVISTA). LIBERTAD 1067, PISO 2 (1012). BS. AS. ARGENTINA.

2. SE DEBERÁ ADJUNTAR UNA CARTA DE PRESENTACIÓN DEL TRABAJO CON LA FIRMA DE TODOS LOS AUTORES EXPRESANDO SU VOLUNTAD DE PUBLICARLO, CON NOMBRE, APELLIDO, DIRECCIÓN Y TELÉFONO. ASIMISMO SI HUBIERE INFORMACIÓN SOBRE LA IDENTIFICACIÓN DE UN PACIENTE Y/O FOTOGRAFÍAS QUE REVELARAN LA MISMA SE REQUERIRÁ EL CONSENTIMIENTO ESCRITO DEL MISMO.

3. EL TRABAJO DEBE SER INÉDITO, ESCRITO EN CASTELLANO, A DOBLE ESPACIO, EN HOJAS TAMAÑO CARTA O A4, CON MÁRGENES DE AL MENOS 2.5 CM. TODAS LAS HOJAS SE NUMERARÁN EN EL ÁNGULO SUPERIOR DERECHO. SE ENTREGARÁ ORIGINAL Y UNA COPIA. EL ENVÍO DE UNA COPIA EN CD O DVD ESPECIFICANDO NOMBRE DEL ARCHIVO, FORMATO, HARDWARE Y SOFTWARE UTILIZADO, ACELERARÁ LA PROGRAMACIÓN DEL TRABAJO YA ACEPTADO.

4. LA EXTENSIÓN DE LOS TRABAJOS DEBERÁ AJUSTARSE A:

■ EDITORIAL (SOLICITADO POR EL COMITÉ A UN PROFESIONAL): EXTENSIÓN MÁXIMA: 3 PÁGINAS.

■ TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN Y EXPERIENCIAS CLÍNICAS: EXTENSIÓN MÁXIMA: 15 PÁGINAS. SE ADMITIRÁN HASTA 6 FIGURAS ENTRE FOTOGRAFÍAS Y GRÁFICAS Y 6 TABLAS.

■ ARTÍCULOS DE REVISIÓN: EXTENSIÓN MÁXIMA: 12 PÁGINAS, HASTA 4 FIGURAS Y 4 TABLAS CON NO MÁS DE 15 CITAS BIBLIOGRÁFICAS.

■ CASO CLÍNICO: EXTENSIÓN MÁXIMA: 8 PÁGINAS, HASTA 2 TABLAS Y 2 FIGURAS.

■ CARTAS DE LECTORES: EXTENSIÓN MÁXIMA: 3 PÁGINAS, 1 TABLA Ó FIGURA Y HASTA 6 CITAS BIBLIOGRÁFICAS.

5. EL ORDEN DE CADA TRABAJO SERÁ EL SIGUIENTE (CADA SECCIÓN DEBE COMENZAR EN UNA NUEVA PÁGINA):

A) PÁGINA DEL TÍTULO

■ TÍTULO DEL ARTÍCULO, CONCISO PERO INFORMATIVO SOBRE EL CONTENIDO DE LA PUBLICACIÓN. EN CASTELLANO E INGLÉS.

■ NOMBRE Y APELLIDO DE LOS AUTORES.

■ NOMBRE DEL DEPARTAMENTO, SERVICIO E INSTITUCIÓN A LA QUE EL TRABAJO DEBE SER ATRIBUIDO.

■ NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL AUTOR CON QUIEN ESTABLECER CORRESPONDENCIA.

■ ORIGEN DEL APOYO FINANCIERO (SI LO HUBO).

■ LAS REFERENCIAS A LOS CARGOS DE LOS AUTORES FIGURARÁN CON EL MAYOR TÍTULO ACADÉMICO AL PIE DE LA PÁGINA.

B) RESUMEN

DEBE HACER REFERENCIA AL PROPÓSITO DEL ESTUDIO O INVESTIGACIÓN, MATERIAL Y MÉTODO UTILIZADO, RESULTADOS OBTENIDOS Y PRINCIPALES CONCLUSIONES.

EN CASTELLANO E INGLÉS, DE NO MÁS DE 150 PALABRAS PARA LOS RESÚMENES NO ESTRUCTURADOS Y DE NO MÁS DE 250 PARA LOS ESTRUCTURADOS. A CONTINUACIÓN 3 A 10 PALABRAS CLAVES PARA LA BÚSQUEDA DEL ARTÍCULO.

C) LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN Y LAS EXPERIENCIAS CLÍNICAS DEBEN DIVIDIRSE EN SECCIONES (INTRODUCCIÓN -MATERIAL Y MÉTODO - RESULTADOS - DISCUSIÓN). OTROS TIPOS DE ARTÍCULOS, COMO LOS “CASOS CLÍNICOS” Y “ARTÍCULOS DE REVISIÓN” PUEDEN ACOMODARSE MEJOR A OTROS FORMATOS QUE SEAN APROBADOS POR LOS EDITORES.

■ INTRODUCCIÓN:

EXPONGA EL PROPÓSITO DEL ARTÍCULO Y RESUMA LA RACIONALIDAD DEL ESTUDIO U OBSERVACIÓN.

■ MATERIAL Y MÉTODO:

DESCRIBA CLARAMENTE LA SELECCIÓN DE LOS SUJETOS QUE HA OBSERVADO O CON QUIENES

HA EXPERIMENTADO (PACIENTES, ANIMALES DE LABORATORIO, INCLUYENDO LOS CONTROLES). IDENTIFIQUE LOS MÉTODOS, APARATOS (CON EL NOMBRE DEL FABRICANTE Y LA DIRECCIÓN ENTRE PARÉNTESIS) Y LOS PROCEDIMIENTOS USADOS CON SUFICIENTE DETALLE PARA QUE PERMITA A OTROS AUTORES REPRODUCIR EL TRABAJO. CUANDO UTILICE MÉTODOS BIEN ESTABLECIDOS DE USO FRECUENTE (INCLUSO LOS ESTADÍSTICOS) NÓMBRELOS CON SUS RESPECTIVAS REFERENCIAS; CUANDO ÉSTOS HAYAN SIDO PUBLICADOS, PERO NO SE CONOZCAN BIEN, AGREGUE UNA BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS MISMOS. SI LOS MÉTODOS SON NUEVOS O APLICÓ MODIFICACIONES A MÉTODOS ESTABLECIDOS, DESCRÍBALOS CON PRECISIÓN, JUSTIFIQUE SU EMPLEO Y ENUNCIE SUS LIMITACIONES.

CUANDO COMUNIQUE EXPERIENCIAS CON PERSONAS INDIQUE SI LOS PROCEDIMIENTOS SEGUIDOS ESTABAN DE ACUERDO CON LAS REGLAS ÉTICAS DEL COMITÉ DE EXPERIMENTACIÓN HUMANA DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE HIZO EL EXPERIMENTO, O DE ACUERDO CON LA DECLARACIÓN DE HELSINKI DE 1975. IDENTIFIQUE CON PRECISIÓN TODAS LAS DROGAS EMPLEADAS, INCLUYENDO LOS NOMBRES GENÉRICOS, DOSIS Y VÍAS DE ADMINISTRACIÓN. NO USE LOS NOMBRES DE PACIENTES, INICIALES O NÚMERO DE REGISTRO DEL HOSPITAL.

INCLUYA EL NÚMERO DE OBSERVACIONES Y EL SIGNIFICADO ESTADÍSTICO DE LOS HALLAZGOS CUANDO CORRESPONDA. DESCRIBA LOS ANÁLISIS ESTADÍSTICOS, LAS DERIVACIONES MATEMÁTICAS.

■ RESULTADOS:

PRESENTE LOS RESULTADOS EN SECUENCIA LÓGICA EN EL TEXTO, TABLAS E ILUSTRACIONES. NO REPITA EN EL TEXTO TODOS LOS DATOS QUE ESTÁN EN LAS TABLAS Y/O ILUSTRACIONES, PONGA ÉNFASIS O RESUMA SOLAMENTE LAS OBSERVACIONES IMPORTANTES.

■ DISCUSIÓN:

ENFATICE LOS ASPECTOS NUEVOS E IMPORTANTES DEL ESTUDIO Y LAS CONCLUSIONES QUE

SURGEN DE ÉL. NO REPITA EN DETALLE LOS DATOS QUE FIGURAN EN RESULTADOS. INCLUYA EN DISCUSIÓN LA IMPLICANCIA DE LOS HALLAZGOS Y SUS LIMITACIONES Y RELATE LAS OBSERVACIONES DE OTROS ESTUDIOS RELEVANTES. RELACIONE LAS CONCLUSIONES CON LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO, PERO EVITE CONCLUSIONES QUE NO ESTÉN COMPLETAMENTE APOYADAS POR SUS HALLAZGOS. EVITE ARGUMENTAR QUE EL TRABAJO NO HA SIDO COMPLETADO. PLANTEE NUEVAS HIPÓTESIS CUANDO CORRESPONDA, PERO ACLARE QUE SON SÓLO HIPÓTESIS. LAS RECOMENDACIONES, SI SON ADECUADAS, DEBEN INCLUIRSE.

■ AGRADECIMIENTOS:

AGRADEZCA SOLAMENTE A LAS PERSONAS E INSTITUCIONES QUE HAN HECHO CONTRIBUCIONES SUSTANCIALES AL ESTUDIO.

D) BIBLIOGRAFÍA

LAS CITAS BIBLIOGRÁFICAS DEBEN MENCIONARSE EN EL ORDEN EN QUE SE LAS MENCIONA POR PRIMERA VEZ EN EL TEXTO, MEDIANTE NUMERALES ARÁBIGOS COLOCADOS ENTRE PARÉNTESIS AL FINAL DE LA FRASE O PÁRRAFO EN QUE SE LAS ALUDE. LAS REFERENCIAS QUE SEAN CITADAS ÚNICAMENTE EN LAS TABLAS O EN LAS LEYENDAS DE LAS FIGURAS DEBEN NUMERARSE EN LA SECUENCIA QUE CORRESPONDA A LA PRIMERA VEZ QUE SE CITEN DICHAS TABLAS O FIGURAS EN EL TEXTO. LOS TRABAJOS ACEPTADOS POR UNA REVISTA, PERO AÚN EN TRÁMITE DE PUBLICACIÓN, DEBEN ANOTARSE AGREGANDO A CONTINUACIÓN DEL NOMBRE DE LA REVISTA “(EN PREENSA)”. LOS TRABAJOS ENVIADOS A PUBLICACIÓN, PERO TODAVÍA NO ACEPTADOS OFICIALMENTE, PUEDEN SER CITADOS EN EL TEXTO (ENTRE PARÉNTESIS) COMO “OBSERVACIONES NO PUBLICADAS”, PERO NO DEBEN UBICARSE ENTRE LAS REFERENCIAS.

SE DEBE SEGUIR EL SIGUIENTE ORDEN:

■ ARTÍCULOS EN REVISTAS: APELLIDO E INICIAL DEL NOMBRE DEL O LOS AUTORES, EN MAYÚSCULAS. MENCIONE TODOS LOS AUTORES CUANDO SEAN 6 Ó MENOS, SI SON 7 Ó MÁS, COLOQUE LOS 6 PRIMEROS Y AGREGUE “ET AL”.

A CONTINUACIÓN EL TÍTULO COMPLETO DEL ARTÍCULO. NOMBRE DE LA REVISTA EN QUE APARECIÓ (ABREVIADO SEGÚN EL INDEX MÉDICUS) AÑO DE PUBLICACIÓN; VOLUMEN DE LA REVISTA: PÁGINA INICIAL Y FINAL DEL ARTÍCULO.

■ EN LIBROS: APELLIDO E INICIAL DEL NOMBRE DEL O LOS AUTORES EN MAYÚSCULAS. TÍTULO DEL LIBRO. EDICIÓN. CIUDAD Y PAÍS: CASA EDITORA; AÑO DE PUBLICACIÓN. SI ES CAPÍTULO DE UN LIBRO: AUTORES. TÍTULO DEL CAPÍTULO. “EN...” (TODAS LAS REFERENCIAS DEL LIBRO). PÁGINA INICIAL Y FINAL DEL CAPÍTULO.

■ MATERIAL ELECTRÓNICO: COMO EN ARTÍCULOS EN REVISTAS INDICANDO LA DIRECCIÓN DEL CORREO ELECTRÓNICO DE PROCEDENCIA DEL TRABAJO.

LOS AUTORES SON RESPONSABLES DE LA EXACTITUD DE SUS REFERENCIAS.

6. MATERIAL ILUSTRATIVO

■ TABLAS: PRESENTE CADA TABLA EN HOJAS APARTE, SEPARANDO SUS LÍNEAS CON DOBLE ESPACIO. NUMERE LAS TABLAS EN ORDEN CONSECUTIVO Y ASÍGNELES UN TÍTULO QUE EXPLIQUE SU CONTENIDO (TÍTULO DE LA TABLA). SOBRE CADA COLUMNA COLOQUE UN ENCABEZAMIENTO CORTO O ABREVIADO. SEPARÉ CON LÍNEAS HORIZONTALES SOLAMENTE LOS ENCABEZAMIENTOS DE LAS COLUMNAS Y LOS TÍTULOS GENERALES. LAS COLUMNAS DE DATOS DEBEN SEPARARSE POR ESPACIOS Y NO POR LÍNEAS VERTICALES. CUANDO SE REQUIERAN NOTAS ACLARATORIAS, AGRÉQUELAS AL PIE DE LA TABLA. USE NOTAS ACLARATORIAS PARA TODAS LAS ABREVIATURAS NO ESTÁNDAR. CITE CADA TABLA EN SU ORDEN CONSECUTIVO DE MENCIÓN EN EL TEXTO DE TRABAJO.

■ FIGURAS: DENOMINE “FIGURA” A CUALQUIER ILUSTRACIÓN QUE NO SEA TABLA (EJS: GRÁFICOS, RADIOGRAFÍAS, ELECTROCARDIOGRAMAS, ECOGRAFÍAS, ETC.). LOS GRÁFICOS DEBEN SER DIBUJADOS POR UN PROFESIONAL O EMPLEANDO UN PROGRAMA COMPUTACIONAL ADECUADO. ENVÍE LAS FOTOGRAFÍAS EN BLANCO Y NEGRO, EN TAMAÑO 9 X 12 CM. LAS LETRAS, NÚMEROS, FLECHAS O SÍMBOLOS DEBEN VERSE CLAROS Y NÍTIDOS EN LA FOTOGRAFÍA Y DEBEN TENER UN TAMAÑO SUFICIENTE COMO PARA SEGUIR SIENDO LEGIBLES CUANDO LA FIGURA SE REDUZCA DE TAMAÑO EN LA PUBLICACIÓN. SUS TÍTULOS Y LEYENDAS NO DEBEN APARECER EN LA FOTOGRAFÍA, SINO QUE SE INCLUIRÁN EN HOJA APARTE, PARA SER COMPUESTOS POR LA IMPRENTA. AL DORSO DE CADA FOTOGRAFÍA DEBE ANOTARSE CON LÁPIZ DE CARBÓN O EN UNA ETIQUETA PEGADA, EL NÚMERO DE LA FIGURA,

EL NOMBRE DEL AUTOR PRINCIPAL Y UNA FLECHA INDICANDO SU ORIENTACIÓN ESPACIAL. LOS SÍMBOLOS, FLECHAS O LETRAS EMPLEADAS EN LAS FOTOGRAFÍAS DE PREPARACIONES MICROSCÓPICAS DEBEN TENER TAMAÑO Y CONTRASTE SUFICIENTE PARA DISTINGUIRSE DE SU ENTORNO, INDICANDO MÉTODOS DE TINCIÓN EMPLEADOS Y AMPLIACIÓN REALIZADA. CITE CADA FIGURA EN EL TEXTO, EN ORDEN CONSECUTIVO. SI UNA FIGURA REPRODUCE MATERIAL YA PUBLICADO, INDIQUE SU FUENTE DE ORIGEN Y OBTenga PERMISO ESCRITO DEL AUTOR Y DEL EDITOR ORIGINAL PARA REPRODUCIRLA EN SU TRABAJO. ENVÍE LAS FIGURAS PROTEGIDAS EN UN SOBRE GRUESO DE TAMAÑO APROPIADO.

LAS FOTOGRAFÍAS DE PACIENTES DEBEN CUBRIR PARTE(S) DEL ROSTRO PARA PROTEGER SU ANONIMATO.

7. LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA SE RESERVA EL DERECHO DE ACEPTAR LOS TRABAJOS, ASÍ COMO DE REALIZAR CORRECCIONES GRAMATICALES QUE NO IMPLIQUEN UN CAMBIO CONCEPTUAL DEL ORIGINAL, CUANDO LO CONSIDERE NECESARIO.

8. LA REVISTA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE BUENOS AIRES NO SE RESPONSABILIZA POR LAS APRECIACIONES, COMENTARIOS Y/O AFIRMACIONES MANIFESTADAS POR LOS AUTORES DE SUS TRABAJOS.

LAS PRESENTES NORMAS ESTÁN DE ACUERDO CON LOS REQUERIMIENTOS UNIFORMES PARA MANUSCRITOS SOMETIDOS A REVISTAS BIOMÉDICAS, ESTABLECIDOS POR EL INTERNATIONAL COMMITTEE OF MEDICAL JOURNAL EDITORS (5TA. EDICIÓN-1997-).

■ TRANSMISIÓN DE LOS DERECHOS DE AUTOR SE INCLUIRÁ CON EL MANUSCRITO UNA CARTA FIRMADA POR TODOS LOS AUTORES, CONTENIENDO EL SIGUIENTE PÁRRAFO. “EL/LOS ABajo FIRMANTE/S TRANSFIERE/N TODOS LOS DERECHOS DE AUTOR A LA REVISTA, QUE SERÁ PROPIETARIA DE TODO EL MATERIAL REMITIDO PARA PUBLICACIÓN”. ESTA CESIÓN TENDRÍA VALIDEZ EN EL CASO DE QUE EL TRABAJO FUERA PUBLICADO POR LA REVISTA. NO SE PODRÁ REPRODUCIR NINGÚN MATERIAL PUBLICADO EN LA REVISTA SIN AUTORIZACIÓN

**Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires**

Libertad 1173 PB "C" (1012) - Ciudad de Buenos Aires - República Argentina

Telefax: (54-11) 4815-0312 (54-11) 4811-8050

email: medicina@smiba.org.ar - http://www.smiba.org.ar/



Talleres DE MEDICINA INTERNA 2019

Talleres Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires Jueves 18:30 a 20:00 hs

Mes de Abril: Módulo de Medicina Crítica.

Coordinador: Dr. Hugo Sprinsky

4/4: Manejo actual de la crisis hipertensiva en UTI. Dr. Martín Deheza

11/4: Neurosonología en UTI. Dr. Ignacio Previgliano

25/4: Síndrome coronario agudo. Manejo en UTI. Dr. Alfredo Hirschon

Mes de Agosto: Módulo de Toxicología.

Coordinador: Dr. Carlos Damín

1/8: Generalidades.

8/8: Abuso de sustancias depresivas.

15/8: Abuso de sustancias estimulantes.

22/8: Abuso de alcohol.

29/8: Mordeduras y picaduras de animales e intoxicación por monóxido.

Mes de Mayo: Módulo de Reumatología.

Coordinadora: Dra. Marta Mamani

2/5: Artritis Reumatoide y Seronegativas. Dra. Natalia Herscovich

9/5: Lupus Eritematoso Sistémico. Dra. Natalia Tamborenea

16/5: Esclerodermia. Dra. Marta Mamani

23/5: Síndrome de Sjögren Primario.

Dra. Anastasia Secco

30/5: Miopatías Inflamatorias. Dr. Félix E. Romanini

Mes de Septiembre: Módulo de Infectología.

Coordinador: Dr. Gabriel Levy Hara

5/9: Actualización en infecciones urinarias. Dr. Gabriel Levy Hara

12/9: Infección de partes blandas. Dr. Gabriel Levy Hara

19/9: Uso racional de antibióticos. Dr. Gabriel Levy Hara

26/9: Enfermedades infecciosas poco comunes. Dr. Tomás Orduna.

Mes de Junio: Módulo de Clínica Médica.

Coordinadora: Dra. Silvia Falasco

6/6: Interacciones y efectos secundarios de los medicamentos. Dr. Roberto Diez

13/6: Dermatología en imágenes para el médico internista. Dra. Giorgina Pardo

27/6: Control periódico de salud. De la adolescencia a la senectud. Dra. Silvia Falasco

Mes de Octubre: Módulo de Diabetología.

Coordinador: Dr. Félix Puchulu

3/10 Diabetes y embarazo. Dr. Federico Reising

10/10 Dislipemia y diabetes. Dr. Cristian Gian-
naula

17/10 Insulinas e insulinización temprana. Dra. Norma Ferrari

24/10 Hiperglucemia en la internación.

Dr. Félix Puchulu

31/10 Pie Diabético. Dra. Laura Pelayo

Mes de Julio: Módulo de Hepatología.

Coordinador: Dr. Jorge Daruich

4/7: Evaluación del paciente con hipertransaminasemia. Estratificación de la enfermedad hepática. Dra. Florencia Yamasato

11/7: Enfermedad Hepática grasa alcohólica y no alcohólica. Diagnóstico y manejo. Dra. Andrea Curia

18/7: Lesiones ocupantes de espacio: criterios de benignidad y de malignidad. Diagnóstico y manejo. Hepatitis virales B y C. Avances terapéuticos. Dra. Florencia Yamasato

25/7: Complicaciones de la cirrosis: Síndrome ascítico edematoso y encefalopatía hepática. Dr. Matías Bori – Dr. Jorge Daruich. Manejo nutricional del paciente con enfermedad hepática. Lic. Sara Schaab

Mes de Noviembre: Módulo de Nefrología.

Coordinador: Dr. Pablo Raffaele

7/11: Alteración del metabolismo fosfocálcico y su impacto cardiovascular. Tratamiento de la progresión de la enfermedad renal crónica. Dr. Pablo Raffaele

14/11: Tratamiento de reemplazo de la función renal. Diálisis vs Trasplante. Trasplante renal: Por qué, cuándo y cómo? Dr. Pablo Raffaele

21/11 Congreso Internacional SMIBA-SAM

28/11: Aproximación a las glomerulopatías primarias y secundarias desde los grandes síndromes renales. Dra. Rita Marcela Fortunato

**Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires**

Libertad 1173 PB "C" (1012) - Ciudad de Buenos Aires - República Argentina
 Telefax: (54-11) 4815-0312 (54-11) 4811-8050
 email: medicina@smiba.org.ar - http://www.smiba.org.ar/

**MÓDULOS DE ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA**

CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA MODULADO POR ESPECIALIDADES DIRIGIDOS A MÉDICOS GENERALES, INTERNISTAS Y ESPECIALISTAS EN CLÍNICA MÉDICA QUE DESEEN ACTUALIZARSE EN LOS DIFERENTES TEMAS DE LA MEDICINA INTERNA

Lugar: Sede de la Asociación Médica Argentina. Avda. Santa Fe 1171 - (1012) Buenos Aires

Horario: Las clases se dictarán los días martes de 18 a 20.30 hs.

Informes e inscripción: Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires

Inicio: 9 de Abril de 2019. Aranceles: \$ 5000 por Módulo

► Premio Anual "SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE BUENOS AIRES" Creado el 14 de marzo de 1947

EL PREMIO: "SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE BUENOS AIRES" SERÁ OTORGADO ANUALMENTE AL MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA PRESENTADO EN LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE BUENOS AIRES EN EL TRANCURSO DEL PERÍODO.

Acreditación de Residencias. SMIBA forma parte del Registro Único de Entidades Evaluadoras del Ministerio de Salud de la Nación.

Recertificación. El programa de Recertificación de SMIBA está previsto para todos los especialistas en Medicina Interna del país. El Comité está integrado por Ex Presidentes,

Miembros Honorarios Nacionales y Miembros Beneméritos designados por la Comisión Directiva de SMIBA. La Recertificación será extendida según categorías por un período de 5 años.

Reuniones Científicas. El segundo martes de cada mes en la Asociación Médica Argentina a las 20:00 hs.

Curso de Cuidados Paliativos para el internista

Coordinadoras: Dra. Margarita Gaset, Dra. Cinthia Carrizo y Dra. Jaqueline Cimmerman

Orientado a médicos internistas, oncólogos, geriatras, paliativistas, cirujanos. Otras especialidades relacionadas

Inicio: 2 de mayo de 2019

Finaliza: 30 de noviembre de 2019

Modalidad ON LINE

Formato: módulos mensuales con material científico informatizado, con recursos visuales y video. Examen tipo choice al finalizar cada módulo. Total de 7 módulos.

Es requisito la aprobación de todos los módulos para finalizar el curso.

Carga horaria total: 250 horas

Colaboradores docentes del área de Cuidados Paliativos, Psicología, Farmacología, Medicina Interna, Geriátrica, Enfermería, Terapistas Ocupacionales.

Programa

- Generalidades de paliativos
- Dolor: tipos, fisiopatología, dolor oncológico
- Tratamiento de dolor: Aines y adyuvantes
- Tratamiento de dolor II: opioides, manejo de dolor
- Síntomas prevalentes: respiratorios, gastrointestinales, SCA
- Emergencias en cuidados paliativos
- Abordaje psicológico. Manejo de información. Malas noticias
- Sedación paliativa

CURSOS ONLINE**Curso de Patología Ambulatoria del Adulto Mayor**

Coordinador: Dr. Luis María Carnelli.

Directores: Dr. Daniel Romano y Daniel Carnelli.

Metodología: Curso bianual, compuesto de 18 módulos mensuales en total, los cuales serán publicados a través de la página web de SMIBA, 9 durante cada año.

Otorga: 15 puntos para la recertificación por cada módulo aprobado.

Carga horaria: 270 horas.

Curso de Manejo del Paciente Ambulatorio

Coordinadoras: Dra. Margarita Gaset, Dra. Silvia Falasco y Dra. María Inés Vázquez.

Está organizado en cuatro módulos, que se desarrollarán en el transcurso de dos años.

Cada módulo se extiende a lo largo de cuatro meses y en cada mes se desarrollarán dos temas del programa (con actualización de temas ya abordados y la incorporación de nuevas temáticas).

Este curso otorga un total de 240 horas (60 horas por módulo), que equivalen a 400 créditos para la certificación de la especialidad.



► **ESCUELA ARGENTINA DE MEDICINA INTERNA**

► **Curso Biental Superior de Post Grado**

de Médico Especialista en Clínica Médica - Medicina Interna

COMITÉ DE DOCENCIA **Director:** Dr. Roberto Reussi - **Subdirector:** Dr. Jorge Mercado - **Secretario:** Dr. Rodolfo Bado

Vocales: Dr. Rodolfo Maino, Dr. Federico Marongiu, Dr. Miguel Ángel Falasco, Dra. Silvia Falasco

PROGRAMA 2019 DE ABRIL A JULIO (PRIMERA PARTE)

ABRIL 9 - 17:00 a 18:00

Palabras de Bienvenida a cargo del director del curso Dr. Roberto Reussi. Características del curso.
 Reseña de la Historia de la Medicina Interna. Dr. Federico Marongiu, Dr. Rodolfo Maino
 Reseña de la Historia de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires. Dr. Federico Marongiu
 Metodología para realizar una monografía y un trabajo científico. Planificación de entrevistas individuales a lo largo del año. Importancia de la originalidad y rigurosidad en la confección del trabajo académico. Dr. Federico Marongiu
 Las horas de práctica en el ámbito asistencial. Requerimientos, estándares y competencias. Derechos y obligaciones de médicos y pacientes en la entrevista clínica. Dra. Silvia Falasco
 Directivas para la presentación de un trabajo de investigación para el Congreso de Medicina 2019. Dr. Miguel Falasco
 Presentación del sistema interactivo de enseñanza. Ejemplos prácticos: Preguntas introductorias. Módulo de Reumatología. Dr. Jorge Mercado

18:00 a 20:00

Reumatología. Dr. Juan José Scali - Dra. Viviana Falasco

El Laboratorio en las enfermedades reumatológicas
 Diagnóstico Diferencial entre Artrosis (Osteoartritis) y Artritis. Patogenia. Complicaciones musculoesqueléticas y extra articulares (multiorgánicas) de la AR. Tratamientos sintomáticos, drogas modificadoras de la enfermedad y biológicos.
 Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación de los contenidos del día

Abril 16 - 17:00 a 18:00

Diagnóstico por Imágenes. Dra. Patricia Carrascosa

Imágenes en osteoartritis. Radiografía convencional. TAC y RNM. Diagnóstico por imágenes en osteoporosis y osteopatías metabólicas. Hallazgos radiológicos articulares en artritis reumatoidea. Scores radiológicos. Imágenes en Lupus. Articulares, cerebrales

18:00 a 20:00

Miopatías – Enfermedades Autoinmunes. Dr. Juan José Scali - Dra. Viviana Falasco

Lupus eritematoso sistémico. Embarazo y LES. Lupus inducido por drogas. Miopatías asociadas a droga - Miopatías inflamatorias: Polmiositis y Dermatomiositis. Esclerosis sistémica progresiva - Fenómeno y síndrome de Raynaud. CREST. Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación de los contenidos del día

20:00 a 21:00

Ateneo Clínico Hospital de la Comunidad. Discusión con participación de los alumnos

Abril 23 - 17:00 a 18:00

Diagnóstico por Imágenes. Dra. Patricia Carrascosa

Ultrasonografía osteoarticular, aspectos generales. TAC y RMN en enfermedades reumatológicas
 Aspectos imagenológicos de artritis séptica

18:00 a 20:00

Reumatología. Dr. Juan José Scali - Dra. Viviana Falasco

Espondiloartropatías Seronegativas. Espondilitis anquilosante. Artritis reactivas. Artritis asociadas a enfermedades inflamatorias del tubo digestivo. Artritis psoriásica. Still del adulto. Sjögren
 Osteoporosis. Gota y Artropatías cristalínicas. Hiperuricemias primarias y secundarias - Artritis infecciosas. Síndrome de Superposición - Reumatismo no articular. Fibromialgia - Bursitis y entesitis
 Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación de los contenidos del día

Abril 30 - 17:00 a 18:00

Diagnóstico por Imágenes. Dra. Patricia Carrascosa

El Centellograma óseo como método diagnóstico y pronóstico- Tomografía por emisión de positrones (PET) en patología reumática - Artritis cristalínicas - Casos clínicos

18:00 a 20:00 Vasculitis. Dra. Viviana Falasco
Vasculitis. Aproximación diagnóstica. Características clínicas. Vasculitis grandes vasos: Takayasu. Polimialgia reumática y arteritis de células gigantes. Panarteritis nodosa. Vasculitis asociada a ANCA: Poliangeítis granulomatosa, poliangeítis granulomatosa eosinofílica, vasculitis a IG A, cutáneas. Crioglobulinemia, anti membrana basal glomerular, Behcet - Síndrome antifosfolípido. -Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación de los contenidos del día
Mayo 7 - 17:00 a 18:00 Casos clínicos introductorios al Módulo de Neurología. Dr. Jorge Mercado
Examen del Módulo de Reumatología. Análisis y comentario al finalizar el examen Dr. Jorge Mercado
18:00 a 20:00 Neurología. Dr. Alfredo Thomson
Enfoque de los pacientes con cefalea. Diagnósticos diferenciales de la cefalea de tensión y la migraña. El aura como diagnóstico y factor de riesgo vascular. Tratamiento de la migraña aguda (abortivos) y tratamientos crónicos. Los nuevos desarrollos terapéuticos. Anticuerpos monoclonales. De la teoría a la práctica. Síndromes faciales dolorosos: Neuralgia del V y IX par Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación de los contenidos del día
Mayo 14 17:00 a 18.00 Semiología del aparato neurológico. El examen neurológico. Grandes síndromes del SNC y periférico. Dr. Ismael Calandri
18:00 a 20:00 Neurología. Dr. Alfredo Thomson
Accidentes cerebrovasculares. Epidemiología en Argentina y el mundo. Diagnóstico diferencial entre isquemia y hemorragia. Factores predisponentes. La FA y la anticoagulación desde la mirada del neurólogo. Oportunidad de cirugía vascular, angioplastia o neurocirugía. Tratamiento en la urgencia. Tratamiento en el mediano y largo plazo. Los nuevos esquemas de antiagregación. Los nuevos anticoagulantes orales
20:00 a 21:00 Ateneo Clínico Hospital de la Comunidad. Discusión con participación de los alumnos
Mayo 21 - 17 a 18.00 Diagnóstico por Imágenes. Dr. Martín Nogués
El Electroencefalograma y el Electromiograma. Introducción para la lectura del médico clínico
18:00 a 20.00 Neurología. Dr. Alfredo Thomson - Dr. Martín Nogués
Clasificación de las convulsiones. Epilepsias. Guía de uso de las drogas anticonvulsivantes. Casos clínico interactivos. Videos y Diagnóstico diferencial de los síndromes convulsivos. Neuropatías: mononeuritis-polineuritis. Enfermedades desmielinizantes. Esclerosis Lateral amiotrófica. Enfermedades Degenerativas. Enfermedades Neuromusculares. Miopatías. Tumores del Sistema Nervioso Central. Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación de los contenidos del día
Mayo 28 - 17:00 a 18:00 Diagnóstico por Imágenes. Dra. Patricia Carrascosa
Imágenes en la Urgencia cerebral vascular. TAC y RNM. Los tiempos y ventanas: aporte de las imágenes. El ACV como emergencia médica. Técnicas de difusión. Espectroscopía. Angiografía, mielografías. Utilidad de las imágenes en el diagnóstico de las enfermedades degenerativas. Utilidad de las imágenes en el diagnóstico de las enfermedades cerebro vasculares
18:00 a 20.00 Neurología. Dr. Alfredo Thomson
Síndromes demenciales. Diagnósticos diferenciales de las demencias. Enfermedad e Alzheimer. Utilidad de las terapéuticas actuales. La problemática del acompañante. Agotamiento. Fisiopatología. Avances y retrocesos. Movimientos anormales. Temblor. Enfermedad de Parkinson. Enfermedades extrapiramidales. Diagnósticos diferenciales de los movimientos anormales. Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación de los contenidos del día
Junio 4 - 17:00 a 18:00 Casos clínicos introductorios al Módulo de Gastroenterología. Dr. Jorge Mercado

Examen del Módulo de Neurología. Análisis y comentario al finalizar el examen Dr. Jorge Mercado
18.00 a 20:00 Gastroenterología. Dr. Cecilio Cerisoli
Indicaciones de Videoendoscopia alta diagnóstica. Usos terapéuticos. Enfermedades del esófago: Esofagitis. Esófago de Barrett. Disfagia. Mallory Weiss. Estómago y duodeno. Enfermedad ulceropéptica del tracto gastroduodenal. Helicobacter Pylori. Gastritis erosiva asociada a drogas (DAINES). Hemorragias digestivas alta y baja. Diagnósticos diferenciales según grupo etario Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación de los contenidos del día
Junio 11 - 17:00 a 18:00 Semiología del abdomen y aparato digestivo. Abdomen agudo Dr. Miguel A. Falasco
18.00 a 20.00 Gastroenterología. Dr. Cecilio Cerisoli
Estudios Endoscópicos, enteroscopia de doble balón, cápsula entérica. Enfermedad diverticular del colon. Angiodisplasias y pólipos colónicos. Conductas diagnósticas y terapéuticas. Screening de los tumores del tracto digestivo. La visión del gastroenterólogo. Métodos. Ejemplos clínicos Conductas diagnósticas y terapéuticas del Cáncer colorrectal. Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación de los contenidos del día
20:00 a 21:00 Ateneo Clínico Hospital de la Comunidad. Discusión con participación de los alumnos
Junio 18 - 17:00 a 18.00 Diagnóstico por Imágenes. Dra. Patricia Carrascosa
Técnicas de estudio, diferentes métodos de imágenes en el estudio del abdomen. Radiología convencional: Simple, SGD, Tránsito Intestinal, Colon por enema. Ecografías. Semiología ecográfica en servicios de guardia. En el consultorio. TAC. Colonoscopia virtual, PET
18:00 a 20:00 Gastroenterología. Dr. Cecilio Cerisoli
Diarreas agudas, crónicas y síndrome de mala absorción. Diarreas infecciosas. Clostridium difficile, germen emergente. Cuándo pensar en el Clostridium. Conducta terapéutica. Enfermedades inflamatorias del intestino. Diagnóstico diferencial de la Colitis ulcerosa y de la enfermedad de Crohn Celiaquía. Colon irritable. Parasitosis regionales. Expresión gastrointestinal. Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación de los contenidos del día
Junio 25 - 17:00 a 18.00 Diagnóstico por Imágenes. Dra. Patricia Carrascosa
RNM. Colangiorensonancia. CPRE Diagnósticos diferenciales y utilidad terapéutica. Las imágenes en el diagnóstico de la apendicitis aguda. Litiasis Vesicular. Colangitis. Diagnósticos diferenciales
18:00 a 20.00 Gastroenterología. Dr. Cecilio Cerisoli
Pancreatitis aguda; presentaciones clínicas. Valor de los scores pronósticos. Pancreatitis crónica. Tumores pancreáticos: quistes; tumores neuroendócrinos; adenocarcinoma de páncreas. Neoplasias del Sistema APUD. Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación de los contenidos del día
Julio 2 - 17:00 a 18.00 Casos clínicos introductorios al Módulo de Hepatología y Estomatología. Dr. Jorge Mercado
Examen del Módulo de Gastroenterología. Análisis y comentario al finalizar el examen. Dr. Jorge Mercado
18:00 a 20:00 Hepatología. Dr Jorge Daruich
Cómo interpretar el hepatograma normal y patológico. Las patentes del hepatograma patológico. Diagnósticos diferenciales. Hepatitis virales: A y B. Ventajas de la vacunación. Necrosis amarilla aguda. Complicaciones crónicas de las hepatitis. Nuevos tratamientos

Julio 16 201 - 17:00 a 18:00
Estomatología. Dr. Marcos Ratinoff
La boca como primera porción del aparato digestivo. Conducta frente a las estomatitis. Cuándo observar, cuándo biopsiar
18:00 a 20:00
Hepatología. Dr. Jorge Daruich
Hepatitis virales: C, D y E. Conductas, seguimiento y variantes terapéuticas. Nuevos tratamientos antivirales. Expectativas de curación. Análisis costo/beneficio. Epidemiología en Latinoamérica Hepatitis autoinmunes y medicamentosas. Conducta. Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación diaria de los contenidos del día
20:00 a 21:00
Ateneo Clínico Hospital de la Comunidad. Discusión con participación de los alumnos
Julio 23 - 17:00 a 18:00
Estomatología. Dr. Marcos Ratinoff
Patologías odontológicas de diagnóstico clínico. Cáncer de boca. Diagnóstico y análisis de las conductas terapéuticas
18 a 20.00
Hepatología. Dr. Jorge Daruich
Hígado graso no alcohólico. Fibrosis. Cirrosis. Hígado, alcohol y drogas. Hepatitis medicamentosas. Insuficiencia Hepática. Síndrome hepatorenal. Enfermedades del tracto biliar. Pólipos y litiasis. Manejo del Síndrome Ascítico edematoso. Peritonitis bacteriana espontánea. Encefalopatía hepática. Tumores hepáticos. Trasplante Hepático. Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación de los contenidos del día
Julio 30 17:00 a 18:00
Diagnóstico por Imágenes. Dra. Patricia Carrascosa
Imágenes del hígado. Ecografía como aproximación a la vía biliar. Litiasis vesicular. Punción transparietohepática guiada por ecografía. Rendimiento diagnóstico. Colangiopancreatografía retrógrada con fines diagnósticos y terapéuticos. Videos y mostración de casos clínicos. Colangiografía como "gold standard" del diagnóstico de la patología biliar pancreática. Diagnóstico diferencial por imágenes de adenomas, tumores endocrinos y adenocarcinoma de páncreas
18:00 a 20:00
Hepatología. Dr. Jorge Daruich
Colestasis e Hipertensión Portal. Cirrosis biliar primaria. Enfermedades hereditarias, metabólicas e infiltrativas del hígado. Hemocromatosis. Indicaciones del trasplante de hígado. Complicaciones de manejo clínico. Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación de los contenidos del día
Julio 20 - 17:00 a 18:00
Interacciones medicamentosas. Dr. Jorge Mercado
Casos clínicos interactivos.
18:00 a 20:00
Cuidados Paliativos y Dolor en Medicina. Dr. Jorge Dureaume
Definición. Descripción y epidemiología del problema de salud. Objetivos y líneas estratégicas de actuación. Tratamiento del Dolor Oncológico. Cuidados domiciliarios Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación de los contenidos del día