





Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires

PRESIDENTE: DR. MIGUEL ÁNGEL FALASCO

VICEPRESIDENTE: DR. DANIEL LUIS CARNELLI

SECRETARIO: DR. DANIEL NORBERTO ROMANO

PROSECRETARIO: DR. IOAQUÍN ALFREDO MERCADO

TESORERO: DR. JORGE CASTAGNINO

PROTESORERA: DRA. GRACIELA NORA FERNÁNDEZ

VOCALES TITULARES:

Dra. Ana Andrea Pisarevsky, Dr. Alejandro Carosio y Dra. María Inés Vázquez

VOCALES SUPLENTES:

Dra. Guillermina Ludueña, Dra. Ana Matilde Israel y Dra. Graciela María Suárez

ÓRGANO DE FISCALIZACIÓN:

Dr. Rodolfo Jorge 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, ISRAEL ANA MATILDE, FALASCO VIVIANA, OLMOS FLORENCIO

Revista de Medicina Interna

DIRECTORA: SECRETARIA DE REDACCIÓN RELACIONES INSTITUCIONALES DRA. SILVIA I. FALASCO DRA. MARGARITA GASET 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 Dr. Jesús Millán Núñez-Cortés, Catedrático-Jefe de Servicio de Medicina

Interna. Jefe de Estudios Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Facultad de Medicina de la Universidad Complutense. Madrid. España

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. Hernán Seoane, Decano de la Facultad de Ciencias Médicas – Pontificia Universidad Católica Argentina. Vicepresidente del Comité de Economía de la Salud - Asociación Médica Argentina

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 Nº 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 y 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.

Revista de Medicina Interna		
volumen 18 / número 1 / Enero, Febrero y Marzo de 2022	Índice	EDITORIAL
	01	LA EDUCACIÓN EN MEDICINA: UNA DEUDA SOCIAL PENDIENTE EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA
		Prof. Dr. Ricardo Jorge Losardo TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
	05	FACTORES ASOCIADOS A INTERNA- CIÓN DE PACIENTES CON COVID-19 DURANTE LA PRIMERA Y SEGUNDA OLA EN LA UNIDAD FEBRIL DE UR- GENCIAS DEL HOSPITAL FRANCIS- CO JAVIER MUÑIZ FACTORS ASSOCIATED WITH HOSPITALIZATION AMONG COVID-19 PATIENTS DURING THE FIRST AND SECOND WAVES IN THE FEBRILE EMERGENCY UNIT AT FRANCISCO JAVIER MUÑIZ HOSPITAL SÁNCHEZ DONCELL JAVIER A, PALOMINO IGNACIO, CORREDOR MARTINEZ DIANA, FRANCOS JOSÉ L, GONZÁLEZ MONTANER PABLO
	11	CONSENSO CONSENSO NACIONAL INTER- SOCIEDADES SOBRE TAMIZAJE EN CÁNCER DE MAMA 2021
	16	CONSENSO SOBRE GANGLIO CENTINELA POSITIVO EN ESTADIOS INICIALES DE CÁNCER DE MAMA PROGRAMA NACIONAL DE CONSENSOS INTER-SOCIEDADES. PROGRAMA ARGENTINO DE CONSENSOS DE ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS.
		ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS
	29	ALGORITMO TERAPÉUTICO DE LA

COLITIS ULCEROSA EXTENSA NO

GRAVE Y GRAVE Dra. Silvia I Falasco

Editorial

LA EDUCACIÓN EN MEDICINA: UNA DEUDA SOCIAL PENDIENTE EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA

Hace dos años llegaba el Covid-19 a nuestro país. En Asia y Europa se había instalado unos meses antes. El tiempo trascurrido nos permite hacer la siguiente reflexión.

La relación de los "mitos" y las "supersticiones" con la medicina es muy antigua y ha quedado superada. Sin embargo, con la pandemia actual de Covid-19 este tema ha vuelto a la consideración de la opinión pública. Este espacio se ha generado porque esta enfermedad infectocontagiosa viral, que puede culminar en un desenlace mortal, aún no tiene tratamiento y se conocía escasamente su fisiopatología.

A pesar de ello, se han producido en corto tiempo, en un año, una serie de vacunas experimentales que han dado respiro a la situación sanitaria mundial. La OMS -como máxima entidad en la materia- ha respaldado la vacunación y ha realizado un gran esfuerzo educativo difundiendo los cuidados para la prevención de la enfermedad.

Sin embargo, para algunos sectores de la población -conocidos como "grupos antivacunas"- éstas no son confiables y atentan contra la seguridad física de las personas. A esta idea le agregan que se trata de una conspiración internacional y además de un lucro desmedido de la industria farmacéutica. Se basan además en la defensa de derechos y libertades individuales.

Ésta es la realidad en que vivimos y tiene dimensión mundial. Cuando nos referimos a "vacunas" versus "anti-vacunas" en el siglo XXI, independientemente de la proporción de individuos que abrazan uno u otro grupo, nos estamos remontando a épocas muy lejanas donde convivían y luchaban la "ciencia" versus los "mitos". Ha quedado demostrado

que la ciencia y la tecnología, juegan un papel fundamental para el crecimiento y desarrollo de cualquier sociedad; y constituyen la base del diagnóstico y tratamiento de todas las enfermedades, las conocidas y las que aún faltan conocer. También es cierto que, en estos casos críticos, los intereses individuales quedan supeditados a los intereses colectivos.

No debemos confundir las creencias que el ser humano tiene en otros campos de su vida como, por ejemplo, el religioso, con el campo científico y en este caso con el de la medicina, que ha crecido y desarrollado gracias a la razón: la observación, el empirismo y la medición. Y con este mecanismo se supera y evoluciona día a día, ofreciéndonos "los avances" de la medicina. Es cierto que no todas las enfermedades se conocen, pero es también cierto que por este camino se descubren la etiología y la fisiopatología, y así se abren las puertas al diagnóstico, tratamiento y prevención de las mismas. Como resultado las personas viven más y mejor: la sobrevida ha aumentado y el bienestar ha mejorado notablemente.

Las pandemias son un fenómeno recurrente en la historia de la humanidad y fueron responsables de millones de muertes. No respetan fronteras. Tampoco edades ni sexo. Pero el mundo cada vez está mejor preparado para afrontarlas. Ello gracias a los avances de la ciencia médica. Las vacunas también han aportado lo suyo.

Los mitos y las creencias de los grupos anti-vacunas, que son minoría, demuestran un déficit de educación en los temas médicos a nivel popular. La pregunta es: ¿Son ellos los culpables? O el sistema educativo y/o

médico ha fallado a nivel mundial, tal vez por descuido u olvido, o simplemente por estar muy concentrado en lo estrictamente científico. La educación es un derecho y no sólo es información sino también formación. Es un proceso de enseñanza y aprendizaje que lleva tiempo y dedicación. No se logra del día a la noche y necesita del apoyo explícito de los medios masivos de comunicación.

Este rechazo del aporte de las vacunas para sobrellevar el Covid-19 por parte del grupo anti-vacunas no podemos atribuirlo únicamente a ellos. Tratemos de entender la compleja realidad que vivimos comprometiéndonos socialmente unos con otros y actuemos como médicos y educadores: seguramente el resultado a largo plazo será más alentador. ¡Eduquemos para un mejor vivir!

Prof. Dr. RICARDO JORGE LOSARDO
Doctor en Medicina (UBA)
Magíster en Salud Pública (USAL)

FACTORES ASOCIADOS A INTERNACIÓN DE PACIENTES CON COVID-19 DURANTE LA PRIMERA Y SEGUNDA OLA EN LA UNIDAD FEBRIL DE URGENCIAS DEL HOSPITAL FRANCISCO JAVIER MUÑIZ

FACTORS ASSOCIATED WITH HOSPITALIZATION AMONG COVID-19 PATIENTS DURING THE FIRST AND SECOND WAVES IN THE FEBRILE EMERGENCY UNIT AT FRANCISCO JAVIER MUÑIZ HOSPITAL

SÁNCHEZ DONCELL JAVIER A¹, PALOMINO IGNACIO², CORREDOR MARTINEZ DIANA³, FRANCOS JOSÉ L⁴, GONZÁLEZ MONTANER PABLO⁵

RESUMEN

A partir de marzo de 2020, la OMS declaró la pandemia por SARS-CoV-2, agente etiológico de la enfermedad COVID-19, clasificada como un evento de emergencia de salud pública y de importancia internacional. Argentina, al igual que toda América Latina fue uno de los países más afectados durante las dos grandes olas de casos de COVID-19, en la primera ola (agosto 2020 – diciembre 2020) y en la segunda (abril 2021 – agosto 2021) (1, 2).

En la Unidad Febril de Urgencias (UFU) del Hospital Muñiz se presentó una fuerte asociación de internación por COVID-19 con factores de riesgo como la obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus (DM) y EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), de lo cual surge el interrogante de si se han presentado diferencias de estos factores entre la primera y segunda ola.

En el presente estudio se recolectaron los datos y se compararon las dos olas con el objetivo de analizar los factores asociados a internación y determinar si hay diferencias estadísticamente significativas entre los factores de riesgo y predictores de internación dentro de estos dos períodos epidemiológicos.

Dentro de los factores asociados a internación, la obesidad (OR=3.4; IC 95%=2.6-4.5)

SUMMARY

Since March 2020, the WHO declared the SARS-CoV-2 pandemic, the etiological agent of the COVID-19 disease, classified as a public health emergency event of international importance. Argentina, like other countries of Latin America, was one of the most affected countries during the two great waves of COVID-19 cases, in the first wave (August 2020 - December 2020) and in the second (April 2021 - August 2021) (1, 2).

In the Febrile Emergency Unit (UFU) of the Muñiz Hospital there was a strong association of hospitalization due to COVID-19 with risk factors such as obesity, arterial hypertension, diabetes mellitus (DM) and COPD (chronic obstructive pulmonary disease), from which the question arises whether there have been differences between these factors in the first and second waves.

In the present study, the data were collected and the two waves were compared in order to analyze the factors associated with hospitalization and determine if there are statistically significant differences between the risk factors and predictors of hospitalization within these two epidemiological periods.

Among the factors associated with hospitalization, obesity (OR = 3.4; 95% CI = 2.6-4.5) was one of the results statistically significant in both waves, but within the results, COPD mar-

Unidad Febril de Urgencias, Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

- 1 Especialista en Medicina Interna, Epidemiología, Cuidado paliativo y Medicina Familiar.
- 2 Médico residente de Infectología.
- 3 Médica residente en Diagnóstico por Imágenes.
- 4 Especialista en Medicina Interna e Infectología. Coordina-

dor de Unidad Febril de Urgencias. Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz.

5 Especialista en Neumonología. Director del Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz. e-mail: jasdoncell@hotmail.com

Fecha de recepción: 15 de Noviembre de 2021 Fecha de aceptación: 21 de Febrero de 2022 fue uno de los resultados que fue estadísticamente significativo en ambas olas, pero dentro de los resultados la EPOC marcó la mayor fuerza de asociación (OR=29; IC95%=20-42).

Palabras clave: Unidad febril de urgencia (UFU) – COVID-19 – Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) – Obesidad – EPOC.

INTRODUCCIÓN

A partir de marzo de 2020, la OMS declaró la pandemia por SARS-CoV-2, agente etiológico de la enfermedad COVID-19, clasificada como un evento de emergencia de salud pública y de importancia internacional. El Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires instaló las Unidades Febriles de Urgencia (UFU), localizadas en 20 hospitales municipales de la ciudad con el objetivo de valorar pacientes que presenten criterios compatibles con COVID-19. De esta manera, se pudo optimizar la atención de pacientes con síntomas compatibles con COVID-19 desde el inicio de la pandemia y tomar la conducta médica correspondiente en cada caso en particular (3, 4).

Durante el período de la primera ola, factores tales como la obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus y la edad (mayores de 40 años) se asociaron con la decisión de internación en la UFU del Hospital Muñiz (5). En la segunda ola, se contaba con un adecuado modelo de atención y la experiencia, lo que favoreció la conducta clínica y permitió manejar el pico de casos con posibilidad de internación de manera más acertada.

Los objetivos del presente estudio fueron identificar factores relacionados con la internación en pacientes con COVID-19 atendidos en la Unidad Febril de Urgencia del Hospital Francisco Javier Muñiz y presentar un análisis de las diferencias entre la primera y segunda ola.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo en la UFU del Hospital de Infecciosas Dr. Francisco Javier Muñiz, localizado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Se revisaron historias clínicas y registros de ficha epidemiológica de pacientes con PCR para ked the greatest strength of association (OR = 29; 95% CI = 20-42).

Keywords: Emergency Febrile Unit (UFU) - COVID-19 – Polymerase Chain Reaction (PCR) –Obesity– COPD.

SARS-CoV-2 o test de antígeno por inmunocromatografía positivos en el período de primera ola (1 de agosto al 31 de octubre de 2020) y el período de segunda ola (1 de abril al 30 de junio de 2021).

Durante la primera ola, se registraron 12.727 pacientes admitidos en la UFU con sintomatología compatible de COVID-19, de los cuales 2.408 presentaron PCR detectable. En la segunda ola, se admitieron 18.356 pacientes con sintomatología compatible y 4.902 tuvieron test antigénico positivo o PCR detectable.

Análisis estadístico: Se utilizó el programa Stata 13.0 para el análisis estadístico de datos. Los resultados se presentaron como media y desvío estándar (DS) para variables numéricas y porcentaje en las categóricas. Se compararon grupos con test de chi cuadrado para variables categóricas y la prueba de Mann-Whitney para variables numéricas. Se calcularon Odds Ratios (OR) crudos y ajustados mediante regresión logística múltiple. Los intervalos de confianza (IC) se calcularon para el 95%. Se consideró significativo un valor de p<0.05.

RESULTADOS

Se analizaron 7.310 pacientes con CO-VID-19 en ambos períodos de los cuales se internaron el 16.9% (n=1.237). La edad promedio fue de 40 años (DS=14.4), la proporción de sexo masculino fue del 48% (n=3.893). Los síntomas de mayor frecuencia presentados en la primera ola fueron tos, anosmia, disgeusia y odinofagia mientras que los síntomas de mayor frecuencia en la segunda ola fueron cefalea, fiebre y mialgia. Ver tabla 1.

Tabla 1

Descripción y comparación de datos demográficos, comorbilidades y síntomas en primera y segunda ola

Características	Primera Ola (n=2408)	Segunda Ola (n=4902)	Valor de p
EDAD #	40,9 (14,4)	40,9 (14,4)	0.8357
SEXO MASCU- LINO	1.293 (53.72)	2.599 (53.02)	0.573
НТА	299 (12.4)	586 (11.9)	0.560
DM	188 (7.81)	397(8.10)	0.673
OBESIDAD	403(16.7)	667(13.6)	0.000
VIH	82(3.41)	149(3.04)	0.397
TBC	51(2.12)	53(1.08)	0.000
EPOC	517(21.4)	199(2.43)	0.000
CEFALEA	1.270(52.7)	2.834(57.8)	0.000
ANOSMIA	738(30.6)	1.121(22.8)	0.000
ODINOFAGIA	1.272(52.8)	1.032(21.0)	0.000
DISGEUSIA	1.230(50.1)	1.010(23.1)	0.000
FIEBRE	752(31.2)	2.583(52.70)	0.000
TOS	1.272(52.8)	1941(39.6)	0.000
DISNEA	572(23.7)	701(14.3)	0.000
DOLOR AB- DOMINAL	1.265(52.5)	652(13.3)	0.000
MIALGIA	826(34.3)	2.214(45.1)	0.000

Los valores se presentan como n (%) excepto la edad (# Media y desvío estándar.)

De los 2.408 pacientes diagnosticados durante la primera ola el 21.48% (n=518) fue hospitalizado y de los 4.902 diagnosticados durante la segunda ola, el 14,7% (n=719) fue hospitalizado (p=0.000). La frecuencia de internación se redujo un 37% en la segunda ola (OR=0.63; IC95%=0,55-0.71). En la tabla 2 se presentan los factores asociados con la internación.

En el total de pacientes, el grupo internado en ambas olas presentó en forma estadísticamente significativa mayor edad y mayor frecuencia de comorbilidades excepto TBC y VIH. Dentro de los síntomas, odinofagia, disgeusia, dolor abdominal, fiebre, tos y disnea se asociaron a internación en forma significativa.

En la tabla 3 se presentan las medidas de asociación de las variables que fueron significativas en su relación con internación en el análisis individual (univariado). El antecedente de EPOC presentó la mayor fuerza de asociación con internación.

Tabla 2 Relación de factores con internación en total de pacientes (ambas olas)

Características	Ambulatorios (n=6.073)	Internados (n=1.237)	Valor de p
EDAD>40 AÑOS	43.85 %	77.18 %	0.000
SEXO MASCU- LINO	53.07 %	54.13 %	0.498
НТА	8.09 %	31.88 %	0.000
DM	5.12 %	22.17 %	0.000
OBESIDAD	10.14 %	36.73 %	0.000
VIH	3.03 %	3.80 %	0.157
TBC	1.32 %	1.94 %	0.091
EPOC	1.37 %	44.74 %	0.000
CEFALEA	56.08 %	56.47 %	0.802
ANOSMIA	25.63 %	24.51%	0.414
ODINOFAGIA	30.23 %	37.86 %	0.000
DISGEUSIA	31.85 %	36.15 %	0.000
FIEBRE	43.19 %	57.69 %	0.000
TOS	41.78 %	54.69 %	0.000
DISNEA	3.97 %	83.50 %	0.000
DOLOR ABDO- MINAL	24.65 %	33.98 %	0.000
MIALGIA	41.96 %	39.81 %	0.161

Tabla 3 Relación con internación en ambas olas. Análisis individual (univariado)

Características	OR crudo	IC95%	Valor de p
EDAD>40 AÑOS	4.3	3.7-4.9	0.000
НТА	5.3	4.5-6.1	0.000
DM	5.2	4.4-6.2	0.000
OBESIDAD	5.1	4.4-6.9	0.000
EPOC	58.4	45.7-74.5	0.000
ODINOFAGIA	1.3	1.22-1.65	0.000
DISGEUSIA	1.4	1.23-1.59	0.000
FIEBRE	1.7	1.58-2.02	0.000
TOS	1.6	1.48-1.90	0.000
DISNEA	122	100-149	0.000
DOLOR ABDO- MINAL	1.5	1.37-1.79	0.000

En la tabla 4 se presenta el resultado del análisis multivariable.

Tabla 4 Relación con internación en ambas olas. Análisis multivariable (modelo de regresión logística múltiple)

Características	OR ajustado	IC95 %	Valor de p
EDAD>40 AÑOS	2.3	1.8-3.0	0.000
НТА	1.1	0.8-1.6	0.239
DM	1.2	0.8-1.8	0.176
OBESIDAD	3.4	2.6-4.5	0.000
EPOC	29	20-42	0.000
ODINOFAGIA	0.7	0.5-1	0.052
DISGEUSIA	0.6	0.4-0.9	0.050
FIEBRE	1.9	1.5-2.5	0.000
TOS	1.5	1.2-2.0	0.000
DISNEA	62	49-79	0.000
DOLOR ABDO- MINAL	1.3	0.9-1.7	0.082

Se pudo apreciar en este análisis multivariable que las comorbilidades como la hipertensión arterial y diabetes mellitus no presentan una asociación estadísticamente significativa en la internación en la UFU del Hospital Muñiz y los demás factores, como la edad mayor a 40 años, obesidad y la EPOC se asociaron en forma estadísticamente significativa con la internación. Dentro de los síntomas sólo el dolor abdominal no presentó asociación significativa con la internación, pero se destaca la disnea dentro de los síntomas asociados en el análisis multivariable.

DISCUSIÓN

Dentro de los factores asociados a internación de pacientes con COVID-19 en la primera ola y segunda ola, debemos considerar las medidas tomadas por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de fortalecer el sistema de atención público a través de las Unidades Febriles de Urgencia para evitar el colapso sanitario.

Las medidas tomadas durante la primera ola en la UFU del Hospital Muñiz fueron acer-

tadas, permitiendo tener la posibilidad de una valoración médica, disponer de una cama para internación, una manera rápida de obtener un diagnóstico, asegurar un tratamiento e indicaciones durante el confinamiento.

La UFU del Hospital Francisco Javier Muñiz ha visto el aumento de consultas de pacientes en la segunda ola. Sin embargo, gracias a la experiencia que se obtuvo de la primera ola se pudo desarrollar un mejor modelo de atención, en el cual el staff médico tuvo en cuenta los factores o comorbilidades clínicas que ayudaron en la toma de decisiones.

Dentro de la atención médica cabe resaltar que los jóvenes con obesidad desde la primera ola han reflejado un número importante de internaciones. El personal médico de la UFU ya tiene la claridad de que la obesidad representa un factor de mal pronóstico y se ha vuelto un indicador de internación y se la considera una enfermedad crónica. Otras condiciones crónicas como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedades cardiovasculares, entre otras fueron de gran protagonismo en la primera ola, no necesariamente por un estado de mal control clínico de la patología de base sino por falta de experiencia en el manejo ambulatorio de pacientes con COVID-19 asociado a dichas comorbilidades (6, 7).

Otra de las comorbilidades que se asociaron como factor de riesgo para internación en el Hospital Muñiz fue la EPOC, que podría sospecharse que tiene mayor susceptibilidad a la infección por SARS-CoV-2 debido a que este virus utiliza como vía de entrada el receptor de la enzima convertidora de la angiotensina II (ACE-2) y la expresión de esta enzima está incrementada en pacientes con esta patología (8, 9).

Cabe destacar que, desde el anuncio del aislamiento social y obligatorio, dictado el 20 de marzo de 2020 (10), la circulación de la población se ha visto disminuida, incluso en lo que refiere a las consultas hospitalarias por patologías crónicas no transmisibles ajenas a COVID-19.

Surge el interrogante de si esta irregularidad con respecto al manejo ambulatorio de patologías crónicas propició un mal control clínico y si este último generó un aumento de las internaciones en los casos asociados a COVID-19.

En la revisión de este tema se evidencia la coexistencia de grandes enfermedades y se plantea el tipo de población que consulta a nuestra institución. Por ser un centro de referencia tenemos un mayor volumen de ciertas patologías, lo que representa un factor de confusión dentro de nuestros resultados, sin dejar de lado que representan una carga sanitaria en nuestra institución, en particular por los aspectos de disponibilidad, lo que nos llevó a planificar una optimización de las salas para poder contener el aumento de casos y establecer programas de intervención en las comorbilidades asociadas a COVID-19.

CONCLUSIÓN

Se analizaron los datos obtenidos en la Unidad Febril de Urgencias del Hospital Muñiz en las dos olas entre los meses correspondientes a agosto, septiembre y octubre de 2020 y abril, mayo y junio de 2021, en donde 2.408 pacientes dieron PCR detectable para SARS-CoV-2 en la primera ola y 4.902 dieron PCR o inmunocromatografía (antígeno) detectables para SARS-CoV-2 en la segunda ola, sin encontrar una diferencia estadísticamente significativa en sexo al momento de reportes de casos detectables.

La población mayor de 40 años que presentó COVID-19 asociada a factores de riesgo tuvo más riesgo de internación en ambas olas, pero al realizar la regresión logística con datos multivariables se apreció que la obesidad y EPOC fueron las comorbilidades que más asociación estadística presentaron con la internación las cuales se asociaron con la sintomatología clínica presentada dentro de los resultados.

Dentro de los factores de riesgo descritos en los resultados, la obesidad debería ser tomada como un factor de riesgo muy importante en todos los pacientes y más aún en la población joven, lo que se ha demostrado en múltiples estudios y deja distinguir algunos puntos clave que podrían seguir siendo estudiados como son los factores inflamatorios y su asociación con enfermedades crónicas (11-14).

Los pacientes con EPOC que cursan con infección por SARS-CoV-2 en el Hospital Muñiz desarrollaron un proceso clínico poco favorable ya que fueron más propensos al ingreso hospitalario por la falta de tratamiento, lo que se asocia a mayor riesgo de mortalidad. Sin embargo, no existen suficientes estudios que comparen los efectos de lesión pulmonar en pacientes con procesos pulmonares crónicos con COVID-19; pero al interpretar lo relacionado con los resultados, algunos procesos como la tos, fiebre y disnea fueron de gran asociación estadística, lo que nos habla de la respuesta inflamatoria local, sistémica y su sistema de inmunidad entre otros factores (15-18).

Asimismo, se ha demostrado que las personas con EPOC presentan un aumento de la expresión de la enzima convertidora de angiotensina II en las vías respiratorias, por lo cual, la expresión del virus sobre estos receptores se encuentra mal regulada y desde el manejo del distrés respiratorio se traduce en una peor respuesta y un aumento en la internación como se vio en este estudio (19-22).

Agradecimientos: Al equipo de la Unidad Febril de Urgencias del Hospital Muñiz, Equipo de virología, Equipo de imágenes diagnósticas y SAME. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- COVID-19 PAHO/WHO Response, Report 31 (26 October 2020) Disponible en:https://www. paho.org/en/documents/COVID-19-pahowhoresponse-report-31-26-october-2020
- World Health Organization (OMS). COVID-19 weekly epidemiological update, 2021. Disponible en: https://www.who.int/publications/m/ item/weekly-epidemiological-update-on-CO-VID-19---15-june-2021
- Buenos Aires Ciudad. Instalación de Unidades Febriles de Urgencia disponible en sitio web de Gobierno de Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en:https://www.buenosaires.gob.ar/ coronavirus/unidades-febriles-de-urgencia-ufu
- 4. Buenos Aires Ciudad. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Coronavirus Unidades Febriles. Tomado de la página del Gobierno de la Ciudad Disponible en: https://www. buenosaires.gob.ar/coronavirus/unidades-febriles-de-urgencia 2020.
- Sánchez J, Doldán L, Ortuño O, Francos J, González M. La obesidad como factor de riesgo en pacientes con COVID-19 en la Unidad Febril de Urgencias del Hospital Muñiz. Revista de Medicina Interna SMIBA, 2021: Vol. 17: 63-68.
- Stefan N, Birkenfeld AL, Schulze MB y Ludwig D. Obesity and impaired metabolic health in patients with COVID-19. Nature Reviews Endocrinology 2020: Vol. 16: 341-342.
- Tenorio-Mucha J, y Hurtado-Roca Y. Revisión sobre obesidad como factor de riesgo para mortalidad por COVID-19. Acta Médica Peruana 2020: Vol. 37(3): 324-329.
- Leung JM, Niikura M, Yang CWT y Sin DD. COVID-19 and COPD. EurRespir J 2020: Vol 56: 2002108 [https://doi. org/10.1183/13993003.02108-2020].
- Higham A, Mathioudakis A, Vestbo J y Singh. COVID-19 and COPD: a narrative review of the basic science and clinical outcomes. EurRespirRev 2020: Vol. 29: 200199. Pág. 1-13 [https:// doi.org/10.1183/16000617.0199-2020].
- 10. Boletín oficial de la República Argentina. DIS-TANCIAMIENTO SOCIAL, PREVENTINO Y OBLIGATORIO Y AISLAMIENTO SO-CIAL, PREVENTIVO Y OBLIGATORIO. Decreto 1033/2020 disponible en: https:// www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/238890/20201221.
- Garg S. Hospitalization rates and characteristics of patients hospitalized with laboratory-confirmed coronavirus disease 2019—COVID-NET, 14 States, March 1–30, 2020. MMWR. Mor-

- bidity and mortality weekly report 2020: Vol. 69(15), pag. 458-464.
- 12. Rottoli M, Bernante P, Belvedere A, Balsamo F, Garelli S, Giannella M y Tonetti T. How important is obesity as a risk factor for respiratory failure, intensive care admission and death in hospitalised COVID-19 patients? Results from a single Italian centre. European Journal of Endocrinology 2020: Vol. 183(4): 389-397.
- Rosero RJ, Polanco JP, Sánchez P, Hernández E, Pinzón JB y Lizcano F. Obesidad: un problema en la atención de COVID-19. Revista Repertorio de Medicina y Cirugía 2020: Vol. 29(1):10 -14.
- 14. Aguilera C, Labbé T, Busquets J, Venegas P, Neira C y Valenzuela Á. Obesidad: ¿Factor de riesgo o enfermedad? Revista médica de Chile, 2019: Vol. 147(4): 470-474.
- Soler E. El COVID-19 en República Dominicana tratado por Especialistas en Salud. Ed. Búho. Santo Domingo, República Dominicana 2020 (capítulo: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica [EPOC] Y COVID-19, por García N. pág. 183-190.)
- 16. Ballesteros BL. EPOC y COVID-19. Medicina respiratoria 2020: Vol. 13(3) 63-71.
- 17. Andrade FM, Santos GAD, Matiz C, Munive A y Pacheco M. Exacerbación aguda de EPOC en la época de COVID-19. Revista Colombiana de Neumología 2020: Vol. 32(1): 47-57.
- 18. García-Navarro A. Cómo varían el riesgo y el pronóstico de covid-19 en un paciente de EPOC. The Conversation, 2021.
- 19. Moreno BR, Ji Z y de Miguel Díez J. Factores de riesgo de la COVID-19. Papel de las enfermedades respiratorias crónicas. Revista de Patología Respiratoria 2020: Vol. 23, (SUPL 3), S251-S255.
- Costa LM y Castillo ME. Patologías respiratorias crónicas como factor de riesgo de CO-VID-19. Revista de asma, 2021. Vol. 5(1), pag. 12-19.
- García DL, COVID-19 y sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA). Revista Colombiana de Nefrología 2020: Vol. 7, pag. 354-357.
- 22. Boietti Br, Mirofsky M, Valentini R, Peuchot VA, Cámera LA, Pollán JA y Valdez P. Análisis descriptivo de 4776 pacientes internados en servicios de clínica médica por COVID-19. Resultados del registro multicéntrico Argentino-REMA-COVID-19. Medicina (Buenos Aires) 2021: Vol 81(5): 703-714.

Consenso

CONSENSO NACIONAL INTER-SOCIEDADES SOBRE TAMIZAJE EN CÁNCER DE MAMA 2021

- Sociedad Argentina de Mastologia (SAM)
- Sociedad Argentina de Radiología (SAR)
- Asociación Argentina de Ginecología Oncológica (AAGO)
- Federación Argentina de Asociaciones de Radiología, Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante (FAARDIT)
- Sociedad Argentina de Cancerología (SAC)
- Sociedad Argentina de Genética (SAG)
- Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA)
- Asociación Argentina de Oncología Clínica (AAOC)
- Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica (SATRO)
- Asociación Médica Argentina (AMA)

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en nuestro país (21000 casos nuevos por año), y la primera causa de muerte por cáncer en la mujer (6400 muertes por año).

El riesgo de padecer cáncer de mama de una mujer a lo largo de su vida es de 13% (1 de cada 8).

La mayoría de los cánceres son de origen esporádico (75%), es decir, en mujeres sin antecedentes familiares o mutaciones genéticas.

El elemento fundamental para controlar la enfermedad es la detección temprana (prevención secundaria) y el método aceptado para realizar esta acción y ser utilizado en los programas de tamizaje es la mamografía.

La mamografía es el único método de imágenes que en la actualidad ha demostrado reducir tanto la mortalidad por cáncer de mama (30-40%,) como la incidencia de cáncer de mama avanzado (25%) (compromiso local y regional), a través de numerosos ensayos clínicos randomizados. Los avances en el tratamiento del cáncer de mama no reemplazan la necesidad de las pruebas de tamizaje.

Tipos de tamizaje

El objetivo de los programas de tamizaje es la reducción de la mortalidad por cáncer de mama.

El tamizaje implica la detección del cáncer cuando es asintomático con el fin de mejorar el pronóstico y la sobrevida de las pacientes.

Definición tamizaje: uso de una prueba o examen sencillo en una población saludable para identificar a aquellos individuos que tienen alguna patología, pero que todavía no presentan síntomas (enfermedad subclínica).

A la hora de hablar de tamizaje es importante diferenciar las principales diferencias que existen entre los tipos de tamizaje.

Tamizaje poblacional u organizado: cuando el objetivo de la prueba es la población, o algún grupo de ella (programa formal).

En este tipo de tamizaje se invita a la población seleccionada a realizarse el examen, cumpliendo ciertos requerimientos y normas administrativas, así como evaluando los resultados del mismo.

Tamizaje oportunista o búsqueda de casos: cuando el objetivo de la prueba se limita a los pacientes que examinamos en la consulta diaria.

Definición de Riesgo

Se definen los grupos de riesgo en base a los antecedentes personales y familiares, densidad mamaria y según modelos de riesgo (Ej. Tyrer Kuzick).

Mujeres de riesgo promedio < 15% de riesgo

- Mamografía considerado apropiado
- Tomosíntesis considerado apropiado
- Ultrasonido podría ser apropiado

Mujeres de riesgo Intermedio (mujeres con historia personal de cáncer de mama HDA, Neoplasia Lobular, mama densa o riesgo entre 15 y 20% de riesgo)

- Mamografía considerado apropiado
- Tomosíntesis considerado apropiado
- Ultrasonido podría ser apropiado
- Resonancia con contraste podría ser apropiado

Mujeres de Alto riesgo (con mutaciones genéticas BRCA, sindromes genéticos, pacientes con antecedentes de irradiación del tórax en edades de 10 a 30 años o riesgo > a 20%)

- Mamografía considerado apropiado
- Tomosíntesis considerado apropiado
- Resonancia con contraste considerado apropiado
- Ultrasonido podría ser apropiado¹

Población alcanzada por el consenso

Mujeres de 40 años o más con riesgo promedio asintomáticas.

No hay edad definida para la finalización y las recomendaciones tienen en cuenta la esperanza de vida y las condiciones comórbidas, y determinan que la mamografía de detección sigue siendo apropiada cuando la expectativa de vida de una mujer excede los 5 a 7 años.

Definición de paciente con riesgo promedio:

Pacientes con un riesgo menor al 15%, según modelos matemáticos de cálculo de riesgo que toman características personales y familiares de cada paciente.

Para considerarse riesgo promedio, no debe tener:

- Antecedentes personales de cáncer de mama, ni lesiones atípicas
- Antecedentes familiares importantes de cáncer de mama (mujeres con cáncer de mama a edad temprana y familiares varones con cáncer de mama)
- Mutaciones genéticas que aumentan el riesgo de cáncer de mama
- Antecedente de radioterapia torácica antes de los 30 años

(Para mayor informacion remitirse al consenso de alto riesgo)

Recomendaciones generales

Importancia de comenzar a los 40 años:

- La tasa de incidencia del cáncer de mama se incrementa en forma significativa a partir de los 35 años.
- 1 de cada 6 cánceres ocurre en mujeres entre los 40-49 años.
- El riesgo de desarrollar cáncer de mama a 10 años, de una mujer de 40 años, es 1/69. (1/229 si tiene 30 años y 1/42 si tiene 50 años).²
- 17% del total de las muertes por cáncer de mama ocurre entre los 40-49 años.
- 16% de los cánceres de mama, se diagnostican entre los 40 y 49 años.

Modalidades diagnósticas

Se analizaron diferentes artículos obteniendo porcentajes de sensibilidad y especificidad comparativamente entre todos los métodos. La especificidad mostró gran variabilidad entre los trabajos consultados siendo los valores mas relevantes para mamografía analógica 90-92%, CR 80.3%, DR 90-92%, TS 80.9-86.9 y US 66.6-74.2.

	Mamografía Analógica	Mamografía Computarizada (CR)	Mamografía Digital Directa (DR)	Tomosíntesis (TS)	Ecografía (US)
Sensibilidad	55 / 66 %³	40 / 78% 4	70 / 78% ³	86 / 96 % ⁵	93 / 99 ⁵

@Effect of Different Types of Mammography Equipment on Screening Outcomes: A Report by the Alliance for Breast Cancer Screening in Korea. Bo Hwa Choi. Korean J Radiol 2019;20(12):1638-1645

Mamografía analógica: en este consenso se desaconseja su uso, considerando consensos internacionales previos y múltiples trabajos científicos.

Mamografía CR: Las imágenes se obtienen mediante un equipo análógico y son digitalizadas por un equipo CR, obteniendo algunos beneficios de las imágenes digitales, como la posibilidad de almacenamiento, envío digital, y post procesado para mejorar la calidad de la misma. Dependiendo de la tecnología utilizada, la radiación puede ser mayor que la analógica.

Mamografía DR (2D) utiliza detectores de selenio que transforman directamente los rayos x en una imagen digital, sin requerir interfases, ni producción de luz, por ende no existe dispersión, obteniendo imágenes más nítidas.

La mamografía DR es más sensible que la mamografía analógica en mujeres menores de 50 años, mujeres con mama densa y pre y perimenipausicas.³

La mamografía DR tiene mejores resultados en comparación con la mamografía CR y analógica en términos de tasa de rellamado, tasa de detección de cáncer, valor predictivo positivo y especificidad. Detecta mayor cantidad de CDIS. Además mejora la calidad de la mamografía de tamizaje. ⁶

De acuerdo al consenso de EUSOBI debería utilizarse DR (no CR) en lugar de la mamografía analógica teniendo en cuenta la menor dosis de radiación, mejor calidad de imagen, posibilidad de post-procesado, archivo digital y transmisión de la imágenes y el no uso de químicos contaminantes. ⁷

TS (3D) y Mamografía sintetizada: La TS utiliza el mismo equipamiento que la mamografía DR, incorporando el desplazamiento del tubo durante la adquisición, lo que permite obtener múltiples imágenes en distintos ángulos, procesados de modo tal, que reconstruye la mama en cortes de 1 mm de espesor. La mamografía sintetizada, es una imagen mamográfica DR creada por medio de un software especial utilizando los mismos datos obtenidos para la TS, sin aumentar la dosis de radiación.

La TS ha demostrado mayor sensibilidad, porque detecta hasta un 40% de cánceres invasores, mayor especificidad dado que aumenta el valor predictivo positivo de las recitaciones y disminuye los falsos positivos o BI RADS 0.

La sensibilidad de la DR es del 87%, DR mas TS 89%, mamografía sintetizada mas TS 88%. En pacientes de 50 a 59 años, la sensibilidad fue significativamente mayor para DR más TS, comparado con DR sola. En pacientes con mama densa, la sensibilidad de la DR fue del 86%, comparado con el 93% de DR más TS.

La especificidad para DR fue del 57% y para DR más TS 70 % y para mamografía sintetizada más TS 72%. La especificidad de la TS es significativamente mayor que la DR en todos los subgrupos estudiados en el TOMMY TRIAL y es considerada muy beneficiosa para los programas de tamizaje en mujeres jóvenes con mama densa.⁸

Ecografía o US: para las mujeres con tejido mamario denso pero sin factores de riesgo adicionales, la ecografía puede ser útil como complemento de la mamografía. La utilización de US en este grupo de mujeres puede incremen-

tar la detección del cáncer entre 1.1- 7,2/1000 mujeres con mama densa con un aumento también de la tasa de falsos positivos (10.4% para mamografía más US y 4,4 para mamografía solamente - ACRIN 6666), aspectos que deben considerarse en la decisión.⁹

No hay datos que respalden el uso de US para mujeres de riesgo promedio con mamas no densas en tamizaje.

ABUS (US automatizada): aporta los beneficios de la US tradicional, disminuyendo la variabilidad operador dependiente. Debe ser usada sólo en tamizaje y en conjunto con mamografía.

Resonancia magnética (RM): La evidencia es insuficiente para recomendar la RM en este grupo de pacientes.

Mamografia contrastada: la evidencia es insuficiente para recomendarla en este grupo de pacientes.

Recomendaciones en mamas densas (ACR C-D)

La alta densidad mamaria es considerada en la actualidad como un factor de riesgo independiente para cáncer de mama.

Las mujeres con mamas densas (ACR C y D) tienen un riesgo 1.5 a 2 veces mayor de cáncer en comparación con las mujeres con mama no densa (ACR A y B). ¹⁰

El riesgo de presentar un cáncer del intervalo es 5.6 veces mayor en las pacientes con mamas extremadamente densas, lo cual es una razón de peso para utilizar técnicas suplementarias de tamizaje en este grupo.¹¹

La sensibilidad de la mamografía y TS, disminuye progresivamente con el aumento de la densidad mamaria. Este grupo de pacientes podría beneficiarse con evaluación US complementaria, realizada por especialistas entrenados en la correlación mamo ecográfica.

Debe tenerse en cuenta, que a mayor densidad mamaria, la dependencia tecnológica se hace mas evidente.

Existen líneas de investigación que toman en consideración la posible utilidad de la RM y de la mamografía contrastada en este grupo de pacientes, que deberán ser validadas o descartadas con resultados de trabajos clínicos randomizados y análisis de costo/beneficio. 12, 13, 14

CIERRE

La tecnología en cuanto a imágenes mamarias ha mejorado sostenidamente en los últimos tiempos y es fundamental realizar el tamizaje con la mejor tecnología disponible.

Es recomendable contar con médicos especialistas en imágenes mamarias capaces de informar de manera conjunta los diferentes métodos utilizados en la valoración del paciente.

Abogamos por la organización de un programa de tamizaje mamográfico poblacional organizado a nivel nacional.

BIBLIOGRAFÍA

- ACR Appropriateness Criteria Breast Cancer Screening Expert Panel on Breast Imaging: Martha B. Mainiero, MDa, Linda Moy, MDb, Paul Baron, MDc, Aarati D. Didwania, MDd, Roberta M. diFlorio, MD, MSe, Edward D. Green, MD f, Samantha L. Heller, MD, PhDg, Anna I. Holbrook, MDh, Su-Ju Lee, MDi, Alana A. Lewin, MD j, Ana P. Lourenco, MDk, Kara J. Nance, MDl, Bethany L. Niell, MD, PhDm, Priscilla J. Slanetz, MD, MPHn, Ashley R. Stuckey, MDo, Nina S. Vincoff, MDp, Susan P. Weinstein, MDq, Monica M. Yepes, MDr, Mary S. Newell, MDs2017 AmericanCollege of Radiology
- 2. Breast Cancer Facts & Figures 2019-2020
- 3. Diagnostic Performance of Digital versus Film Mammography for Breast-Cancer Screening. Etta D. Pisano, M.D. n engl j med 353;17 www. nejm.org october 27, 2005
- Comparison of Direct Digital Mammography, Computed Radiography, and Film-Screen in the French National Breast Cancer Screening Program.Brigitte Séradour. American Journal of Roentgenology. 2014;202: 229-236. 10.2214/ AJR.12.10419
- Diagnostic performance of tomosynthesis and breast ultrasonography in women with dense breasts: a prospective comparison study. Won Hwa Kim. Breast Cancer Res Treat (2017) 162:85–94. DOI 10.1007/s10549-017-4105-z
- Effect of Different Types of Mammography Equipment on Screening Outcomes: A Report by the Alliance for Breast. Cancer Screening in Korea .Bo Hwa Choi, MD, PhD1.https:// doi.org/10.3348/kjr.2019.0006 Korean J Radiol 2019;20(12):1638-1645
- Mammography: an update of the EUSOBI recommendationson information for women. Francesco Sardanelli1,2 & Eva M. Fallenberg3 & Paola Clauser 4 & Rubina M. Trimboli 5 & Julia Camps-Herrero6 & Thomas H. Helbich4 & Gabor Forrai 7 & for the European Societyof Breast Imaging (EUSOBI), with language review by Europa Donna–The European. Breast Cancer CoalitionInsights Imaging (2017) 8:11–18. DOI 10.1007/s13244-016-0531-4

- Fiona J. Gilbert, Lorraine Tucker, Maureen Guillan, et al. Accuracy of Digital Breast Tomosinthesis for depicting breast cancer subgroups in a UK retrospective reading study (TOMMY TRIAL)
- Berg WA, Blume JD, Cormack JB, et al. Combined Screening With Ultrasound and Mammography vs Mammography Alone in Women at Elevated Risk of Breast Cancer. JAMA. 2008;299(18):2151–2163. doi:10.1001/ jama.299.18.2151
- 10. Bertrand KA, Tamimi RM, Scott CG, et al. Mammographic density and risk of breast cancer by age and tumor characteristics. Breast Cancer Res. 2013;15(6):R104.
- 11. Kerlikowske K, Scott CG, Mahmoudzadeh AP, et al. Automated and clinical breast imaging reporting and data system density measures predict risk for screen-detected and interval cancers: A case-control study. Ann Intern Med 2018;168:757–765.
- 12. Kuhl CK, Strobel K, Bieling H, Leutner C, Schild HH, Schrading S. Supplemental breast MR imaging screening of women with average risk of breast cancer. Radiology2017;283:361–370.
- 13. Jochelson MS, Pinker K, Dershaw DD et al. Comparison of screening CEDM and MRI for women at increased risk for breast cancer: A pilot study. Eur J Radiol 2017;97: 37–43.
- 14. Sung JS, Lebron L, Keating D, D'Alessio D, Comstock CE, Lee CH, Pike MC, Ayhan M, Moskowitz CS, Morris EA, Jochelson MS. Performance of Dual-Energy Contrastenhanced Digital Mammography for Screening Women at Increased Risk of Breast Cancer. Radiology 2019;293:81-8. 10.1148/radiol.2019182660

CONSENSO

CONSENSO SOBRE GANGLIO CENTINELA POSITIVO EN ESTADIOS INICIALES DE CÁNCER DE MAMA

Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades.

Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

- Sociedad Argentina de Mastología
- Asociación Argentina de Oncología Clínica
- Asociación Argentina de Ginecología Oncológica
- Asociación Médica Argentina
- Sociedad Argentina de Cancerología
- Sociedad Argentina de Patología
- Sociedad Argentina de Radiología
- Sociedad Argentina de Terapia Radiante Oncológica
- Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires
- Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia
- Instituto de Oncología "Ángel Roffo"
- Academia Nacional de Medicina

INTRODUCCIÓN

El estado de los ganglios axilares es un importante factor pronóstico y se utiliza para la elección del tratamiento de las pacientes con cáncer de mama.

Estudios clínicos han demostrado que la biopsia del ganglio centinela (BGC) es tan segura como la linfadenectomía axilar (LA) para la estadificación en pacientes con cáncer de mama temprano axila clínicamente negativa.

Los trabajos publicados demuestran que entre el 40% y el 60% de los casos el ganglio centinela (GC) es el único positivo. Debido a esto se han realizado estudios de investigación para comprobar la necesidad de realizar LA en pacientes con 1 o 2 GC positivos. Estos estudios demostraron que la misma podría no efectuarse en pacientes seleccionadas axila clínicamente negativa con 1 o 2 ganglios positivos a las cuales se les realizará tratamiento conservador (tumorectomía más radioterapia) y adyuvante sistémico (hormonoterapia y/o quimioterapia).

En este consenso se consideran los siguientes temas:

- 1. Estudio por imágenes
- 2. Tratamiento quirúrgico
- a) Conducta en pacientes con tratamiento conservador y ganglio centinela con células tumorales aisladas (CTA) o micrometástasis.
- b) Conducta en pacientes con mastectomía y ganglio centinela con células tumorales aisladas o micrometástasis.
- c) Conducta en pacientes con tratamiento conservador y ganglio centinela con macrometástasis.
- d) Conducta en pacientes con mastectomía y ganglio centinela con macrometástasis.
- 3. Estudio anatomopatológico del ganglio centinela.
 - 4. Radioterapia

- 5. Tratamiento adyuvante sistémico
- a) Tratamiento hormonal adyuvante
- b) Tratamiento quimioterápico advuvante

1- IMÁGENES

Objetivo:

La ecografía de la axila está particularmente indicada en pacientes con valoración clínica dificultosa, obesidad, lesiones palpables y ante cualquier sospecha clínica.

Los ganglios linfáticos sospechosos podrían ser biopsiados, ya sea por punción con aguja fina (PAAF) o con aguja gruesa (biopsia core), ambos bajo guía ecográfica para certificar la positividad del compromiso axilar.

Además, la ecografía axilar, por su alto valor predictivo negativo para macrometástasis, si bien no excluye la presencia de micrometástasis o de células tumorales aisladas, podría colaborar en la decisión de evitar la disección axilar ante clínica y ecografía negativa.

La ecografia axilar debe realizarse como un procedimiento independiente al estudio integral ecográfico de la mama, siempre y cuando el profesional disponga de este recurso.

Ganglio axilar normal:

El clásico concepto del tamaño de los gan-

glios ha perdido sustento. Ganglios grandes pueden no ser metastáticos y ganglios normales y/o pequeños pueden serlo.

El ganglio linfático axilar ecográficamente normal debe ser:

- Ovoide
- Cortical fina, no mayor a 3 mm
- Forma arriñonada
- Flujo vascular central
- Contornos lisos y definidos
- Evaluación axilar por ecografía:

Se considera el primer método no quirúrgico por imágenes para la evaluación de los tresniveles ganglionares de la axila.

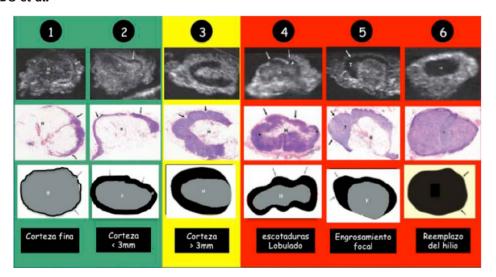
La evaluación ecográfica axilar es moderadamente sensible y puede tener una alta especificidad cuando las características morfológicas son tomadas en cuenta.

En ausencia de criterios de afectación linfática por ecografía el valor predictivo negativo del ganglio centinela aumenta.

Cómo identificar un ganglio patológico:

Los cambios morfológicos han sido estudiados por Bedi et al. (1), y los ha clasificado según el grado de sospecha en seis categorías (Fig 1)

Fig. 1: Diagrama de los diferentes grados de sospecha de afectación ganglionar realizado por Bedi DG et al.



Debemos mencionar que la pérdida o reemplazo del hilio vascular es sumamente específico de la infiltración de células tumorales. Sin embargo, este signo es de aparición tardía y con escasa sensibilidad diagnóstica.

Se ha adoptado la clasificación de cinco grados de afectación realizada por Nariya Cho et al. (2) tratando de hacer un paralelismo con la clasificación del BI RADS (BR) para la mama, incorporando en axila la sigla BRN. (3) (Fig 2)

BRN 1 BRN 2	Alto valor predictivo negativo
BRN 3	Indefinido
BRN 4 BRN 5	Alto valor predictivo positivo

Fig. 2: Cuadro en el cual se observa la propuesta de la clasificación modificada y adaptada. (BRN) (3)



Biopsia con aguja fina vs. aguja gruesa:

Cuando se realiza una evaluación pre operatoria de la axila se podría realizar una biopsia para certificar los hallazgos altamente predictivos de metástasis ganglionar, previo a que la paciente sea sometida a cirugía axilar.

Para esto se podría realizar punción con aguja fina o punción core con aguja gruesa.

Ambos procedimientos muestran una baja tasa de morbilidad y bajo porcentaje de complicaciones.

■ Conclusión:

Actualmente la ecografía es el método por imágenes más adecuado para la evaluación axilar.

Los cambios morfológicos de los ganglios importan más que el tamaño de los mismos.

Se describen las distintas categorías de sospecha de acuerdo al espesor de la cortical.

El signo más categórico es el reemplazo del hilio y la inversión del flujo.

La suma de hallazgos en los ganglios afectados aumenta el valor predictivo positivo de la ecografía.

La ecografía axilar permite guiar las punciones biópsicas que certificarían los hallazgos de sospecha.

BIBLIOGRAFÍA

- Bedi DG. Krishnamurthy S. Et al Cortical morphologic features of axillary lymph nodes as a predictor of metastasis in breast cancer: in vitro sonographic study AJR 2008: 191:646-652.
- Nariya Cho et al. Preoperative Sonographic Classification of Axillary Lymph Nodes in Patients With Breast Cancer. AJR 2009:193:1731-1739.
- Rostagno R, Benitez M. La ecografía axilar en cáncer de mama. Una mirada hacia el futuro próximo. SLAC 10/2014: Editorial Ascune. 59-62

2 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

2.a Conducta en pacientes con tratamiento conservador y GC con CTA o micrometástasis.

La evidencia actual indica que la linfadenectomía axilar puede ser omitida en forma segura en las pacientes con CTA o micrometástasis en el GC. Esta evidencia se basa principalmente en los resultados de 3 estudios randomizados y prospectivos: NSABP B 32, ACOSOG Z0010 y el IBCSG 23-01.

En el NSABP B 32 y en el ACOSOG Z0010 se investigaron la presencia de micrometástasis ocultas en los ganglios centinelas negativos. En el primero éstas se asociaron con una pequeña pero significativa disminución de la sobrevida libre de enfermedad y global a los 5 años, sin embargo se concluyó que estas reducciones no tuvieron relevancia clínica.

En el ACOSOG Z0010 se demostró que la presencia de micrometástasis no empeora la sobrevida.

El protocolo IBCSG 23-01 fue diseñado para determinar si la linfadenectomía axilar es un sobretratamiento en las pacientes con micrometástasis en el GC.

Es un estudio multicéntrico, randomizado fase 3 de no inferioridad en pacientes con T1-

T2 con micrometástasis en el GC a las cuales se les realizó tratamiento conservador. Las pacientes fueron randomizadas a linfadenectomía axilar o a GC sólo. Con un seguimiento a 5 años la sobrevida libre de enfermedad fue igual para las dos ramas. La conclusión de este protocolo fue que para pacientes con micrometástasis en el GC a las cuales se les realizó cirugía conservadora más radioterapia en el volumen mamario (en el 97% de los casos) y tratamiento adyuvante sistémico (96%) la linfadenectomía axilar no es necesaria.

En base a la evidencia científica actual este consenso considera que la linfadenectomía axilar puede ser omitida en las pacientes con CTA o micrometástasis en el GC a las cuales se les realizará tratamiento conservador.

2.b Conducta en pacientes con mastectomía y GC con células tumorales aisladas o micrometástasis

En el Memorial Sloan Kettering Cancer Center investigaron la evolución de 535 pacientes que fueron tratadas con mastectomía o cirugía conservadora a las cuales por diferentes motivos no se les realizó linfadenectomía axilar con 1 o 2 ganglios centinelas positivos. La mayoría eran estadios iniciales, receptores hormonales positivos, HER2 negativo y con enfermedad ganglionar mínima (91%-93% células tumorales aisladas o micrometástasis).

Las recaídas loco regionales y a distancia, la sobrevida libre de enfermedad y global fueron iguales para los dos grupos.

En el estudio IBCSG 23-01 un subgrupo de pacientes (9%) fue tratada con mastectomía y el porcentaje de recidivas loco regionales fue similar que en el que se realizó cirugía conservadora.

Este consenso considera que en las pacientes con cáncer de mama temprano con CTA o micrometástasis a las cuales se les realizará una mastectomía podría omitirse la linfadenectomía axilar.

2.c Conducta en pacientes con tratamiento conservador y ganglio centinela con macrometástasis.

Luego de la publicación del protocolo ACO-SOG Z0011 en el año 2011 se discute la necesidad de efectuar la linfadenectomía axilar en las pacientes con cáncer de mama temprano con 1 o 2 ganglios positivos a las cuales se les realiza tratamiento conservador y adyuvancia sistémica.

En este protocolo se randomizó a las pacientes a linfadenectomía axilar o a ganglio centinela solo.

Los criterios de inclusión fueron:

- 1. Pacientes con tumores de hasta 5 cm (T1 y T2)
- 2. Axila clínicamente negativa
- 3. Uno o 2 ganglios centinelas positivos
- 4. Pacientes a las cuales se les realizará cirugía conservadora, radioterapia de volumen mamario total y tratamiento adyuvante sistémico.

Los primeros resultados del Z0011 demostraron que no existe diferencia en la sobrevida libre de enfermedad y sobrevida global en las pacientes con o sin linfadenectomía axilar.

Con un seguimiento de 9.25 años los resultados son similares, aunque no aplicables a:

- 1. Tumor mayor a 5 cm
- 2.Axila con ganglios palpables altamente sospechosos.
- 3. Más de 2 ganglios centinelas positivos.
- 4. Extensión extranodal de las metástasis ganglionares.
- 5. Pacientes a las cuales se les realizará una mastectomía.
- 6. Pacientes a las cuales se les realizará irradiación parcial de la mama.
- 7. Pacientes a las cuales se les indicará neoadyuvancia sistémica.

Este consenso sugiere omitir la linfadenectomía axilar en casos seleccionados de cáncer de mama con axila clínicamente negativa, T1-T2, con 1 o 2 ganglios centinelas positivos, con tratamiento conservador y adyuvancia sistémica, que cumplan con los criterios del Z0011.

2.d Conducta en pacientes con mastectomía y macrometástasis

El estudio ACOSOG Z0011 no incluyó pacientes con mastectomía por lo cual los resultados del mismo no se pueden extrapolar a estas pacientes.

El AMAROS es un estudio prospectivo randomizado que incluyó pacientes con mastectomía con 1 o 2 ganglios centinelas positivos a las cuales se les realizó radioterapia axilar o linfadenectomía axilar. A pesar que en este estudio no se demostró beneficio en la sobrevida cuando se realizó la linfadenectomía axilar, no se pueden sacar conclusiones acerca de la seguridad de la omisión de la linfadenectomía en pacientes con mastectomía y ganglio centinela positivo.

Este consenso considera que según la evidencia científica actual, la linfadenectomía axilar debe ser el estándar de cuidado en pacientes con mastectomía y macrometástasis.

En los casos en que el ganglio centinela sea positivo en la biopsia diferida el equipo actuante puede optar por realizar Radioterapia axilar.

BIBLIOGRAFÍA

- Krag D, Weaver D, et al. The sentinel node in breast cáncer, a multicenter validation study. N .Engl.J.Med. 1998: 339:941-946.
- Mansel RE, Fallowfield I, Kissin M et al.Randomized multicenter trial of sentinel node biopsy versus standard axillary treatment in operable breast cáncer: the ALMA-NAC Trial. J. Natl Cancer Inst. 2006: 98: 599-609.
- Veronesi U., Viale G, Paganelli G et al. Sentinel lymph node biopsy in breast cancer: tenyear results of a randomized controlled study. Ann. Surg. 2010;251: 595-600.
- 4. Canavese G, Cattirich A, Vecchio C et al. Sentinel node biopsy compared with complete axillary for staging early breast cancer with clinically negative lymph nodes: results of randomized trial. Ann. Oncol. 2009;20:1001-1007.
- Albertini JJ, Lyman GH, Cox C, et al. Lymphatic mapping and sentinel node biopsy in the patient with breast cancer. JAMA. 1996;276:1818–1822.
- Cox CE, Pendas S, Cox JM, et al. Guidelines for sentinel node biopsy and lymphatic mapping of patients with breast cancer. Ann Surg. 1998;227:645–653.
- Lyman GH, Giuliano AE, Somerfield MR et al. American Society of Clinical Oncology guideline recommendations for sentinel lymph node biopsy in early stage breast cáncer. J. Clin. Oncol. 2005;23:7703-7720.

- Julian T, Anderson SJ, Krag DN et al.10 yr follow-up results of NSABP B-32, a randomized phase III clinical trial to compare sentinel node resection to conventional axillary dissection in clinically node-negative breast cáncer patients. J. Clini. Oncol. 2013;31:(suppl:abstr 1000)
- Giuliano AE, Hawes D, Ballman KV, et al. Association of occult metastases in sentinel lymph nodes and bone marrow with survival among women with early-stage invasive breast cancer. JAMA. 2011;306:385–393.
- 10. Cote. A, Giuliano A, Hawes.K et al. ACOSOG Z0010: A multicenter prognostic study of sentinel node and bone marrow micrometastasis in women with clinical T1T2 N0 M0 breast cáncer.Journal of clinical Oncol.
- Galimberti V I, Cole BF, Zurrida S, et al. Axillary dissection versus no axillary dissection in patients with sentinel-node micrometastases (IBCSG 23-01): a phase 3 randomised controlled trial. Lancet Oncol. 2013;14:297–305.
- 12. Chen SL, Hoehne FM, Giuliano AE. The prognostic significance of micrometastases in breast cancer: a SEER population-based analysis. Ann Surg Oncol. 2007;14: 3378–3384.
- 13. Milgrom S,Cody H, Tan L,Morrow M et al. Characteristics and outcomes of sentinel node-positive breast cancer patients after total mastectomy without axillary specific treatment.Ann Surg Oncol
- 14. Giuliano AE, Hunt KK, Ballman KV et al. Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast can- cer and sentinel node metastasis: a randomized clinical trial. JAMA 2011; 305; 569–575.
- 15. Giuliano AE, McCall L, Beitsch P et al. Locoregional recurrence after sentinel lymph node dissection with or without axillary dissection in patients with sentinel lymph node metastases: the American College of Surgeons Oncology Group z0011 randomized trial. Ann. Surg. 2010; 252; 426–432; discussion 432–433.
- Lyman GH, Temin S, Edge SB et al. Sentinel lymph node biopsy for patients with earlystage breast cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. J. Clin. Oncol. 2014; 32; 1365–1383.
- 17. National Comprehensive Cancer Network clinical practice guidelines in oncology 2015. Access date: 26th February 2015. Available at: https://www.nccn.org/store/login/login. aspx?ReturnURL=http://www.nccn.org/professionals/physician gls/pdf/breast.pdf.
- Senkus E, Kyriakides S, Penault-Llorca F et al. Primary breast cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treat- ment and follow-up. Ann. Oncol. 2013;24(Suppl. 6); vi7– vi23.
- Giuliano A,Ballman C, McCall L et al. Effect of axillary dissection vs no axillary dissection on 10-year overall survival among women with invasive breast cancer and sentinel node metástasis. The ACOSOG Z0011 (Alliance) Randomized clinical trial. JAMA 2017:318(10)918-926.
- Lyman G,Somerfield M,Bosserman L et al. Sentinel Lymph Node Biopsy for patients with early stage breast cancer: American Society of Clinical Oncology.Practice guideline update. Journal of Clinical Oncology. Volume 35,number 5,2017.

3- GANGLIO CENTINELA (GC): ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Se considera GC aquel ganglio coloreado y/o que exprese radioactividad o que haya sido remitido como tal; en este último caso, se recomienda aclararlo en el informe.

El mismo se estudia en forma diferida y/o de manera intraoperatoria.

Estudio diferido

Procesamiento macroscópico

Para su procesamiento macroscópico el GC se hemisecciona o se corta en rodajas de 2-3mm de espesor y se incluye en su totalidad.

Procesamiento histológico

Todas las rodajas obtenidas en el procesamiento macroscópico deben ser incluidas en parafina; se recomienda estudiar una sección histológica completa de cada rodaja con técnica de rutina (coloración con hematoxilinaeosina) y conservar el resto del material para eventuales estudios adicionales.

En el informe histopatológico deben constar todos los elementos morfológicos necesarios para estadificar a la paciente según TNM vigente.

Existen 3 tipos de compromiso ganglionar por células tumorales:

- Las macrometástasis son aquellas metástasis > 2mm y se estadifica como pN1.
- Las micrometástasis miden > 0,2 mm pero no más de 2mm y/o están constituidas por >200 células y corresponden a la categoría de pN1mi o pN 1mi (gc).
- Las submicrometástasis o células tumorales aisladas (CTA) tienen un tamaño ≤ 0,2mm o están constituidas por ≤ 200 células, son generalmente detectadas por inmunohistoquimica (IHQ) y se consignan como pN0(i+).

El tamaño de la metástasis tumoral está determinado por la dimensión de cualquier grupo de células tumorales contiguas. No importa si la misma está confinada al ganglio linfático, se extiende por fuera del ganglio (extensión extranodal), está totalmente fuera del ganglio linfático e invade el tejido adiposo, o si está dentro de un linfático adyacente al ganglio.

Cuando se observan múltiples depósitos tumorales en el ganglio linfático, micrometástasis o células tumorales aisladas (CTA), se utiliza el tamaño del foco contiguo más grande para clasificarlo. No se utiliza la suma de los depósitos tumorales individuales, ni el área en la cual los mismos están distribuidos. Cuando la metástasis tumoral induce una reacción estromal (desmoplasia), la dimensión combinada de las células tumorales y la fibrosis determina el tamaño de la misma.

Examen intraoperatorio:

En la actualidad no se considera indispensable el examen intraoperatorio del mismo. Hay falta de guías estandarizadas para determinar su realización.

De ser considerado necesario el estudio intraoperatorio del GC por el grupo de trabajo es recomendable la presencia del patólogo en el quirófano.

En la mayoría de los casos se utiliza la impronta citológica como método para este estudio intraoperatorio, con el ganglio hemiseccionado o seccionado en rodajas de 2 - 3 mm de espesor, según el tamaño del mismo; impronta de todas las caras de dichas rodajas, con fijación en alcohol 96º y coloración con azul de toluidina. La elección de esta metodología de trabajo se basa en que la impronta citológica resulta útil para este tipo de estudio y, además, preserva el material. El estudio intraoperatorio también se puede realizar mediante cortes por congelación.

Cualquiera sea el método elegido, se aconseja no exceder el número de 3 ganglios para el estudio intraoperatorio.

Es importante aclarar que el estudio intraoperatorio de un GC, como toda biopsia intraoperatoria, está sujeto a su confirmación o no en el estudio diferido.

Inmunohistoquímica

No se considera imprescindible la utilización rutinaria de inmunohistoquímica para el estudio del ganglio centinela. Se la considera un estudio auxiliar, quedando a criterio del patólogo su utilización (duda diagnóstica, carcinomas lobulillares, etc.).

BIBLIOGRAFÍA

- American Joint Committee on Cancer 2017. M.B. Amin et al. (eds.), AJCC Cancer Staging Manual, Eighth Edition.
- College American Pathologists Protocol for the Examination of Specimens From Patients With Invasive Carcinoma of the Breast Based on AJCC/UICC TNM, 7th edition. Protocol web posting date: January 2016.
- Manual Operativo de Anatomía Patológica del Cáncer de Mama. Viniegra [et.al.]. - 3a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2014.
- Sentinel lymph nodes for breast carcinoma: an update on current practice Maguire, A and Broggi, E. Histopathology 2016;68:152–167 (Rev).
- Jaffer, S. and Bleiweiss, I. Evolution of Sentinel Lymph Node Biopsy in Breast Cancer, In and Out of Vogue? Adv Anat Pathol 2014;21:433–442 (Rev).

4 - RADIOTERAPIA

El objetivo del tratamiento locorregional en el estadio temprano del cáncer de mama es el de erradicar la enfermedad microscópica para maximizar el control locorregional y minimizar la siembra a sitios distantes, y por este medio mejorar la sobrevida global.

Importantes ensayos randomizados demostraron que la irradiación ganglionar postoperatoria luego de cirugía conservadora o mastectomía en pacientes con ganglios positivos o ganglios negativos de alto riesgo no solamente mejora el control locorregional sino que disminuye las metástasis a distancia con tendencia al aumento de la sobrevida y un excelente perfil de toxicidad (EBCTCG 2011, EBCTCG 2014, MA.20 y el EORTC 22922).

Sin embargo, cierto grupo de pacientes con cáncer de mama temprano y ganglios positivos, tienen bajo porcentaje de recurrencia axilar y alto porcentaje de sobrevida cáncer de mama específica aún sólo con biopsia del ganglio centinela, sin vaciamiento axilar por lo que deben evaluarse otros factores de riesgo clínicos, anatomopatológicos y de perfil molecular.

En un estudio Fase III randomizado multicéntrico de no inferioridad (EORTC 1098122023 AMAROS) se analizaron 1425 T1/T2 (hasta 3 cm) con axila clínicamente negativa y biopsia del ganglio centinela positivo en las que se comparó vaciamiento axilar versus radioterapia axilar. La hipótesis de este estudio fue evaluar si la radioterapia axilar en el cáncer temprano de mama podría proveer un control local y sobrevida similar a la disección axilar con menos efectos colaterales en mujeres con ganglio centinela positivo. Un 82% de las pacientes fue tratada con cirugía conservadora. Con una media de seguimiento de 6,1 años se obtuvieron similares índices de recurrencia local y sobrevida en ambos brazos. El linfedema a 5 años fue significativamente más frecuente en la rama de linfadenectomía axilar que en el brazo de radioterapia (23% vs 11%).

En el grupo de pacientes con vaciamiento axilar, un 33% de las pacientes tenía enfermedad residual en la axila. La Radioterapia axilar incluyó los contenidos de los tres niveles axilares y de la fosa supraclavicular medial. Es decir, que en pacientes con cáncer de mama inicial T1/T2 N0 clínico y ganglio centinela positivo en las cuales estuviera indicada la disección axilar y ésta no se efectuara, la radioterapia sería una alternativa con similares resultados.

CONCLUSIONES:

- 1) Si los ganglios de la biopsia del ganglio centinela son negativos o presentan células tumorales aisladas no se requiere de tratamiento adicional de la axila.
- 2) Si los ganglios de la biopsia del ganglio centinela presentan micrometástasis (< 2 mm) de biología favorable no se requiere tratamiento adicional de la axila siempre y cuando reciban radioterapia de todo el volumen mamario y tratamiento sistémico. Algunos centros de radioterapia incluyen los niveles axilares I y II en los campos tangenciales de la mama (tangenciales altos) en pacientes con mayor riesgo de enfermedad axilar residual.
- 3) Si la biopsia del ganglio centinela presenta 1 o 2 ganglios con macrometástasis, podría

evitarse el tratamiento adicional de la axila en pacientes con muy bajo riesgo de enfermedad axilar residual siempre y cuando se irradie el volumen mamario y reciban tratamiento sistémico. Cierta consideración debe darse en estos casos a la cobertura intencional de la axila baja, niveles axilares I y II a incluirse en los campos tangenciales de la mama (tangenciales altos).

4) En pacientes con biopsia del ganglio centinela positiva el tratamiento adicional de la axila (cirugía y/o radioterapia) debe evaluarse en cada caso en particular en pacientes de alto riesgo de enfermedad ganglionar residual.

Los factores a considerar para la toma de decisiones incluyen:

- Número de ganglios positivos
- Tamaño de las metástasis ganglionares
- Extensión extracapsular
- Tamaño tumoral
- Paciente joven
- Localización medial
- Invasión linfovascular
- Alto grado
- Triple negativo
- Alto Score de recurrencia
- 5) Si los ganglios de la biopsia del ganglio centinela presentan 3 o más ganglios con macrometástasis, se requiere de tratamiento adicional de la axila.
- 6) No deberían extrapolarse los resultados del ACOSOG Z0011 y IBSCSG 23-01 a pacientes que no cumplen con los criterios de elegibilidad de estos ensayos así como a pacientes que recibieron tratamientos diferentes a los de estos estudios.
- 7) En pacientes que presentan ganglio centinela positivo en la mastectomía, la axila debe ser referida a vaciamiento o a radioterapia.

Basado en la evidencia actual, no es apropiada sólo la observación en pacientes con ganglio centinela positivo después de mastectomía.

8) Para irradiar en forma precisa el volumen mamario así como los distintos niveles axilares, es imprescindible la utilización de técnicas de radioterapia conformacionales delineando con precisión las áreas a tratar.

Conclusiones finales:

No existe en la actualidad claro consenso acerca de las indicaciones de radioterapia en pacientes con ganglios axilares clínicamente negativos y 1 a 2 ganglios centinela positivos. Cada Radiooncólogo debe decidir cómo manejar mejor la axila en la era del ganglio centinela en un contexto multidisciplinario.

BIBLIOGRAFÍA

- Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG), Darby S, McGale P, Correa C, et al. Effect of radiotherapy after breast-conserving surgery on 10-year recurrence and 15-year breast cancer death: meta-analysis of individual patient data for 10,801 women in 17 randomised trials. Lancet. 2011 Nov 12; 378 (9804): 1707-16.
- Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG), McGale P, Taylor C, Correa C et al. Effect of radiotherapy after mastectomy an axillary surgery on 10-year recurrence and 20-year breast cancer mortality: meta-analysis of individual patient data for 8135 women in 22 randomised trials. Lancet 2014; 383: 2127-2135
- Timothy Whelan et al. Regional Nodal Irradiation in Early-Stage Breast Cancer. N Engl J Med 2015; 373:307-316
- 4. Poortmans PM1, Collette S, Kirkove C, et al. Internal Mammary and Medial Supraclavicular Irradiation in Breast Cancer. New Engl J Med. 2015 Jul 23;373(4):317-27.
- Galimberti V, Cole BF, Zurrida S, Viale G, Luini A, Veronesi P et al. Axillary dissection versus no axillary dissection in patients with sentinel-node micrometastases (IBCS 23-01): a phase 3 randomised controlled trial. Lancet Oncol. 2013 Apr; 14(4):297-305.
- Giuliano AE, McCall L, Beitsch P, Whitworth PW et al. Locoregional recurrence after sentinel lymph node dissection with or without axillary dissection in patients with sentinel lymph node metastases: the American College of Surgeons Oncology Group Z0011 randomized trial. Ann Surg. 2010 Sep;252(3):426-32.
- Giuliano AE, Ballman K, McCall L, et al. Locoregional Recurrence After Sentinel Lymph Node Dissection With or Without Axillary Dissection in Patients With Sentinel Lymph Node Metastases: Long-term Follow-up From the American College of Surgeons Oncology Group (Alliance) ACOSOG Z0011 Randomized Trial. Ann Surg. 2016 Sep; 264 (3): 413-20.
- Donker M, van Tienhoven G, Straver ME, Meijnen P et al. Radiotherapy or surgery of the axilla after a positive sentinel node in breast cancer (EORTC 10981-22023 AMAROS): a randomised, multicentre,

- open-label, phase 3 non-inferiority trial. Lancet Oncol. 2014 Nov;15 (12): 1303-10.
- Postoperative radiotherapy for breast cancer: UK consensus statements a. Consenso online - Noviembre 2016 b. https://www.rcr.ac.uk/clinical-oncology/ service-delivery/postoperativeradiotherapy-breastcancer-uk-consensus-statements
- 10. Yazid Belkacemi a, Pauline T. Truong, et al. Adjuvant nodal radiotherapy in the era of sentinel node biopsy staging of breast cancer: A review of published guidelines and prospective trials and their implications on clinical practice. Critical Reviews in Oncology/ Hematology 112 (2017) 171–178
- 11. Cameron W. Swanick, Benjamin D. Smith, Indications for adjuvant radiation therapy in breast cancer: a review of the evidence and recommendations for clinical practice. hinese Clinical Oncology 2016;5(3):38

5 - TRATAMIENTO ADYUVANTE SISTÉMICO

5.1 Tratamiento Hormonal Adyuvante en Cáncer de Mama Ganglio Centinela Positivo

El tratamiento hormonal adyuvante tiene indicación en las pacientes consideradas hormono-dependientes, es decir que presentan receptores hormonales positivos (RE+RP+/RE+RP-/ RE-RP+)

■ Pacientes Premenopáusicas

El tratamiento adyuvante hormonal en las pacientes premenopáusicas es Tamoxifeno 20 mg / día durante 5 años. Distintos ensayos clínicos mostraron beneficio en extender la adyuvancia hormonal con Tamoxifeno a 10 años, disminuyendo la recurrencia y la mortalidad, las pacientes que más se benefician con esa indicación son las que presentan ganglios positivos o factores adversos patológicos (ATLAS - ATTOM).

Se deben hacer algunas consideraciones en el tratamiento adyuvante hormonal cuando se trata de mujeres jóvenes < / = a 35 años, que mantuvieran persistencia de niveles altos de estrógenos después de la quimioterapia, que tuvieran 4 o más ganglios positivos, G 3 o alto riesgo en las plataformas genómicas.

En esos casos el tratamiento tendrá una extensión de 5 años y la indicación será:

Tamoxifeno + Supresión de la Función Ovárica (SFO) o Inhibidores de las Aromatasa + Supresión de la Función Ovárica (SFO). La supresión de la función ovárica (SFO) se puede hacer con: Goserelin o Triptorelin o Leuprolide, y los Inhibidores de las Aromatasas que pueden emplearse son: Anastrozol 1 mg/día o Letrozole 2.5 mg/día o Exemestane 25 mg/día.

■ Pacientes posmenopáusicas

El tratamiento adyuvante hormonal en las pacientes posmenopáusicas es Tamoxifeno 20 mg/ día de 2 a 3 años luego swicth o cambio para continuar con un Inhibidor de las Aromatasas: Anastrozol 1 mg/día o Letrozole 2.5 mg/día o Exemestane 25 mg/día hasta completar los 5 años o iniciar el tratamiento con un Inhibidor de las Aromatasas hasta cumplir los 5 años, los participantes de Saint Gallen 2017 recomiendan emplear en pacientes con cáncer de mama axila positiva, alto KI 67, alto grado tumoral, histología lobulillar, Her2+, inhibidores de las aromatasas.

Hay suficiente información que avala el empleo desde el inicio de Inhibidores de las Aromatasas en las pacientes posmenopáusicas durante 5 años en relación al swicth.

Recientemente algunos ensayos y las guías NCCN 17 recomiendan extender la adyuvancia hormonal a 10 años en el contexto de lo que llama "Adyuvancia Extendida" en pacientes posmenopáusicas con un Inhibidor de las Aromatasas hasta completar los 10 años. La extensión del tratamiento con un Inhibidor de Aromatasa adyuvante a 10 años muestra de manera significativa, alta tasa de supervivencia libre de enfermedad y una menor incidencia de cáncer de mama contralateral vs placebo, pero no incrementa la tasa de la supervivencia global.

Por su parte también los asistentes a Saint Gallen 2017 recomiendan la adyuvancia extendida en pacientes con moderado a alto riesgo de recurrencia E II y E III.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Davies C, Pan H, Godwin J, et al Long-term effects of continuing adjuvant tamoxifen to 10 years versus stopping at 5 years after diagnosis of oestrogen receptor-positive breast cancer: ATLAS, a randomised trial Lancet. 2013;381:805-816
- 2. Gray RG, et al: aTTom: ASCO Annual Meeting. Abs-

- tract 5. Presented June 2, 2013.
- Pagani O, Regan MM, Walley BA et al. Adjuvant exemestane with ovarian suppression in premenopausal breast cancer. N Engl J Med 2014; 371: 107–118.
- Bernhard J, Luo W, Ribi K, et al: Patient reported outcomes with adjuvant Exemestane versus tamoxifen in premenopausal women with early breast cancer undergoing ovarian suppression (TEXT and SOFT): A combined analysis of two phase 3 randomised trials. Lancet Oncol 16:848-858, 2015
- Meredith M. Regan, Prudence A. Francis, Olivia Pagani et. at. Absolute Benefit of
- Adjuvant Endocrine Therapies for Premenopausal Women With Hormone Receptor – Positive, Human Epidermal Growth Factor Receptor 2–Negative Early Breast Cancer: TEXT and SOFT Trials J Clin Oncol 34:2221-2231. 2016 A.S. Coates, E.P. Winer et al. Annals of Oncology. May 4,2015 St Gallen 2015 NCCN 2. 2017 Meeting ASCO – Junio 2016 Chicago –USA
- Harold J. Burstein, Christina Lacchetti, Holly Anderson et al. Adjuvant Endocrine Therapy for Women With Hormone Receptor–Positive Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update on Ovarian Suppression J Clin Oncol 34, 2016.
- 8. Ian Smith, Denise Yardley, Howard Burris et.al Comparative Efficacy and Safety of Adjuvant Letrozole Versus Anastrozole in Postmenopausal Patients With HormoneReceptor–Positive, Node-Positive Early Breast Cancer: Final Results of the Randomized Phase III Femara Versus Anastrozole Clinical Evaluation (FACE) Trial J Clin Oncol 35. 2017
- 9. Lisa Ryden, Marianne Heibert Arnlind, Sigurd Vitols et al. The Breast 26 (2016) 106-114
- Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG) LANCET, July 24, 2015
- 11. P.E. Goss, J.N. Ingle, K.I. Pritchard et.al. Extending Aromatase-Inhibitor Adjuvant
- 12. Therapy to 10 Years. The New England Journal of Medicine July 16, 2016
- 13. Jin H, Tu D, Zhao N, et al. J Clin Oncol. 2012;30:718-721.
- 14. Boccardo F, Guglielmini P, Bordonaro R, et al. Eur J Cancer. 2013;49:1546-1554.
- Dowsett M, Sestak I, Lopez-Knowles E, et al. J Clin Oncol. 2013;31:2783-2790
- Gnant M, Harbeck N, Thomssen. St. Gallen/Vienna 2017CH. Breast Care 2017;12:102–107
- 17. G. Curigliano, H. J. Burstein, E. P. Winer, M. Gnant et al. Annals of Oncology 28: 1700–1712, 2017

5.2 Quimioterapia Adyuvante en Cáncer de Mama Ganglio Centinela Positivo

Introducción

Las pacientes con ganglios positivos son candidatas a quimioterapia adyuvante, y si el tumor es hormono-dependiente, a la adición

de terapia endócrina. La sobreexpresión o amplificación del HER2 indica el uso de terapia target anti HER2 al tratamiento adyuvante. Las pacientes con micrometástasis son consideradas como axila positiva desde el punto de vista del tratamiento sistémico. Algunas guías (1,2) sugieren que el score de recurrencia de 21 genes (OncotypeDX) podría ser considerado en pacientes seleccionadas con uno a tres ganglios comprometidos para evaluar el beneficio de adicionar quimioterapia a la terapia hormonal en base a los datos del análisis retrospectivo del SWOG 8814 (3). Otras guías (2) también sugieren la posibilidad de aplicar el score de recurrencia genómico en enfermedad ganglionar limitada, ej. un ganglio con micrometástasis, donde el valor pronóstico de la plataforma sería similar al de pacientes con axila negativa.

La estratificación de pacientes para el tratamiento se basa inicialmente en la expresión de receptores hormonales y HER2 y al riesgo de recurrencia según características anátomopatológicas (grado histológico, tamaño tumoral e invasión angiolinfática) (2).

Quimioterapia adyuvante

Los regímenes más apropiados cuando se considera quimioterapia adyuvante están basados en antraciclinas y taxanos (4). Los esquemas más recomendables son: adriamicina 60 mg/m y ciclofosfamida 600 mg/m cada 21 días por 4 cursos seguido de paclitaxel 80 mg/m/ semana por 12 semanas o su variante con densidad de dosis de antraciclinas; docetaxel 80 mg/m más ciclofosfamida 600 mg/m cada 21 días por cuatro aplicaciones (TC). Dos estudios randomizados demostraron el beneficio del régimen de antraciclinas con paclitaxel secuencial en mujeres con ganglios comprometidos sugiriendo mejoría en la sobrevida libre de enfermedad y mejoría en la sobrevida global con la adición de paclitaxel, este beneficio sería mayor en pacientes con receptores negativos (5, 6). Algunos estudios muestran beneficio en sobrevida libre de enfermedad y sobrevida global con la administración de quimioterapia en dosis densa en algunos subgrupos de pacientes (7). El régimen TC demostró similares beneficios a antraciclinas y taxanos en pacientes con receptores hormonales positivos y axila negativa o positiva con 1 a 3 ganglios y fue inferior en pacientes con más de 4 ganglios comprometidos y/o receptores hormonales negativos (8,9). Otros regímenes como CMF mostraron ser equivalentes en sobrevida global y sobrevida libre de enfemedad a 4 cursos de AC, sin embargo cuando fue comparado con 6 cursos de antraciclinas fue inferior (10) por lo tanto los esquemas que contienen antraciclinas son los preferidos en pacientes axila positiva (2,10).

HER2+

Todos los estudios que evaluaron la combinación de trastuzumab más quimioterapia en forma concurrente demostraron mejoría significativa en la sobrevida libre de enfermedad y sobrevida global con el uso de trastuzumab en pacientes HER2 + (11, 12, 13). El tratamiento debe administrarse por un año, seis meses son inferiores (14) y dos años no mostraron mayor beneficio (15).

El estudio BCIRG evaluó en pacientes con axila positiva o negativa de alto riesgo la combinación de antraciclinas vs un régimen sin antraciclinas compuesto por la combinación de carboplatino más docetaxel y trastuzumab y no demostró diferencias significativas entre ambas ramas con trastuzumab (16) siendo la toxicidad cardíaca significativamente menor en el régimen sin antraciclinas.

Triple Negativo

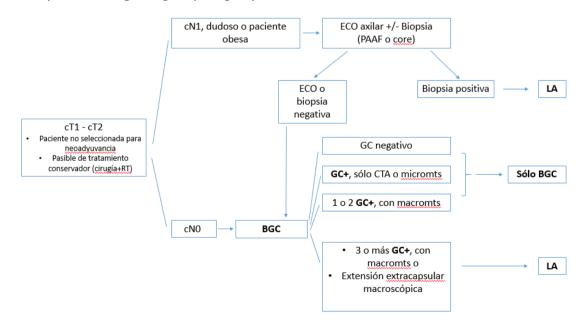
En las pacientes con tumores triple negativo y axila positiva la quimioterapia adyuvante en base a antraciclinas y taxanos es estándar. La incorporación de platinos al régimen demostró beneficio en neoadyuvancia (16, 17) fundamentalmente en BRCA mutadas siendo su uso actualmente no recomendado más allá de ensayos clínicos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. NCCN guidelines versión 2.2017
- Henry y col. "American Society of Clinical Oncology: Role of patient and disease factors in adjuvant systemic therapy decisión making for early stage, operable breast cancer. ASCO endorsement of cancer care Ontario guideline recomendatios" J Clin Oncol 2016
- Albain, Barlow et al "Prognostic and predictive value of the 21 gene recurrence score assay in postmenopausal women with node positive, oestrogen receptor positive breast cancer on chemotherapy: A retrospective analysis of a randomised trial" The Lancet 2010; 11 (1) 55-65
- Denduluri, Somerfield. "Selection of optimal adjuvant chemotherapy regimens of HER2 negative and adjuvant targeted therapy for HER2 positive breast cancer: an ASCO guideline adaptation of cancer care Ontario practice guidelines" J Clin Oncol abri 2016
- Henderson, Berry "Improved outcomes from adding sequential paclitaxel but not from scalating doxorrubicin dose in an adjuvant chemotherapy régimen for patients with node positive primary breast cancer. J Clin Oncol 2003; 21: 976
- Mamounas, Bryant "Paclitaxel after doxorrubicin plus cyclophosphamide as adjuvant chemotherapy for breast cancer: NSABP B 28 J Clin Oncol 2005; 23: 3686
- Bergh "The adjuvant PANTHER study: comparison between dose dense and tailored epirubicin, cyclophosphamide and 5 fluoruracil plus docetaxel versus standard FECDocetaxel-J Clin Oncol 2016; abst 1002

- 8. Jones, Holmes "Docetaxel with Cyclophosphamide is associated with overal survival benefit compared with doxorrubicin and cyclophosphamide. 7 year follow up of US Oncology Research Trial 9735 J Clin Oncol 2009; 27: 1177
- Blum "Interim joint analysis of the ABC phase III trials comparing TC vs TaxAC in women with high risk HER2 negative breast cancer – J Clin Oncol 2016, abst 1000
- Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group "Polychemotherapy for Early Breast Cancer: An Overview of the randomized trials" The Lancet 2012
- Romond, Perez "Trastuzumab plus adjuvant chemotherapy for operable HER2 positive breast cancer" N Engl J Med 2005; 353: 1673
- Piccart "Trastuzumab after adjuvant chemotherapy for HER2 positive breast cancer" N Engl J Med 2005; 1659
- Joensuu "Adjuvant docetaxel or Vinorelbine with or without trastuzumab in HER2 positive breast cancer" N Engl J Med 2006; 800
- Pivot "6 months versus 12 months of adjuvant trastuzumab in HER2 positive breast cancer: Phare Trial" The Lancet Oncology 2013
- 15. Gianni "Treatment with trastuzumab for 1 year versus 2 years after adjuvant chemotherapy in patients with HER2 positive early breast cancer" Lancet Oncol 2011; 12 (3) 236
- 16. Slamon "10 years follow up of adyuvant ACT compared ACTH and TCH for HER2 positive early breast cancer" San Antonio Breast Cancer Symposium 2015

Manejo clínico-imagenológico-quirúrgico para GC+ en estadios iniciales del cáncer de mama



Jornadas de la Sociedad de MEDICINA INTERNA de Buenos Aires SMIBA 2022





Importantes Premios en trabajos científicos.



FECHA LÍMITE DE PRESENTACIÓN: 1/09/22

PARTICIPAN:

Sociedad Latinoamericana de Medicina Interna (SOLAMI) Sociedad Latinoamericana de Ateroesclerosis (SOLAT) Foro Iberoamericano de Educación Médica (FIAEM)

2-3-4 de Octubre

Sede Auditorio de la Asociación Médica Argentina - Av. Santa Fe 1171 Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

PARA MÁS INFORMACIÓN

CLICK AQUÍ

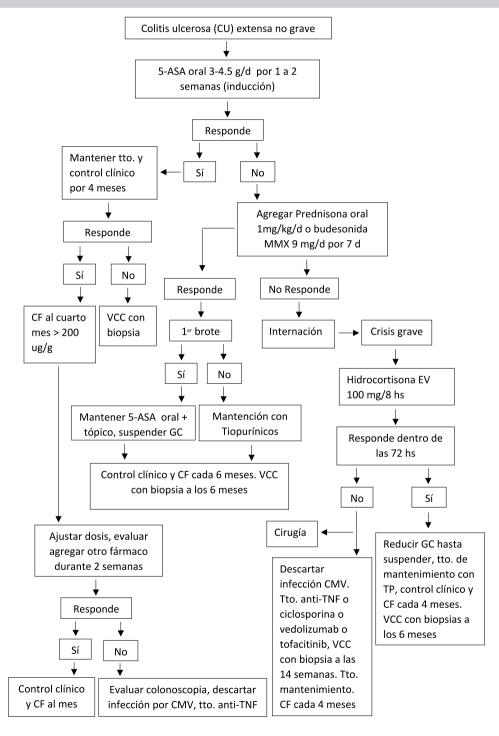


ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

FICHA Nº 1

Dra. Silvia I. Falasco

ALGORITMO TERAPÉUTICO DE LA COLITIS ULCEROSA EXTENSA NO GRAVE Y GRAVE



5-ASA: 5-aminosalicilato; **CF:** calprotectina fecal; **CMV:** citomegalovirus; **d:** día; **EV:** endovenoso; **GC:** glucocorticoide; **TNF:** factor de necrosis tumoral; **TP:** tiopurínicos; **Tto**; tratamiento; **VCC:** videocolonoscopia

ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

FICHA Nº 1

Dra. Silvia I. Falasco

ALGORITMO TERAPÉUTICO DE LA COLITIS ULCEROSA EXTENSA NO GRAVE Y GRAVE

Budesonida MMX tiene menos efectos adversos ya que tiene un metabolismo elevado de primer paso hepático. Con respuesta favorable luego de la administración de corticoides sistémicos en pacientes con más de un brote siendo el último mayor a 12 meses se puede realizar mantenimiento con 5-ASA. En CU grave es un predictor de riesgo de colectomía evaluar la respuesta dentro de las 72 hs de inicio de los esteroides sistémicos.

Los anti-TNF infliximab, adalimumab y golimumab son utilizados en el tratamiento de la CU con buena respuesta clínica, endoscópica, reducción de internaciones y de colectomía. Se indican como inducción en brotes moderados-graves de CU corticorresistente y en corticodependencia (imposibilidad de reducir la dosis de prednisona por debajo de 10 mg/d luego de 3 meses de iniciada dicha terapia por presencia de nuevo brote o por necesidad de reiniciar GC dentro de los 3 meses de suspendido) en inducción y en mantenimiento. Un 20% de los pacientes desarrolla anticuerpos contra infliximab. Aproximadamente un 30 a 40% no responde inicialmente a los anti-TNF; algunos pacientes desarrollan efectos adversos o disminución de la respuesta con el tiempo, lo que obliga a reemplazar dicha terapia. Vedolizumab, ustekinumab y tofacitinib son opciones terapéuticas.

En el brote grave el paciente debe ser evaluado desde el ingreso hospitalario por el Servicio de Cirugía, realizando control seriado con Rx. de abdomen. Descartar megacolon tóxico e infección por clostridium difficile. La infección colónica por CMV debe descartarse con histología, inmunohistoquímica y/o reacción en cadena de la polimerasa en el material de biopsia iniciando terapia con ganciclovir EV de documentarse ésta.

BIBLIOGRAFÍA

- Figueroa C, Lubascherd J, Ibañez P, Quera R, Kronberg U, Simian D, Flores L. Algoritmos de tratamiento de la colitis ulcerosa desde una experiencia local. REV. MED. CLIN. CONDES - 2018; 29(5) 570-579
- Calafat M, Lobatón T, Mañosa M, Larraín M, Caballero N, Cabré E, Domenech E. Requerimientos terapéuticos en el tratamiento de mantenimiento de la proctitis ulcerosa. Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día 2016; Volume 15, Issue 3, September–December: 87-92
- Navarro Pardo, Millastre Bocos J, Reyes Abad Sazatornil M. Proctitis ulcerosa refractaria: Tratamiento alternativo con enema de tacrólimus. Revista Atalaya Medica 2019; 39-43
- Beltrána B, Sáez-González E, Mateos B, Moret I. Enfermedad inflamatoria del tracto intestinal. Colitis ulcerosa. Medicine. 2020;13(11):591-602

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 18 será el 30/06/2022.

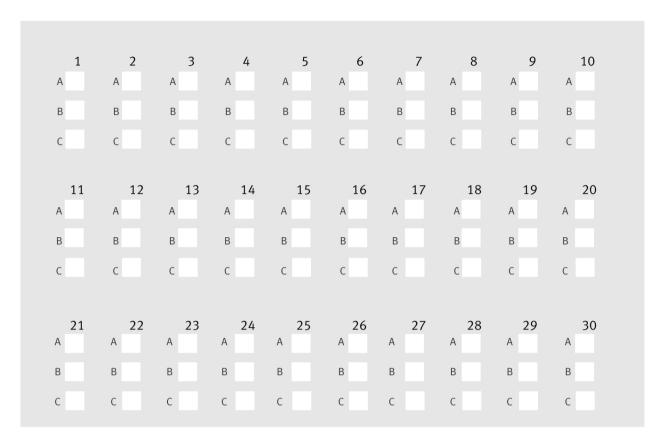
LOS MÉDICOS QUE CONTESTEN LA EVALUACIÓN RECIBIRÁN POR CORREO LA CALIFICACIÓN OBTENIDA Y LAS CLAVES DE CORRECCIÓN.



01	Es un factor de riesgo para peor evolución en infección por COVID-19	A Obesidad B EPOC C A y B
02	Señale la afirmación correcta sobre COVID-19	A La EPOC tiene mayor susceptibilidad a la infección por disminución de expresión del receptor de ACE2 B Factores inflamatorios y su asociación con enfermedades crónicas explican el peor pronóstico en pacientes obesos C Ninguna es correcta
03	Señale la afirmación correcta sobre cáncer de mama	A 1 de cada 8 mujeres padecerá cáncer de mama B La mayoría de las mujeres tienen antecedentes familiares C La mamografía se utiliza en prevención primaria
04	Es un factor de alto riesgo para cáncer de mama	A La mutación genética BRCA B La historia personal de cáncer de mama C Mama densa en la mamografía
05	Es cierto sobre el cáncer de mama	A 16% del total de las muertes por ca. de mama ocurre entre los 40-49 años B 17% de los ca. de mama se diagnostican entre los 40 y 49 años C 1 de cada 6 cánceres ocurre en mujeres entre los 40-49 años
06	El tamizaje del cáncer de mama se inicia a los	A 40 años B 45 años C 50 años
07	Hasta que edad debe realizarse el tamizaje de cáncer de mama?	A Hasta los 70 años Cuando la expectativa de vida de una mujer exceda los 5 a 7 años C Ninguna es correcta
08	Qué tipo de mamografía solicitaría para screening	A Analógica B DR C CR
09	En una mujer joven con mama densa solici- taría para tamizaje de ca. mama	A TS B Mamografía DR C Mamografía analógica
10	Es cierto	A La sensibilidad de la mamografía y TS aumenta con el aumento de la densidad mamaria B La mama densa tiene mayor riesgo de ca. de mama C A y B

11	La US automatizada (ABUS)	A Se indica para tamizaje junto a la mamografía B Disminuye la variabilidad operador dependiente C A y B
12	Es falso sobre CA de mama	A El 75% son esporádicos B La mamografía redujo la mortalidad en un 30-40% C Una mujer con antecedente de irradiación del tórax tiene riesgo intermedio para ca. de mama
13	En pacientes con CA de mama temprano con axila clínicamente negativa	A Entre el 40% y el 60%, el GC es el único positivo B La biopsia del GC es tan segura como la LA para la estadificación C A y B
14	Señale la opción incorrecta con respecto a la ecografía axilar	A Tiene alto valor predictivo negativo para micro y macrometástasis B No excluye la presencia de micrometástasis o CTA Los cambios morfológicos de los ganglios importan más que el tamaño de los mismos
15	Señale V o F en las siguientes Afirmaciones	A Los cambios morfológicos de los ganglios importan más que el tamaño B El signo más categórico de malignidad es el reemplazo del hilio y la inversión del flujo C La forma arriñonada es el signo más característico de malignidad
16	El ganglio linfático axilar ecográfica- mente normal es	A Forma ovoide, cortical < 3mm B Forma redonda, cortical < 3mm C Forma lobulada, cortical > 3mm
17	En pacientes con CTA o micrometástasis en el GC	A Se puede omitir la LA en las pacientes con tratamiento conservador B Se puede omitir la LA en pacientes con Mastectomía C A y B
18	Se considera macrometástasis	A Metástasis mayor a 2 mm B Metástasis entre 0.2 y 2 mm C Metástasis menor a 2 mm
19	La radioterapia axilar en CA de mama está indicada	A Paciente con mastectomía y GC positivo B Biopsia del GC con CTA C Ninguna es correcta
20	El tratamiento hormonal adyuvante en CA mama GC positivo	A Está indicado en pacientes con receptores hormonales positivos B En premenopausia se utiliza tamoxifeno 20mg/día por 2 años C En postmenopausia tamoxifeno 10 mg/día por 10 años

21	Sobre tratamiento hormonal adyuvante en postmenopausia se indica	A Tamoxifeno 20mg/día por 2 o 3 años, luego inhibidor Aromatasa por 5-10 años B Tamoxifeno 20mg/día por 5 a 10 años C Inhibidor Aromatasa por 2 años
22	El tratamiento quimioterápico adyuvante preferido en CA de mama GC positivo es el que contiene	A Ciclofosfamida B Antraciclinas C Ac. monoclonales
23	En pacientes HER2+	A La adición de trastuzumab a la QT mejora la sobrevida libre de enfermedad B La duración de la terapia con trastuzumab debe ser por 6 meses C La duración de la terapia con trastuzumab debe ser por 24 meses
24	En pacientes con tumor triple negativo. Señale la opción falsa	A Pacientes con axila positiva se tratan con antraciclinas y taxanos B La incorporación de platino se utiliza en neoadyuvancia C Antraciclinas + taxanos + platino es el gold standard en axila positiva
25	El estudio intraoperatorio del GC	A Se requiere mínimo el estudio de 3 ganglios B Siempre debe realizarse estudio de inmunohistoquímica C Se estudia por impronta citológica
26	Clasifica un ganglio como BRN2	A Aumento del espesor cortical de 2.5 a 3.5 mm B Aumento del espesor cortical de 1.5 a 2.5 mm C Pérdida de la forma y reemplazo total del hilio
27	LA CORTICODEPENDENCIA ES LA IMPOSIBILIDAD DE REDUCIR LA DOSIS DE PREDNISONA	A Por debajo de 10 mg/d luego de 3 meses de su inicio B Por debajo de 20 mg/d luego de 6 meses de su inicio Necesidad de reiniciar tratamiento a las 3 semanas de su suspensión
28	En un paciente con un brote grave de CU en tto con 5-ASA oral	A Hospitalizar e iniciar prednisona oral B Hospitalizar e iniciar hidrocortisona ev C Hospitalizar e iniciar tofacitinib ev
29	SEÑALE V O F EN LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES	A En CU extensa grave sin respuesta descartar infección colónica por CMV B 40% de los pacientes desarrollan anticuerpos contra infliximab C El megacolon tóxico es una complicación de la CU grave extensa
30	La infección colónica por CMV	A Requiere diagnóstico por serología B El tratamiento es con ganciclovir ev C A y B



DOBLE AQUI

NOMBRES Y APELLIDO MATRÍCULA ESPECIALIDAD DIRECCIÓN LOCALIDAD DE DE 2022 SMI SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE BUENOS AIRES FIRMA



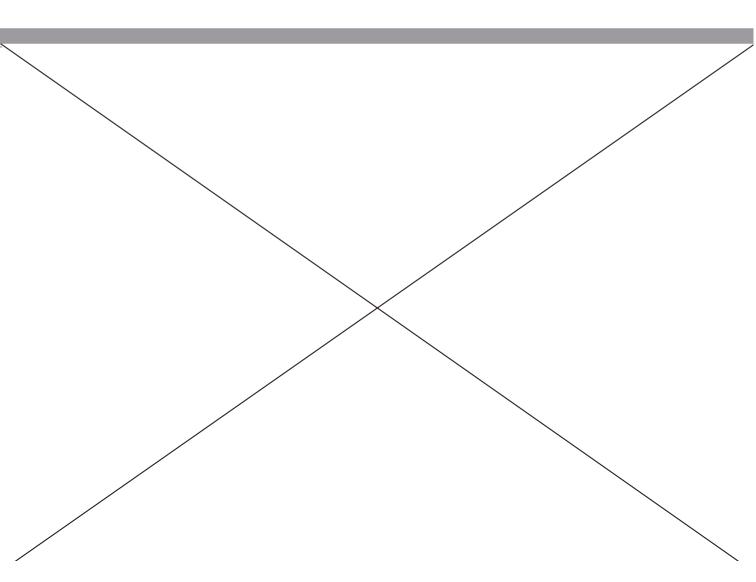
RESPUESTAS POSTALES PAGADAS

FRANQUEO SERA PAGADO POR EL DESTINATARIO



Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires

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





►Instrucciones a los autores

Normas y requisitos para la publicación de trabajos

- 1. LOS AUTORES DEBERÁN ENVIAR SU MANUSCRITO A SMIBA@FIBERTEL.COM.AR CON LA REFERENCIA: "TRABAJO PARA EVALUACIÓN REVISTA DE MEDICINA INTERNA"
- 2. SE DEBERÁ ADJUNTAR UNA CARTA DE PRE-SENTACIÓN DEL TRABAJO CON LA FIRMA DE TODOS LOS AUTORES EXPRESANDO SU VOLUN-TAD 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 ES-CRITO DEL MISMO. LAS CARTAS DEBEN ESTAR ESCANEADAS.
- 3. EL TRABAJO DEBE SER INÉDITO, ESCRITO EN CASTELLANO, COMO DOCUMENTO DE WORD, 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. FUENTE ÁRIAL 10.
- 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.

OARTÍCULOS DE REVISIÓN: EXTENSIÓN MÁXIMA:
12 PÁGINAS, HASTA 4 FIGURAS Y 4 TABLAS.

⊙CASO CLÍNICO: EXTENSIÓN MÁXIMA: 8 PÁGI-NAS, HASTA 2 TABLAS Y 2 FIGURAS.

⊙CARTAS DE LECTORES: EXTENSIÓN MÁXIMA: 3 PÁGINAS, 1 TABLA Ó FIGURA.

- 5. EL ORDEN DE CADA TRABAJO SERÁ EL SI-GUIENTE (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.

♠Apellido y Nombre de los autores.♠Nombre del departamento, servicio e

INSTITUCIÓN A LA QUE EL TRABAJO DEBE SER ATRIBUIDO.

◆Nombre y Dirección Electrónica del Autor con Quien establecer correspon-Dencia.

⊕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 PRINCI-PALES 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 EX-PERIENCIAS CLÍNICAS DEBEN DIVIDIRSE EN SEC-CIONES (INTRODUCCIÓN -MATERIAL Y MÉTODO - RESULTADOS - DISCUSIÓN). OTROS TIPOS DE ARTÍCULOS, COMO LOS "CASOS CLÍNICOS" Y "ARTÍCULOS DE REVISIÓN" PUEDEN ACOMO-DARSE MEJOR A OTROS FORMATOS QUE SEAN APROBADOS POR LOS EDITORES.

⊙Introducción:

EXPONGA EL PROPÓSITO DEL ARTÍCULO Y RE-SUMA LA RACIONALIDAD DEL ESTUDIO U OB-SERVACIÓN.

⊙ 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 PARÊNTESIS) 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 HELSINSKI 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 LÓ-GICA 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 OB-SERVACIONES IMPORTANTES.

O 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. ÎNCLUYA 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 HIPÓTE-SIS CUANDO CORRESPONDA. PERO ACLARE OUE SON SÓLO HIPÓTESIS. LAS RECOMENDACIONES, SI SON ADECUADAS, DEBEN INCLUIRSE.

AGRADECIMIENTOS:

AGRADEZCA SOLAMENTE A LAS PERSONAS E INSTITUCIONES QUE HAN HECHO CONTRIBUCIO-NES SUSTANCIALES AL ESTUDIO.

● FINANCIAMIENTO*

INCLUYA SI EXISTE O NO FINANCIAMIENTO DEL TRABAJO Y EL ORIGEN DEL MISMO

⊙CONFLICTO DE INTERÉS:

Deberán los autores declarar si tienen o NO ALGÚN CONFLICTO DE INTERÉS

D) BIBLIOGRAFÍA

LAS CITAS BIBLIOGRÁFICAS DEBEN MENCIONAR-SE EN EL ORDEN EN QUE SE LAS MENCIONA POR PRIMERA VEZ EN EL TEXTO, MEDIANTE NUMERA-LES 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 NUMERAR-SE EN LA SECUENCIA QUE CORRESPONDA A LA TEXTO DE TRABAJO. FIGURAS EN EL TEXTO. LOS TRABAJOS ACEPTA-DOS POR UNA REVISTA, PERO AÚN EN TRÁMITE DE PUBLICACIÓN, DEBEN ANOTARSE AGREGANDO A CONTINUACIÓN DEL NOMBRE DE LA REVISTA "(EN PRENSA)". LOS TRABAJOS ENVIADOS A PUBLICACIÓN, PERO TODAVÍA NO ACEPTADOS OFICIALMENTE, PUEDEN SER CITADOS EN EL TEXTO (ENTRE PARÉNTESIS) COMO "OBSER-VACIONES NO PUBLICADAS", PERO NO DEBEN UBICARSE ENTRE LAS REFERENCIAS.

SE DEBE SEGUIR EL SIGUIENTE ORDEN: ARTÍ-CULOS EN REVISTAS: APELLIDO E INICIAL DEL NOMBRE DEL O LOS AUTORES.

MENCIONE TODOS LOS AUTORES CUANDO SEAN 6 Ó MENOS, SI SON 7 Ó MÁS, COLOQUE LOS 6 PRIMEROS Y AGREGUE "ET AL" O "Y COLS" SI LA PUBLICACIÓN ES EN ESPAÑOL.

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. TÍTULO DEL LIBRO. EDI-CIÓN. 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. MATE-RIAL ELECTRÓNICO: COMO EN ARTÍCULOS EN RE-VISTAS INDICANDO LA DIRECCIÓN DE LA PÁGINA WEB DE PROCEDENCIA DEL TRABAJO.

LOS AUTORES SON RESPONSABLES DE LA EXAC-TITUD DE SUS REFERENCIAS.

6. MATERIAL ILUSTRATIVO TABLAS: PRESENTE CADA TABLA EN HOIAS APARTE, SEPARANDO SUS LÍNEAS CON DOBLE ESPACIO NUMERE LAS TA-BLAS EN ORDEN CONSECUTIVO Y ASÍGNELES UN TÍTULO QUE EXPLIQUE SU CONTENIDO (TÍTULO DE LA TABLA).

SOBRE CADA COLUMNA COLOQUE UN ENCA-BEZAMIENTO CORTO O ABREVIADO. SEPARE 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, AGRÉGUELAS 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

PRIMERA VEZ QUE SE CITEN DICHAS TABLAS O FIGURAS: DENOMINE "FIGURA" A CUALQUIER ILUSTRACIÓN QUE NO SEA TABLA (EJS: GRÁ-FICOS, RADIOGRAFÍAS, ELECTROCARDIOGRAMAS, ECOGRAFÍAS, ETC.). PARA LOS GRÁFICOS EM-PLEAR UN PROGRAMA INFORMÁTICO ADECUADO. EN LAS FOTOGRAFÍAS LAS LETRAS, NÚMEROS, FLECHAS O SÍMBOLOS DEBEN VERSE CLAROS Y NÍTIDOS Y DEBEN TENER UN TAMAÑO SUFICIENTE COMO PARA SEGUIR SIENDO LEGIBLES CUANDO LA FIGURA SE REDUZCA DE TAMAÑO EN LA PU-BLICACIÓN.

> Sus títulos y leyendas deben aparecer en LA FOTOGRAFÍA, QUE SE INCLUIRÁN EN HOJA APARTE, PARA SER COMPUESTOS POR LA IM-PRENTA. LOS SÍMBOLOS, FLECHAS O LETRAS EMPLEADAS EN LAS FOTOGRAFÍAS DE PREPARA-CIONES 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 PUBLI-CADO, INDIQUE SU FUENTE DE ORIGEN Y OBTEN-GA PERMISO ESCRITO DEL AUTOR Y DEL EDITOR ORIGINAL PARA REPRODUCIRLA EN SU TRABAJO. LAS FOTOGRAFÍAS DE PACIENTES DEBEN CU-BRIR PARTE(S) DEL ROSTRO PARA PROTEGER SU ANONIMATO. A MENOS QUE SEA ESENCIAL PARA LOS PROPÓSITOS CIENTÍFICOS EN CUYO CASO SE ADJUNTARÁ CONSENTIMIENTO INFOR-

MADO DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR PARA SU PUBLICACIÓN.

7. LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA ASIGNARÁ EL MANUSCRITO A DOS MIEMBROS DEL COMITÉ DE ARBITRAJE PARA SU REVISIÓN POR PARES, PUDIENDO EL TRABAJO SER APROBADO, RECHA-ZADO O SOLICITAR CAMBIOS DE CORRECCIÓN AL O A LOS AUTORES. LOS COMENTARIOS DE LOS EVALUADORES SERÁ ANÓNIMOS.

LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA PODRÁ REALIZAR CORRECCIONES GRAMATICALES QUE NO IMPLI-QUEN UN CAMBIO CONCEPTUAL DEL ORIGINAL CUANDO LO CONSIDERE NECESARIO.

8. LA REVISTA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE BUENOS AIRES NO SE RESPONSA-BILIZA POR LAS APRECIACIONES, COMENTARIOS Y/O AFIRMACIONES MANIFESTADAS POR LOS AU-TORES DE SUS TRABAJOS.

LAS PRESENTES NORMAS ESTÁN DE ACUERDO CON LOS REQUERIMIENTOS UNIFORMES PARA MANUSCRITOS SOMETIDOS A REVISTAS BIOMÉ-DICAS, ESTABLECIDOS POR EL INTERNATIONAL COMMETTEE OF MEDICAL JOURNAL EDITORS.

Transmisión de los derechos de autor SE INCLUIRÁ CON EL MANUSCRITO UNA CAR-TA FIRMADA POR TODOS LOS AUTORES. CON-TENIENDO 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 OUE 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 2022

Talleres Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires Jueves 18:30 a 20:00 hs Coordinadoras Dra. Viviana Falasco / Dra. Graciela Fernández

Mes de Abril: Módulo de Medicina Crítica. Coordinador: Dr. Hugo Sprinsky

7/4: Cómo suministrar oxígeno en el paciente hipoxémico. Dr. Martín Deheza 21/4: ACV agudo y su rehabilitación según la nueva guía Europea Dr. Ignacio Previgliano 28/4: Fisiopatología de la Insuficiencia respiratoria (como evaluar las alteraciones V/Q), índice

Mes de Mayo: Módulo de Imágenes. Coordinadora: Dra Patricia Carrascosa

de Rox. Dr. Guillermo Montiel

5/5: Compromiso pulmonar pos-COVID.

Dr. Carlos Capuñay

12/5: Estudios de PET-CT en la pandemia.

Dr. Juan Cruz Gallo

19/5: Hallazgos ecocardiográficos pos-COVID.

Dra. Agustina Amenábar

26/5: Utilidad de la resonancia cardíaca en el paciente con COVID. Dr. Alejandro Deviggiano

Mes de Junio: Módulo de Gastroenterología. Coordinador: Dr. Cecilio Cerisoli

2/6: ERGE. Enfermedad Acido Péptica.

Helicobacter Pylori.

9/6: HDA. HD media. HDB.

16/6: CRC screening. Pólipos Colónicos. 23/6: Enfermedad inflamatoria intestinal

30/6: Enfermedad Celíaca

Mes de Julio: Módulo de Cardiología. Coordinadora: Dra. Laura Vitagliano (ICBA)

7/7: Insuficiencia cardíaca: qué cambio después de las nuevas guías. Dra. Bugos / Dra. Baro Vila 14/7: Estenosis Aortica: TAVI ambulatorio ¿es posible? ¿cuándo y quiénes? Dr. Pablo Lamelas / Dra. Lucia Campos Cervera 21/7: Cuando no llegamos a las metas de LDL ¿qué hay de nuevo? Dr. Diego Manente 28/7: Actividad física en prevención secundaria

- Guías Del Deporte 2020 y Tele rehabilitación Dra. Laura Vitagliano

Mes de Agosto: Módulo de Clínica Médica.

Coordinadora: Dra. Silvia Falasco

4/8: Anemias, visión semiológica.

Dra. Silvia Falasco

11/8: Evaluación pre quirúrgica en diferentes escenarios clínicos. Dr. Florencio Olmos

18/8: Vértigo. Dr. Jonathan Schain

25/8: Las consultas más frecuentes en ginecolo-

gía. Dra. Mónica Perelló

Mes de Septiembre: Módulo de Hepatología. Coordinador: Dr. Jorge Daruich

1/9: Evaluación del paciente con Hipertransaminasemia. Estadificación de la enfermedad hepática. Dra. Florencia Yamasato

8/9: Enfermedad Hepática grasa alcohólica y no alcohólica. Diagnóstico y manejo.

Dra. Andrea Curia

15/9: Lesiones ocupantes de espacio: criterios de benignidad y de malignidad. Diagnóstico y manejo. Dra. Florencia Yamasato.

22/9: Complicaciones de la cirrosis: Síndrome ascítico edematoso, Injuria renal aguda, Peritonitis Bacteriana Espontánea y otras infecciones. Dra. Florencia Yamasato

29/9: Hepatitis virales B y C. Avances terapéuticos. Complicaciones de la cirrosis: Hemorragia Digestiva en cirrosis y Encefalopatía hepática. Dr. Matias Bori

Mes de octubre: Módulo de Endocrinología.

Coordinadora: Dra. Susana Belli

6/10: Patología tiroides 13/10: Patología Suprarrenal

20/10: Menopausia 27/10: Osteoporosis

Mes de Noviembre: Módulo de Laboratorio en Medicina Interna.

Coordinadora: Dra. Miriam Pereiro

3/11: Hemostasia, Dra. Marina López,

10/11: Laboratorio endocrinológico, qué solicitar y cuándo. Dra. Analy Fritzler

17/11: Interpretación del proteinograma electro-

forético. Dra. Erica Grzyb 24/11: 6 Marcadores bioquímicos cardíacos, interpretación de resultados. Dr. Fabián Rodríguez



Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires

Libertad 1173 PB "C" (1012) Buenos Aires • Tel. (54-11) 4815 0312 - (54-11) 4811-8050 e-mail: smiba@fibertel.com.ar • http://www.smiba.org.ar

►ESCUELA ARGENTINA DE MEDICINA INTERNA

►Curso Universitario Trienal de Clínica Médica v 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 2022 (PRIMERA PARTE)

ABRIL

5/4: 17:00 a 18:30 hs. Palabras de Bienvenida a cargo del Director del curso Dr. Roberto Reussi. Características del curso. Características del curso universitario. Dr. José Racca, Director del Departamento de Posgrado de la Universidad Barceló

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 y Dr. Miguel A. Falasco

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 en las Jornadas de Medicina 2022. Dr. Miguel A. Falasco Presentación del sistema interactivo de enseñanza. Ejemplos prácticos: Preguntas introductorias Módulo de Reumatología. Dr. Jorge Mercado

18:30 a 20:00 hs. Módulo de Reumatología. Dra. Viviana Falasco y Dr. Guillermo Valenzuela.

El Laboratorio en las enfermedades reumatológicas. Qué solicitar. Dra. Viviana Falasco

Síndrome antifosfolípido. Dra. Viviana Falasco

Gota y Artropatías cristálicas. Hiperuricemias primarias y secundarias. Enfoque ataque agudo.

Dr. Guillermo Valenzuela (USA)

Espondiloartritis. Artritis Psoriásica. Espondilitis anquilosante. Artritis reactivas. Artritis asociadas a enfermedades inflamatorias del tubo digestivo. Dr. Guillermo Valenzuela (USA)

Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación de los contenidos del día.

Bibliografía sugerida:

Méndez-Rayo T, Ochoa-Zárate L, et al. Interpretación de los autoanticuerpos en enfermedades reumatológicas. Rev colomb reumatol . 2018;2 5(2):112-125

Murat Birtane, Selçuk Yavuz y Nurettin Taştekin. Evaluación de laboratorio en enfermedades reumáticas. World J Methodol. 2017 26 de marzo; 7 (1): 1–8.

Caliz R; et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología para el síndrome antifosfolipido primario. Reumatol clinic 2020; 16(2): 71-86

Forastiero R, et al. Guía de Laboratorio para el Estudio de Anticuerpos Antifosfolípidos (aPL) en Fase Sólida. Grupo CAHT. Edición 2020

Lingling Ma, Ann Cranney, y Jayna M. Holroyd-Leduc. Monoartritis aguda: ¿Cuál es la causa de la dolorosa articulación inflamada de mi paciente? CMAJ. 2009 6 de enero; 180 (1): 59–65.

Vargas-Santos AB, William J. Taylor WJ, Neogi T. Gota Criterios de Clasificación: Actualizacion e implicaciones. Curr Rheumatol Rep. 2016 Jul; 18(7): 46.

Denis Poddubnyy. Clasificación vs criterios diagnósticos- el reto del diagnóstico de la espondiloartritis axial. Reumatología (Oxford). 2020 octubre; 59 (Suplemento 4): iv6–iv17.

Kataria R K., H. Brent L.H. Espondiloartropatías. American Family Physician. 2004 15 de junio; 69 (12): 2853-2860.

Sen R, Hurley JA Espondiloartropatías seronegativas. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018.

Wei Zhu, Xuxia He, Kaiyuan Cheng, Linjie Zhang, Di Chen, Xiao Wang, Guixing Qiu, Xu Cao, y Xisheng Weng. Espondilitis anquilosante - etiología, patogenia y tratamientos. Res. ósea 2019; 7: 22.

Voulgari P V. Manifestaciones reumatológicas en la enfermedad inflamatoria intestinal. Ann Gastroenterol. 2011; 24 (3): 173 180

Bruner V, Atteno M, Spanò A, Scarpa R, Peluso R. Terapias biológicas para la espondiloartritis. Ther Adv Musculoskelet Dis. 2014 Jun; 6(3): 92–101.

Angelo Fassio, Peter Matzneller y Luca Idolazzi. Avances recientes en imágenes para el diagnóstico, seguimiento y pronóstico de la artritis psoriásica. Front Med (Lausana). 2020; 7: 551684.

12/4: 17:00 a 18:00 hs. 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 hs. Dr. Juan José Scali

Artritis Reumatoide. Diagnóstico. Artritis Reumatoide temprana. Diagnóstico diferencial entre Artrosis (Osteoartritis) y Artritis. Patogenia. Complicaciones músculo-esqueléticas y extra articulares (multiorgánicas) de la AR. Tratamiento sintomático, drogas modificadoras de la enfermedad y biológicos Polimiositis- Dermatomiositis Fibromialgia

Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación de los contenidos del día . 20:00 a 21:00 hs. Ateneo clínico. Presentación de un caso a cargo del Servicio de Clínica Médica de una Institución sanatorial/hospitalaria de CABA o Gran Buenos Aires

Bibliografía sugerida:

Piotr Sawicki, Marek Tałałaj, Katarzyna Życińska, Wojciech S. Zgliczyński y Waldemar Wierzba. Aplicaciones actuales y detalles técnicos seleccionados de la absorciometría de rayos X de energía dual. Med Sci Monit. 2021; 27: e930839-1-e930839-15. Amy M. Wasserman, Diagnóstico y manejo de la artritis reumatoide. Am Fam Physician. 2011 Dec 1; 84(11):1245-1252.

Anna-Lena Mueller et al. Avances recientes en la comprensión de la patogenia de la artritis reumatoide: nuevas estrategias de tratamiento. Cells. 2021 Nov; 10(11): 3017.

Bugatti S, Manzo A, Montecucco C, Caporali R. El valor clínico de los autoanticuerpos en la artritis reumatoide Front Med (Lausanne). 2018; 5: 339.

Hua Ch, Daien C I, Combe B, Landewe R. Diagnóstico, pronóstico y clasificación de la artritis temprana: resultados de una revisión sistemática que informa la actualización de 2016 de las recomendaciones de EULAR para el tratamiento de la artritis temprana. RMD Open. 2017; 3(1): e000406.

Subham Das, Prasanta Padhan. Una visión general de la participación extraarticular en la artritis reumatoide y su manejo. J Pharmacol Pharmacother. 2017 Jul-Sep; 8(3): 81–86.

Nicolás J. Murphy, Jillian P.Eyles, y David J. Hunter. Artrosis de cadera- etiopatogenia e implicaciones para el tratamiento. Ter. av. 2016; 33 (11): 1921-1946.

Joern W.-P. Michael, Klaus U Schlüter-Brust y Peer Eysel, Epidemiología, etiología, diagnóstico y tratamiento de la artrosis de rodilla. Dtsch Arztebl Int. 2010 marzo; 107(9): 152-162

Schmidt J. Clasificación actual y manejo de las miopatías inflamatorias. J Neuromuscul Dis. 2018; 5(2): 109-129.

Marinos C. Dalakas, Miopatías inflamatorias: actualización en diagnóstico, patogénesis y terapias, e implicaciones relacionadas con COVID-19. Acta Myol. 2020 diciembre; 39(4): 289-301.

Cheeti A, Panginikkod S. Dermatomiositis y Polimiositis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018 Jan-.

Okifuji A, Gao J, Bokat C, Bradford D Hare B D. Manejo del síndrome de fibromialgia en 2016. Pain Manag. 2016 Jul; 6(4): 383-400. Frederick Wolfe y Johannes J Rasker. La evolución de la fibromialgia, sus conceptos y criterios. Cureus. 2021 noviembre; 13

Gallagher JC, Tella S H. Prevención y tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica. J Steroid Biochem Mol Biol. 2014 Jul; 142: 155-170.

19/4: 17:00 a 18:00 hs. Diagnóstico por Imágenes. Dra. Patricia Carrascosa

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

18:00 a 20:00 hs. Dra. Anastasia Secco

Síndrome de Sjögren primario

Esclerosis sistémica progresiva

Fenómeno y síndrome de Raynaud

Lupus eritematoso sistémico. Manifestaciones Clínicas. Diagnóstico. Situaciones especiales:

Embarazo y LES. Lupus inducido por drogas

Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación de los contenidos del día.

Bibliografía sugerida:

Secco A., Catalán Pellet A., Soriano E, Asnal C. Consenso Argentino de Diagnóstico y tratamiento de síndrome de sjogren primario. Revista Argentina de Reumatología. Sociedad Argentina de Reumatología. NoveltyMed.2017

Ana-Luisa Stefanski, Christian Tomiak, Uwe Pleyer, Thomas Dietrich, Gerd Rüdiger Burmester, y Thomas Dörner. El diagnóstico y tratamiento del síndrome de Sjögren. Dtsch Arztebl Int. 2017 mayo; 114(20): 354-361.

Mendoza FA, Mansoor M, Jimenez S A. Tratamiento de la esclerosis sistémica rápidamente progresiva: perspectivas actuales y futuras. Expert Opin Orphan Drugs. 2016;4(1):31-47.

Matthew B. Greenblatt y Antonios O. Aliprantis. La patogénesis inmune de la esclerodermia- el contexto lo es todo. Curr Rheumatol Rep. 2013 Ene; 15(1): 297.

Ashraful Haque y Michael Hughes. El fenómeno de Raynaud. Clin Med (Londres). 2020 noviembre; 20 (6): 580-587.

Pepmueller P H- Enfermedad del tejido conectivo indiferenciada, enfermedad mixta del tejido conectivo y síndromes de superposición en reumatología. Mo Med. 2016 Mar-Apr; 113(2): 136-140.

Kuhn A, Bonsmann G, Anders HJ, Herzer P, Tenbrock K, Schneider M. El Diagnóstico y Tratamiento del Lupus Eritematoso Sistémico. Dtsch Arztebl Int. 2015 19 de junio; 112 (25): 423-32.

de Jesus GR, Mendoza-Pinto C, de Jesus NR, Dos Santos FC, Klumb EM, Carrasco MG, Levy RA. Comprensión y manejo del embarazo en pacientes con lupus. Autoimmune Dis. 2015;2015:943490.

26/4: 17:00 a 18:00 hs. Diagnóstico por Imágenes. Dra. Patricia Carrascosa. Generalidades de artritis seronegativas. El Centellograma óseo como método diagnóstico y pronóstico. Tomografía por emisión de positrones (PET) en patología reumática. Artritis cristálicas. Casos clínicos

18:00 a 20:00 hs. Dr. Guillermo Valenzuela y Dra. Viviana Falasco

Tratamiento Lupus Eritematoso sistémico. Nuevas terapéuticas. Dr. Guillermo Valenzuela (USA)

Vasculitis Sistémicas: aproximación diagnóstica. Características clínicas Vasculitis de grandes vasos: Takayasu, polimialgia reumática y arteritis de células gigantes. Vasculitis mediano vaso: panarteritis nodosa. Vasculitis asociada a ANCA: poliangeítis granulomatosa, poliangeítis granulomatosa eosinofílica, vasculitis a IG A, cutáneas. Crioglobulinemia, anti membrana basal glomerular, Behcet. Dra. Viviana Falasco

Enfermedad de Still del adulto. Dra. Viviana Falasco Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación de los contenidos del día.

Bibliografía sugerida:

Takahiro Okazaki, Shoshi Shinagawa y Hidenori Mikage. Síndrome de vasculitis: diagnóstico y tratamiento. J Gen Fam Med. 2017 abril; 18 (2): 72-78.

Eleftheriou D, Brogan PA. Avances terapéuticos en el tratamiento de las vasculitis. Pediatr Rheumatol Online J. 2016; 14: 26.

Demir S, Sag E, Dedeoglu F, Ozen S. Vasculitis en enfermedades autoinflamatorias sistémicas. Front. Pediatr., 03 December 2018 Ricardo A. G. Russo y María M. Katsicas Arteritis de Takayasu. Frontiers in Pediatrics. 2018; 6:265.

Weyand C M. Weyand J J. Arteritis de células gigantes y polimialgia reumática. N Engl J Med. 2014 3 de julio; 371 (1): 50-57.

Jacobs-Kosmin D. Poliarteritis nudosa. Medscape Updated: Dec 17, 2020

Pagnoux C. Actualizaciones en vasculitis asociada a ANCA. Eur J Rheumatol. 2016 sep; 3 (3): 122-133.

Langford C. Características clínicas y diagnóstico de vasculitis de pequeños vasos. Cleveland Clinic Journal of Medicine 2012; 79 (supl. 3): S3-S7

Nair J R, Moots R J, Enfermedad de Behcet, Clin Med, 2017: 17:

Efthimiou P, Paik P K, L Bielory. Diagnóstico y manejo de la enfermedad de Still del adulto. Ann Rheum Dis. 2006 May; 65(5): 564-572.

MAYO

3/5: 17:00 a 18:00 hs. Casos clínicos introductorios al Módulo de Neurología. Dr. Jorge Mercado Examen del Módulo de Reumatología. Análisis y comen-

tario al finalizar el examen. Dr. Jorge Mercado

18:00 a 20:00 hs. Módulo de Neurología. Dr. Oscar Gershanik y Dr. Alfredo Thompson

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.

Bibliografía sugerida:

Hainer B L. Matheson E M. Acercamiento a la cefalea aguda en adultos. Am Fam Physician. 2013 May 15;87(10):682-687 Larrosa-Campo D, y col La migraña como factor de riesgo vascular Rev Neurol 2012; 55 (6): 349-358

Henrik W. Schytz, et al. Programa de referencia- diagnóstico y tratamiento de los trastornos de cefalea y dolor facial. Sociedad Danesa de Dolor de Cabeza, 3.ª edición, 2020. J Headache Pain. 2021; 22(1): 22.

Andrasik F, Grazzi L, Sansone E, D'Amico D, Raggi A, Grignani E. Enfoques no farmacológicos para la cefalea en la edad joven: una revisión actualizada. Front Neurol. 2018; 9: 1009.

Andrew Charles. Migraña. N Engl J Med 2017; 377:553-561 Mervi Kanerva, Sanna Jones y Anne Pitkaranta. Síndrome de Ramsay Hunt - características y resultado de la parálisis facial a largo plazo autoevaluado por el paciente. Eur Arch Otorrinolaringol. 2020; 277(4): 1235-1245.

Khan M, S E, Hassan S N, Islam m a, Gan S H. Neuralgia del trigémino, neuralgia glosofaríngea y síndrome de disfunción del dolor miofascial: una actualización. Pain Res Manag. 2017; 2017: 7438326

Pérez Jaén M, Fernández Tejado P, Bermejo Bote, A, Arabela Fernández, M., Martínez Sanchez, R. y Rueda Monago G. Cefalea. No todo es tensional. Vol. 1 Núm. 1 (2021): 35 Congreso Nacional SERAM.Recuperado a partir de https://piper.espacioseram.com/index.php/seram/article/view/4429

10/5: 17:00 a 18:00 hs. Semiología del Sistema Nervioso. El examen neurológico. Grandes síndromes del SNC y periférico. Dr. Ismael Calandri

18:00 a 20:00 hs. Dr. Oscar Gershanik

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

Bibliografía sugerida:

James F. Meschia, et al. en nombre del Consejo de accidentes cerebrovasculares de la Asociación Estadounidense del Corazón, Consejo de enfermería cardiovascular y de accidentes cerebrovasculares, Consejo de cardiología clínica, Consejo de Genómica Funcional y Biología Traslacional y Consejo de Hipertensión. Directrices para la prevención primaria del ictus. Una declaración para los profesionales de la salud de la American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2014 Dec; 45(12): 3754-3832.

Zuin D.R., et al. Relevamiento epidemiológico nacional de recursos neurológicos: presencia de centros de tratamiento del accidente cerebro vascular con trombolíticos en Argentina. Neurología Argentina Vol. 7. Núm. 4.Octubre - Diciembre 2015 páginas 203-270

Eric M. Cheng et al. Diagnóstico del Accidente Cerebrovascular Agudo Am Fam Physician. 2015 15 de abril; 91 (8): 528-536.

Gage BF, van Walraven C, Pearce L, Hart RG, Koudstaal PJ, Boode BS, Petersen P.Selección de pacientes con fibrilación auricular para anticoagulación: estratificación del riesgo de accidente cerebrovascular en pacientes que toman aspirina. Circulation. 2004 Oct 19;110(16):2287-92. Epub 2004 Oct 11.

I. Pérez-Ortega, F. Moniche-Álvarez, M.D. Jiménez-Hernández, J.R. González-Marcos. Ictus cardioembólico por fibrilación auricular y nuevos criterios de anticoagulación: un reto terapéutico. Rev Neurol 2012;55:74-80.

Stuart J. Connolly y col. Dabigatrán frente a la warfarina en pacientes con fibrilación auricular. N Engl J Med 2009; 361: 1139-1151 Nancy K. Glober, Karl A. Sporer, Kama Z. Guluma, John P. Serra, Joe A. Barger, John F. Brown, Gregory H. Gilbert, Kristi L. Koenig, Eric M. Rudnick, y Angelo A. Salvucci. Accidente cerebrovascular agudo: recomendaciones basadas en la evidencia actual para la atención prehospitalaria. West J Emerg Med. 2016 Mar; 17(2): 104-128.

Scollo SD, Alonso RN, Alet MJ, Claverie CS, Rey RC, & Gonzalez, LA. Importancia del Sistema de Preaviso y elección del Centro Asistencial en el Accidente Cerebrovascular Agudo. MEDICI-NA (Buenos Aires) 2021; 81(4), 581-587.

Matías Alet, Santiago Pigretti, Celina Ciardi. Comunicación breve: encuesta nacional sobre el tratamiento de reperfusión del accidente cerebrovascular isquémico agudo. Neurología Argentina 2021; Volume 13, Issue 3: 175-180

17/5: 17:00 a 18:00 hs. Estudios neurofisiológicos.

Dr. Martín Nogués

El Electroencefalograma y el Electromiograma. Introducción para la lectura del médico clínico.

18:00 a 20:00 hs. Dr. Martín Nogués

El Sistema Nervioso periférico. Neuropatías: mononeuritis-polineuritis. Características clínicas de las polineuropatías asociadas a DBT; alcohol y autoanticuerpos. Enfermedades desmielinizantes. Esclerosis Lateral Amiotrófica. Enfermedades Degenerativas. Enfermedades Neuromusculares. Miopatías. Tumores del Sistema Nervioso Central

Bibliografía sugerida:

Eroboghene E. Ubogu. Neuropatías Inflamatorias-Patología, marcadores moleculares y dianas para intervención terapéutica específica. Acta Neuropathol. 2015 octubre; 130(4): 445–468.

Brian C. Callaghan, Ray S. Price, Kevin S. Chen, y Eva L. Feldman. Neuropatía periférica: la importancia de los subtipos raros JAMA Neurol. 2015; 72 (12): 1510-1518.

Luis Miguel Román-Pintos, Geannyne Villegas-Rivera, Adolfo Daniel Rodríguez-Carrizalez, Alejandra Guillermina Miranda-Díaz, y Ernesto Germán Cardona-Muñoz. Polineuropatía diabética en diabetes mellitus tipo 2 - inflamación, estrés oxidativo y función mitocondrial J Diabetes Res. 2016; 2016: 3425617.

Nidhi Garg, et al. Diferenciación de los síndromes de las neuronas motoras inferiores. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2017 Jun; 88(6): 474–483.

Björn Oskarsson, Tania F. Gendron, Nathan P. Personal. Esclerosis lateral amiotrófica- una actualización para 2018. Mayo Clin Proc. 2018 Nov;93(11):1617-1628.

Anisha Doshi, y Jeremy Chataway. La esclerosis múltiple, una enfermedad tratable. Clin Med (Lond). 2017 Dec; 17(6): 530–536. John Hardy y Tamas Revesz, La propagación de la enfermedad neurodegenerativa. N Engl J Med 2012; 366:2126-2128

Gabor G. Kovacs Kurt A. Jellinger, editor académico. Clasificación patológica molecular de las enfermedades neurodegenerativas- hacia la medicina de precisión. Int J Mol Sci. 2016 febrero; 17 (2): 189.

Anshu Guptay Tanima Dwivedi. Una descripción simplificada de la Clasificación de la Organización Mundial de la Salud - Actualización de los tumores del sistema nervioso central 2016. J Neurosci Rural Pract. 2017 Oct-Dec; 8(4): 629–641.

Valadez-Barba V, KJuárez-Navarro K, Padilla-Camberos E, Díaz NF, Guerra-Mora JR, Díaz-Martínez NE. Enfermedad de Parkinson: actualización de estudios preclínicos con el uso de células troncales pluripotentes inducidas. Neurología 2021: 1-14.

24/5: 17:00 a 18:00 hs. Diagnóstico por Imágenes. Dra. Patricia Carrascosa

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 hs. Dr. Oscar Gershanik, Dr. Alfredo Thompson y Dr. Martín Nogués

Clasificación de las convulsiones. Epilepsias. Guía de uso de las drogas anticonvulsivantes. Casos clínico interactivos Videos y Diagnóstico diferencial de los sindromes convulsivos. Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación de los contenidos del día.

Bibliografía sugerida:

Eugen Trinka, Hannah Cock, Dale Hesdorffer, Andrea O. Rossetti, Ingrid E. Scheffer, Shlomo Shinnar, Simon Shorvon, Daniel H. Lowenstein. Una definición y clasificación de status epilepticus - Informe del Grupo de Trabajo de ILAE sobre Clasificación de Status Epilepticus. Epilepsia Volume 56, Issue 10; 1477-1647, e143-e171, 1649-1650

Paul La Penna y Laura M. Tormoehlen. Farmacología y toxicología de los fármacos anticonvulsivos de tercera generación. J Med Toxicol. 2017 dic; 13 (4): 329–342.

Thomson A, Mandolesi J, Contreras F, Dabi E, Sierra N, Claudia Munera, Diego Miñarro, Analia Calle, Ricardo Bernater, Veronica Campanille, Maria E. Fontela, Alfredo E. Thomson. Ten-

dencias en cirugía de epilepsia: del último recurso a la primera línea. Neurología Argentina, 2021, ISSN 1853-0028,https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2021.04.004.

Sisodiya SM. Precision medicine and therapies of the future. Epilepsia. 2021 Mar;62 Suppl 2(Suppl 2):S90-S105. doi: 10.1111/epi.16539. Epub 2020 Jul 24.

31/5: 17:00 a 18:00 hs. 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. Utilidad de las imágenes en síndromes demenciales.

18:00 a 20:00 hs. Dr. Oscar Gershanik

Síndromes demenciales. Diagnósticos diferenciales de las demencias. Enfermedad de 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.

Bibliografía sugerida:

TR Miller, R. Shivashankar, M. Mossa-Basha y D. Gandhi. Síndrome de vasoconstricción cerebral reversible, parte 2: estudio diagnóstico, evaluación por imágenes y diagnóstico diferencial. AJNR Am J Neuroradiol. 2015 septiembre; 36 (9): 1580–1588. Fanny M. Elahi y Bruce L. Miller Un abordaje clínico-patológico para el diagnóstico de demencia. Nat Rev Neurol. 2017 Aug; 13(8): 457–476.

Barry D. Weiss, Md, Y Mindy J. Fain. Cuidado de la demencia: más que solo medicamentos recetados. Am Fam Physician. 2017 Jun 15;95(12):766-767

Ted Epperly, Megan A. Dunay y Jack L. Boice. Enfermedad de Alzheimer: terapias farmacológicas y no farmacológicas para los síntomas cognitivos y funcionales. Am Fam Physician. 2017 Jun 15;95(12):771-778.

Kailash P. Bhatia, et al. y Tremor Task Force of the International Parkinson and Movement Sociedad de trastornos. Declaración de consenso sobre la clasificación de los temblores. Mov Disord. 2018 Jan; 33(1): 75–87.

Dietrich Haubenberger, y Mark Hallett. Temblor esencial. N Engl J Med 2018; 378:1802-1810

Capriotti Teri, Terzakis Kristina. Mal de Parkinson. Home Healthcare Now: June 2016 - Volume 34 - Issue 6 - p 300–307 Palanisamy Sivanandy, Tan Choo Leey, Tan Chi Xiang, Tan Chi Ling, Sean Ang Wey Han, Samantha Lia Anak Semilan, y Phoon Kok Hong. Revisión sistemática de medicamentos para la enfermedad de Parkinson, con énfasis en tres medicamentos recientemente aprobados para controlar los síntomas de la enfermedad de Parkinson. Int J Environ Res Salud Pública. 2022 ene; 19(1): 364. JA Obeso, M. Stamelou, C.G. Goetz, W. Poewe, AE Lang, et al. Pasado, presente y futuro de la enfermedad de Parkinson- un ensayo especial sobre el 200 aniversario de la parálisis temblorosa. Mov Disord. 2017 Sep; 32(9): 1264–1310.

Braidy N, Wen W, Bongers A, Sachdev PS. Applications of magnetic particle imaging in the dementias. Curr Opin Psychiatry. 2021 Mar 1;34(2):186-192. doi: 10.1097/YCO.00000000000000668. PMID: 33196564.

A G E N D A

IUNIO

7/6: 17:00 a 18:00 hs. 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 hs. Dr. Cecilio Cerisoli

Indicaciones de Videoendoscopía alta diagnóstica. Usos terapéuticos. Enfermedades del esófago: Esofagitis. Esófago de Barrett. Disfagia. Mallory Weiss.

Estómago y duodeno. Enfermedad úlcero-péptica del tracto gastroduodenal. Helicobacter Pylori. Gastritis erosiva asociada a drogas (DAINES).

Hemorragia digestiva alta y baja. Diagnósticos diferenciales según grupo etario. Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación de los contenidos del día.

Bibliografía sugerida:

Tae H Ro, Michelle A Mathew y Subhasis Misra. Valor de la exploración endoscópica en la evaluación de los cánceres de esófago, gástricos y colon. World J Gastroenterol. 2015 sep 7; 21 (33): 9693–9706.

Rhonda Frances Souza. Esofagitis por reflujo y su papel en la patogenia de la metaplasia de Barrett. J Gastroenterol. 2017 Jul; 52(7): 767–776.

Erwin Biecker. Diagnóstico y terapia del sangrado gastrointestinal superior no variceal. World J Gastrointest Pharmacol Ther. 2015 Nov 6; 6(4): 172–182.

Isabelle Cremers y Suzane Ribeiro. Manejo del sangrado gastrointestinal superior variceal y no variceal en pacientes con cirrosis. Terapia Adv Gastroenterol. 2014 sep; 7 (5): 206–216.

Prashanth Rawla; Joe Devasahayam. Síndrome de Mallory Weiss. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan.

Evgeny F. Cherednikov, Anatoly A. Kunin, Evgeny E. Cherednikov, y Natalia S. Moiseeva. El papel de los aspectos etiopatogenéticos en la predicción y prevención del síndrome hemorrágico discontinuo (Mallory-Weiss) EPMA J. 2016; 7(1): 7.

Hamish Philpott, Mayur Garg, Dunya Tomic, Smrithya Balasubramanian y Rami Sweis. Disfagia: pensar fuera de la caja. World J Gastroenterol. 2017 Oct 14; 23(38): 6942–6951.

RH Hunt, M Camilleri, S E Crowe, E M El-Omar, J G Fox, E J Kuipers, P Malfertheiner, K EL McColl, D M Pritchard, M Rugge, A Sonnenberg, K Sugano, y J Tack. El estómago en salud y enfermedad. Gut. 2015 oct; 64 (10): 1650-1668.

Vasilios Papastergiou, Sotirios D Georgopoulos y Stylianos Karatapanis. Tratamiento de la infección por Helicobacter pylori: enfrentar el desafío de la resistencia a los antimicrobianos. World J Gastroenterol. 2014 Aug 7; 20(29): 9898–9911..

Kathy Bull-Henry y Firas H. Al-Kawas. Evaluación de la hemorragia gastrointestinal oculta, Am Fam Physician. 2013 Mar 15;87(6):430-436

Lau LHS, Sung JJY. Treatment of upper gastrointestinal bleeding in 2020: New techniques and outcomes. Dig Endosc. 2021 Jan;33(1):83-94.

O'Brien A et al. Hemorragia digestiva: evaluacion por angio-TC y entero-TC. Rev Chil Radiol. 2021;27(3):132-138

Hamish Philpott, Mayur Garg, Dunya Tomic, Smrithya Balasubramanian y Rami Sweis. Disfagia: pensar fuera de la caja. World J Gastroenterol. 2017 Oct 14; 23(38): 6942–6951.

RH Hunt, M Camilleri, S E Crowe, E M El-Omar, J G Fox, E J Kuipers, P Malfertheiner, K EL McColl, D M Pritchard, M Rugge, A Sonnenberg, K Sugano, y J Tack. El estómago en salud y enfermedad. Gut. 2015 oct; 64 (10): 1650-1668.

Dutta AK, Phull PS. Treatment of Helicobacter pylori infection in the presence of penicillin allergy.. World J Gastroenterol. 2021 Nov 28;27(44):7661-7668.

Villalon F et al. Tratamiento y manejo de la infección por Helicobacter pylori. Gastroenterol. latinoam 2020; Vol 31, N° 3: 136-146 Kathy Bull-Henry, Y Firas H. Al-Kawas. Evaluación de la hemorragia gastrointestinal oculta, Am Fam Physician. 2013 Mar 15:87(6):430-436

11/6: 17:00 a 18:00 hs. Semiología del abdomen y aparato digestivo. Abdomen agudo. Dr. Miguel A. Falasco

18.00 a 20.00 hs. Módulo de Gastroenterología. Dr. Cecilio Cerisoli

Estudios Endoscópicos, enteroscopía 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 hs. Ateneo Clínico Hospital de la Comunidad. Discusión con participación de los alumnos.

Bibliografía sugerida:

Fredy Nehme, Hemant Goyal, Abhilash Perisetti, Benjamin Tharian, Neil Sharma, Tony C. Tham, y Rajiv Chhabra . La evolución de la enteroscopia asistida por dispositivo: de la enteroscopia con sonda a la enteroscopia espiral motorizada. Front Med (Lausana). 2021; 8: 792668.

Mona Rezapour, Saima Ali y Neil Stollman. Enfermedad diverticular - una actualización sobre la patogenia y el manejo. Gut Liver. 2018 marzo; 12(2): 125-132.

Ángel Lanas, Daniel Abad-Baroja, y Aitor Lanas-Gimeno. Avances y desafíos en el manejo de la enfermedad diverticular: ¿qué tratamiento? Ther Adv Gastroenterol 2018, Vol. 11: 1–21

Mercedes Navarro, Andrea Nicolas, Angel Ferrandez y Angel Lanas. Programas de detección de la población de cáncer colorrectal en todo el mundo en 2016: una actualización World J Gastroenterol. 2017 28 de mayo; 23 (20): 3632-3642.

Ernst J. Kuipers, William M. Grady, David Lieberman, Thomas Seufferlein, Joseph J. Sung, Petra G. Boelens, Cornelis JH van de Velde, y Toshiaki Watanabe. Cáncer Colorectal. Nat Rev Dis Primers. 2015; 1: 15065

Mercedes Navarro, Andrea Nicolas, Angel Ferrandez y Angel Lanas. Programas de detección de la población de cáncer colorrectal en todo el mundo en 2016: una actualización World J Gastroenterol . 2017 28 de mayo; 23 (20): 3632-3642.

Shaukat, Aasma; Kahi, Charles J.; Burke, Carol A; Rabeneck, Linda; Sauer, Bryan G.; Rex, Douglas K. Clinical Guidelines: Colorectal Cancer Screening 2021. The American Journal of Gastroenterology: March 2021 - Volume 116 - Issue 3 - p 458-479.

21/6: 17:00 a 18:00 hs. 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. Ecografía. Semiología ecográfica en servicios de guardia. En el consultorio. TAC. Colonoscopía virtual, PET.

18:00 a 20:00 hs. Módulo de 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.

Bibliografía sugerida:

Thomas Gottlieb y Christopher Stewart Heather. Diarrea en adultos (aguda). BMJ Clin Evid . 2011; 2011: 0901.

Gregory Juckett, Y Rupal Trivedi. Evaluación de la diarrea crónica. Am Fam Physician. 2011 Nov 15;84(10):1119-1126

Kristin E. Burkey J. Thomas Lamont. Infección por Clostridium difficile: una enfermedad mundial. Gut Liver. 2014 Jan; 8(1): 1–6. Kelly, Colleen R.; Fischer, Monika; Allegretti, Jessica R.; La-Plante, Kerry Pharm; Stewart, David B.; Limketkai, Berkeley N.; Stollman, Neil H. Clinical Guidelines: Prevention, Diagnosis, and Treatment of Clostridioides difficile Infections. The American Journal of Gastroenterology: June 2021 - Volume 116 - Issue 6 - p 1124-1147

Clara Abraham, y Judy H. Cho. Enfermedad inflamatoria intestinal. N Engl J Med. 2009 19 de noviembre; 361 (21): 066-2078 Yi-Zhen Zhang y Yong-Yu Li. Enfermedad inflamatoria intestinal: patogenia. World J Gastroenterol. 2014 7 de enero; 20 (1): 91–99. Rogler G, Singh A, Kavanaugh A, Rubin DT. Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease: Current Concepts, Treatment, and Implications for Disease Management. Gastroenterology. 2021;161(4):1118-1132. doi:10.1053/j.gastro.2021.07.042

Beltrána B, Sáez-González E, Mateos B, Moret I. Enfermedad inflamatoria del tracto intestinal. Colitis ulcerosa. Medicine. 2020;13(11):591-602

Bruno Rafael Ramos de Mattos, Maellin Pereira Gracindo Garcia, Julia Bier Nogueira, Lisiery Negrini Paiatto, Cassia Galdino Albuquerque, Caique Lopes Souza, Luís Gustavo Romani Fernandes, Wirla Maria da Silva Cunha Tamashiro, y Patricia Ucelli Simioni. Enfermedad inflamatoria intestinal: descripción general de los mecanismos inmunitarios y tratamientos biológicos. Mediators Inflamm. 2015; 2015: 493012.

Parra Laura Correa, Villa Saldarriaga MP, and Forero Saldarriaga S. Dermatitis herpetiforme: manifestación específica de la enfermedad celiaca. Revista CES Medicina 35.3 2021: 272-283. Taoufik Ben Houmich y Brahim Admou. Enfermedad celíaca- conocimientos en aspectos diagnósticos, nutricionales y medicinales. Int J Immunopathol Pharmacol. 2021 ene-dic; 35: 20587384211008709.

28/6: 17:00 a 18:00 hs. Diagnóstico por Imágenes. Dra. Patricia Carrascosa

RNM, Colangioresonancia, CPRE. Diagnósticos diferenciales y utilidad terapéutica. Las imágenes en el diagnóstico de la apendicitis aguda, litiasis vesicular, colangitis. Diagnósticos diferenciales. Estudio del páncreas: quistes, inflamación y tumores.

18:00 a 20:00 hs. Módulo de 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.

Bibliografía sugerida:

Joshua A. Greenberg, Jonathan Hsu, Mohammad Bawazeer, John Marshall, Jan O. Friedrich, Avery Nathens, Natalie Coburn, Gary R. May, Emily Pearsall, MSc y Robin S. McLeod. Guía de práctica clínica: manejo de la pancreatitis aguda. Can J Surg . 2016 Abr; 59 (2): 128-140.

Ahmad Anaizi, Phil A. Hart y Darwin L. Conwell . Diagnóstico de la pancreatitis crónica. Dig Dis Sci. 2017 Jul; 62(7): 1713–1720 Gardner, Timothy B.; Adler, Douglas G.; Forsmark, Chris E.; Sauer, Bryan G.; Taylor, Jason R.; Whitcomb, David C. Guía clínica ACG- pancreatitis crónica. The American Journal of Gastroenterology: marzo de 2020 - Vol 115 - Nro 3 - p 322-339

Valeria Tonini y Manuel Zanni. Cáncer de páncreas en 2021 - lo que debes saber para ganar. World J Gastroenterol. 2021 21 de septiembre; 27(35): 5851–5889.

Maria L Rossi, Azeem A Rehman y Christopher S Gondi. Opciones terapéuticas para el tratamiento del cáncer de páncreas. World J Gastroenterol . 2014; 20 (32): 11142-11159.

Samir Habashi y Peter V Draganov. Pseudoquiste pancreático. World J Gastroenterol . 2009 7 de enero; 15 (1): 38–47.

Aaron Lewis, Daneng Li, John Williams, Gagandeep Singh. Tumores neuroendocrinos pancreáticos: diagnóstico y manejo de vanguardia. Oncología (Williston Park). 2009;31 (10)

Modesto Varas, Joan Gornals, José María Ponseti, Antonio Alastruè, Cristina Durán, Carlos Llevaria, Carlos Ballesta, Alberto Díez Caballero y Vicente Artigas. Tumores endocrinos o apudomas pancreáticos. Rev. esp. enferm. dig. vol.103 n.4 Madrid Apr. 2011

David C. T. Jensen, Robert Metz, Robert T. Jensen, Robert T. Jensen. Tumores neuroendocrinos gastrointestinales: tumores endocrinos pancreáticos. Gastroenterology 2008: 135, Issue 5, Pages 1469–1492

CURSO A DISTANCIA

EMERGENCIAS CLÍNICAS

Directores: Dr. Daniel Romano, Dr. Daniel Carnelli.

Objetivo: Actualizar el conocimiento de la patología clínica de emergencias y brindarle al médico internista una herramienta de suma utilidad que le permita poder atender a este tipo de patologías. Marco Contextual: Es por todos conocida la creciente demanda que las urgencias médicas están sufriendo en los últimos años. Dicho aumento conlleva una creciente conflictividad social, que sitúa a los servicios de urgencias tanto hospitalarios como extrahospitalarios en el punto de mira de la sociedad, solicitando una mejora en este tipo de asistencia.

Es por este motivo que consideramos que el médico internista debe actualizar constantemente los conocimientos de este grupo de patologías para poder brindar una atención de calidad en emergencias a nuestra población.

Dirigido: a médicos clínicos en todas las etapas de formación y especialidades afines.

Metodología: Curso anual, compuesto por 9 módulos, una entrega mensual, los cuales serán publicados a través de la página web de SMIBA, durante todo el año lectivo.

Inicio: 1º de Abril de 2022.

Evaluación al final de cada módulo.

Otorga 10 puntos para la recertificación por cada módulo aprobado.

Aranceles: Socio de SMIBA: SIN CARGO No Socio de SMIBA: \$ 9,000

Carga Horaria: 200 horas

El certificado de compleción del curso enviado por correo electrónico a quienes hayan respondido el 80% de las evaluaciones parciales correspondientes a cada año lectivo dentro de los tiempos establecidos.

PATOLOGÍA AMBULATORIA DEL ADULTO MAYOR

Directores: Dr. Daniel Romano, Dr. Daniel Carnelli.

Objetivo: Actualizar el conocimiento de la patología ambulatoria de una población cada vez más numerosa en la actualidad, como lo es sin duda la que componen los adultos mayores y brindarle al médico internista una herramienta de suma utilidad que le permita poder atender a este grupo poblacional.

Marco Contextual: En la segunda mitad del siglo XX la esperanza de vida al nacer aumentó considerablemente y llegó a los 66 años, en nuestro país estos valores siguieron aumentando llegando al año 2011 a 75,8 años y se prevé que siga aumentado hacia el año 2050 por lo menos un 10% más. Obviamente este cambio es consecuencia del progreso tecnológico, el mayor conocimiento científico y de la mejoría de los sistemas de salud. Este aumento de la expectativa de vida hace que en la actualidad la población mayor de 60 años se encuentre en constante crecimiento y se espera que para el año 2050 alcance los 2000 millones de personas. Este cambio demográfico provoca sin dudas un impacto de relevancia en el ámbito sanitario, de hecho, los adultos mayores tienen más enfermedades crónicas, consultan con mayor frecuencia y presentan características propias del envejecimiento que no precisamente serán consideradas patológicas.

Dirigido: a médicos clínicos en todas las etapas de formación y especialidades afines.

Metodología: Curso anual, compuesto por 9 módulos, una entrega mensual, los cuales serán publicados a través de la página web de SMIBA, durante todo el año lectivo.

Evaluación al final de cada módulo.

Otorga 10 puntos para la recertificación por cada módulo aprobado.

Inicio: 1º de abril de 2022.

Aranceles:

Socio de SMIBA: SIN CARGO No socios de SMIBA: \$ 9.000

Carga Horaria: 200 horas

El certificado de compleción del curso enviado por correo electrónico a quienes hayan respondido el 80% de las evaluaciones parciales correspondientes a cada año lectivo dentro de los tiempos establecidos.