



Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires

PRESIDENTE: DR. DANIEL LUIS CARNELLI

VICEPRESIDENTE: DR. DANIEL ROMANO

SECRETARIO: DR. JOAQUÍN MERCADO

PROSECRETARIO: DR. JORGE CASTAGNINO

TESORERA: DRA. GRACIELA FERNÁNDEZ

PROTESORERA: DRA. ANDREA PISAREVSKY

VOCALES TITULARES:

DR. OSCAR CANTELI, DR. ALEJANDRO EMILIO CAROSIO Y DRA. MARÍA INÉS VÁZQUEZ

VOCALES SUPLENTE:

DRA. ANA MATILDE ISRAEL, DRA. M. GUILLERMINA LUDUEÑA Y DRA. G. MARÍA SUÁREZ

ÓRGANO DE FISCALIZACIÓN:

DR. RODOLFO JORGE BADO Y DRA. VIVIANA BEATRIZ 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:
DRA. SILVIA I. FALASCO

SECRETARIA DE REDACCIÓN
DRA. MARGARITA GASET

RELACIONES INSTITUCIONALES
DR. OSVALDO CERDÁ

CONSEJO EDITORIAL Y DE ARBITRAJE

Dr. Rodolfo Bado, Expresidente de ISIM (International Society of Internal Medicine). Exprofesor 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.

Dr. Margarita Gaset, Exjefa 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, Exjefa 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. Exjefe 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. Exjefe Departamento de Medicina Interna Hospital Alemán

Dr. Marcelo Melero, Doctor en Medicina. Director de la Carrera de Médicos Especialistas Universitarios en Medicina Interna, Facultad de Medicina, UBA

Dr. Jorge Mercado, Fellow American College of Physicians, Miembro de Honor de la Asociación Médica Argentina

Dr. 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, Expresidente 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, Exdecano 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, Expresidente Sociedad Argentina Cardiología. Exjefe del Servicio de Cardiología Hospital "El Cruce". Presidente Sociedad Argentina de Medicina Narrativa

Dra. Susana Turyk, Doctora en Medicina. Médica genetista. Expresidente de la Sociedad Argentina de Genética Médica

Dr. Eusebio Zabalúa, Presidente del Comité de Docencia de la Fundación Arauz

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

Propietario: Sociedad de Medicina Interna de Bs. As. Registro de la Propiedad Intelectual N° RL-2022-37527847-APN-DNDA#MJ - ISSN 1669-5089 ISSN ON-LINE 1669-6611. La Revista de Medicina Interna es indizada por SIIC Data Bases. Indizada en Latindex.

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

Editada por GPS Editores. E-mail: rogapa62@gmail.com - Impresa en Collevocchio Hnos. S.A - Abraham J. Luppi 1641 (1437) CABA / Tel.: 4919-6685

EDITORIAL

51

¿CÓMO ESTAMOS ENVEJECIENDO EN LATINOAMÉRICA Y EN EL CARIBE?

DR. EDUARDO PENNY MONTENEGRO

TRABAJO DE REVISIÓN

55

**EL PACIENTE CON DISNEA
THE PATIENT WITH DYSPNEA**

*LUDUEÑA MARÍA GUILLERMINA, PISAREVSKY ANA ANDREA,
LASALA FERNANDO*

CASO CLÍNICO

65

**NEOPLASIA INTRAEPITELIAL
VULVAR (VIN). A PROPÓSITO DE UN
CASO**

*CASE REPORT ON VULVAL
INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA (VIN)*

*DURAN-FLORES DAYANA E, BRUGES ORIANA A, PINOARGOTE DALI,
SEGUI SOFÍA, FERRONI ROSANA, IGLESIAS CARLOS, NICOLINI LUCIANO*

70

**RECIDIVA LOCAL DE CARCINOMA
ESCAMOSO DE ANO.
A PROPÓSITO DE UN CASO**

*CASE REPORT OF LOCAL RECURRENCE OF
SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF ANUS.*

*DRES. GALANTE BECERRA ANTONELLA, GATTI SEBASTIÁN,
DOSSO MARÍA DE LOS ÁNGELES*

ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

73

**ALGORITMO DIAGNÓSTICO DEL
DENGUE**

DRA. SILVIA I. FALASCO

¿CÓMO ESTAMOS ENVEJECIENDO EN LATINOAMÉRICA Y EN EL CARIBE?

La población mundial está envejeciendo y tanto América Latina como el Caribe, no se escapan de esta realidad, lo cual trae grandes consecuencias en todos nuestros países. Una sociedad es joven cuando la mayoría absoluta de la población tiene menos de 20 años, adulta joven cuando la mayoría tiene entre 20 y 39 años, adulta cuando la mayor parte tiene entre 40 y 59 años y envejecida cuando la mayoría tiene 60 años y más.

La salud ha sido plenamente reconocida como un derecho humano en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), que establece que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”, sin embargo, en diferentes países esto no siempre se respeta.

En las siguientes líneas, deseo sintetizar y copiar algunos de los conceptos y recomendaciones sobre este tema, que ha realizado la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) a los diferentes países del área, para lo cual ha elaborado una Guía sobre el Envejecimiento en América Latina y el Caribe en el 2022, conteniendo diversos aspectos, que lamentablemente, no siempre es conocida o leída por los médicos.

El envejecimiento poblacional es uno de los principales fenómenos demográficos en América Latina, el Caribe y el mundo, como consecuencia de la disminución de la fecundidad y de la mortalidad. En la actualidad, viven en nuestra región 88,6 millones de personas mayores de 60 años, que representan el 13,4% de la población total, la que llegará al 16,5% en

el 2030, cifras que son solo un promedio, que esconde las grandes disparidades que existen en esta área geográfica y dentro de los mismos países.

Según las estimaciones y proyecciones de población de América Latina y el Caribe, la región ha experimentado un proceso de envejecimiento más rápido con respecto a otras regiones del mundo, experimentando en medio siglo, un envejecimiento poblacional parecido al registrado en Europa en dos siglos. En 1950, las personas de 60 años y más representaban el 5,2% de población, una cifra muy similar a la de África (5,3%), sin embargo, desde mediados de la década de 1960, la proporción de personas mayores de América Latina y el Caribe comienza a aumentar de manera sostenida, y desde la década de 1970, sigue una tendencia muy similar a la de Asia.

Este envejecimiento poblacional se traduce en el pasaje de sociedades jóvenes a sociedades adultas y, posteriormente, a sociedades envejecidas, con importantes consecuencias desde el punto de vista económico, social y epidemiológico, por lo que debería dársele alta prioridad, ya que la región pasará de ser una sociedad joven a ser una sociedad adulta joven en el período comprendido entre 2020 y 2025, para luego convertirse en una sociedad adulta, con la mayor parte de la población en el grupo de 40 a 59 años en 2045 y en menos de diez años, el grupo de personas de 60 años y más superará en volumen a todos los demás grupos etarios. Se prevé que en el 2060, la proporción de personas de 60 años y más en América Latina y el Caribe superará a la de Asia y Oceanía, estando más cerca de los correspondientes a América del Norte y Europa.

La esperanza de vida para ambos sexos ha aumentado de 48,6 años en 1950 a 75,1 años en 2019 (más en mujeres que en hombres y mayor en ciudades que en el ámbito rural), a pesar del retroceso de 2,9 años en el 2021, respecto al 2019, por el impacto de la pandemia por coronavirus (COVID-19), pero se mantiene la proyección que la esperanza de vida continuará aumentando en el futuro y llegue a 77,2 años en 2030. La esperanza de vida de las personas en Chile, Cuba y Uruguay es de alrededor de 15 años más que la de aquellas que nacen en Haití o en Bolivia. En el 2022, la menor esperanza de vida promedio corresponde a los hombres que viven en el Caribe, con 7,4 años menos con respecto a las mujeres de América del Sur. En relación con la sobrevivencia después de los 60 años y más de edad, en América Latina y el Caribe, a una persona de 60 años le quedan por vivir, en promedio, 18,5 años en la actualidad. Cabe señalar que existen diferencias por sexo, especialmente en los países donde el nivel de mortalidad es baja: en promedio, las mujeres presentan una mayor sobrevivencia y aventajan a los hombres en 3,4 años lo cual se explicaría por factores biológicos y por diferentes comportamientos relativos a la salud relacionados, como consumo de tabaco y alcohol, dieta, frecuencia de los controles médicos (prevención) y comorbilidades, además de causas externas (homicidios, accidentes y suicidios), las cuales son mayores entre los hombres.

La prolongación de la vida debe acompañarse de buena salud, incluso para enfrentar los desafíos del propio envejecimiento poblacional, mejorando la preparación para las crisis sanitarias que pueden ocurrir en el futuro. Teóricamente, se espera que en la última etapa de la transición hacia la mortalidad, las enfermedades degenerativas empiecen más tardíamente en las personas, por lo que es necesario la comprensión de la morbilidad, es decir, que la edad de inicio de las enfermedades crónicas en la población sea más alta, reduciéndose así el período vivido con la enfermedad crónica.

Sobre la situación educativa de las personas mayores, la tasa de analfabetismo de personas

de 60 años y más muestra un decremento entre los hombres y mujeres en áreas urbanas y rurales. Sin embargo, no parecen cerrarse esta brecha y la de género entre zonas urbanas y rurales. Las elevadas tasas de analfabetismo de las personas de 60 años y más, y especialmente las de las mujeres, en casos como los de Guatemala, Nicaragua, Bolivia, El Salvador, Ecuador, Honduras, Paraguay y Perú, ponen de relieve que el rezago educativo en este grupo poblacional sigue siendo un tema prioritario de política pública que requiere una perspectiva de edad y género. En el Plan de Acción Internacional también se menciona que las tecnologías de la información y comunicación (TIC), podrían constituirse como herramienta para alcanzar distintas metas, como la alfabetización.

Una mirada desde la economía nos permite reconocer que las personas mayores trabajan, consumen, comparten y ahorran, además de contribuir a través del trabajo no remunerado o también con la tributación al Estado, de quienes cuentan con activos financieros e inmobiliarios. La región presenta una gran heterogeneidad en los niveles de protección social en cada país. Estas diferencias tienen su origen en los contextos demográficos particulares, en los indicadores macroeconómicos, la capacidad de recaudación tributaria, el gasto público, las características de los mercados de trabajo y la capacidad institucional para diseñar, financiar, implementar, regular y evaluar los sistemas de protección social. Los datos del 2020 indican que las proporciones de empleo informal más bajas se encuentran en Uruguay (21,4%), Chile (25,3%) y Costa Rica (36,6%), pero en algunos países rebasan el 50%, como es el caso de República Dominicana (54,5%), México (55,7%), Panamá (56,1%), Jamaica (58,6%), Perú (68%) y El Salvador (68,6%).

Sobre las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes mellitus y enfermedades respiratorias crónicas), éstas son la primera causa de muerte entre la población mayor de 55 años en América Latina y el Caribe, con una proporción del 87,6% en 2019 (frente a solo un 8,2% de muer-

tes a causa de enfermedades transmisibles). Se identifican grandes diferencias entre países, ya que el porcentaje de muertes causadas por enfermedades no transmisibles varía de un mínimo del 79,0% en Guatemala a un máximo del 93,9% en Jamaica, países que también tienen los porcentajes extremos a nivel regional de muertes causadas por enfermedades transmisibles. Por otra parte, las muertes a causa de accidentes en la población mayor de 55 años muestran poca variabilidad entre los países de la región, pues las proporciones se encuentran en un rango que va del 2,3% en Jamaica al 6,1% en Cuba. Las diferencias en la mortalidad por enfermedades no transmisibles son desfavorables para las mujeres, alcanzando la mayor magnitud en el rango de 60 a 64 años, con una brecha de 5,7 puntos porcentuales. En América Latina y el Caribe, la probabilidad de morir por las cuatro principales causas es desigual entre países y va de un máximo del 31,3% en Haití a un mínimo del 9,5% en Costa Rica. En los 31 países de la región que cuentan con datos, entre 2015 y 2019 hubo un descenso promedio de 0,6 puntos porcentuales. Entre los países de la región que presentaron cambios favorables en el período se destacan Honduras, República Dominicana y Trinidad y Tobago, seguidos por San Vicente y las Granadinas, Guyana y Haití. Los países que, además de tener las probabilidades más bajas, continúan con cambios favorables son: Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Perú y Venezuela.

Las enfermedades no transmisibles dominan las cinco principales causas de años vividos en condiciones de discapacidad para ambos sexos: la diabetes mellitus se encuentra en primer o segundo lugar de importancia como causa de discapacidad en todos los grupos de edad; la enfermedad de Alzheimer y otras demencias toman mayor importancia a partir de los 75 años, y llegan a ser la segunda causa de discapacidad en la población de 80 a 84 años y la principal en el grupo de 85 años y más; la artrosis es una causa de discapacidad que está presente en todos los grupos de edad, hasta que es desplazada a partir de los 85 años y más, cuan-

do las caídas toman relevancia; la alteración de los sentidos, como la ceguera y la sordera, son causas importantes también. Los cuidados paliativos deberían ser un componente central de los servicios de salud integrales para las enfermedades no transmisibles y que tienen el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas que enfrentan enfermedades graves mediante la prevención y alivio del sufrimiento.

Es muy relevante la declaración del Decenio del Envejecimiento Saludable (2021-2030), por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en diciembre de 2020. Se trata de la principal estrategia para apoyar acciones destinadas a construir a una sociedad para todas las edades, y donde las personas mayores sean el centro. Esta iniciativa mundial prevé diez años de colaboración concertada, catalizadora y sostenida, con gran participación de los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, el mundo académico, los medios de comunicación y el sector privado para mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y sus comunidades. El Plan de Acción Internacional consiste en promover la salud y el bienestar durante toda la vida; garantizar el acceso universal y equitativo a los servicios de asistencia sanitaria; prestar los servicios adecuados a las personas mayores con VIH/Sida; capacitar a los prestadores de cuidados y profesionales de la salud; atender las necesidades de salud mental de las personas mayores; brindar los servicios adecuados a las personas con discapacidad y proporcionar atención y apoyo a las personas que cuidan. Los principales objetivos consisten en “cambiar la forma en que pensamos, sentimos y actuamos hacia la edad y el envejecimiento; asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores; ofrecer atención integrada centrada en la persona y servicios de salud primaria que respondan a las personas mayores y brindar acceso a la atención a largo plazo para las que la necesiten”. En los próximos años, los países de la región deberán continuar fortaleciendo los

mecanismos de recopilación de información cuantitativa y cualitativa, además de combatir al edadismo que continúa siendo un importante obstáculo para el disfrute pleno de los derechos humanos. Será necesario desarrollar políticas universales, autónomas y basadas en la solida-

ridad y la corresponsabilidad social que pongan el cuidado de los mayores en el centro de las acciones. Forjar sistemas públicos de cuidado para las siguientes décadas será un gran esfuerzo por parte de los Estados, las familias y la comunidad en general.

DR. EDUARDO PENNY MONTENEGRO

MSc, MACP, AGSF

Especialista en Medicina Interna. Past Presidente y Miembro Honorario de la Sociedad Peruana de Medicina Interna y de la Sociedad de Gerontología y Geriátrica del Perú, y Past Presidente de la Sociedad Latinoamericana de Medicina Interna (SOLAMI)

BIBLIOGRAFÍA

- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2020). Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030. https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc_25
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores (LC/CRE.5/3), Santiago, 2022

EL PACIENTE CON DISNEA THE PATIENT WITH DYSPNEA

LUDUEÑA MARÍA GUILLERMINA¹; PISAREVSKY ANA ANDREA¹ Y LASALA FERNANDO²

RESUMEN

La disnea es un motivo frecuente de consulta que debe ser adecuadamente interpretado para determinar su origen. Su presencia denota un aumento del trabajo respiratorio. En la evolución diagnóstica es importante realizar un interrogatorio detallado que permite calificar el tipo y la gravedad, como los antecedentes patológicos que nos orientan el diagnóstico. El examen físico puede poner en evidencia el tipo de alteración del patrón ventilatorio y los signos característicos que acompañan a la disnea de causa cardíaca. La determinación del péptido natriurético atrial tiene un valor indudable en el diagnóstico diferencial de la disnea aguda. El electrocardiograma, la radiografía de tórax son los exámenes complementarios iniciales. El examen funcional respiratorio, el ecocardiograma Doppler junto con la TC de tórax permitirán, en la mayoría de los casos, arribar al diagnóstico etiológico cuando el origen de la disnea permanece incierto.

Palabras clave: Disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna, platipnea, ortodesoxia, péptido natriurético atrial

SUMMARY

The dyspnea is a frequent reason for consultation that must be adequately interpreted to determine its origin. Its presence denotes an increased work of breathing. In the diagnostic evolution it is important to carry out a detailed questioning that allows to qualify the type and severity as well as the pathological antecedents that guide the diagnosis. The physical examination can reveal the type of the ventilatory pattern and the characteristic signs that accompany cardiac disease. The determination of atrial natriuretic peptide is of undoubted value in the differential diagnosis of acute dyspnea. The electrocardiogram, the chest X-ray are the initial complementary tests. The functional respiratory examination, the Doppler echocardiogram together with the chest CT will allow, in most cases, to arrive at the etiological diagnosis when the origin of the disease remains uncertain.

Keywords: *Dyspnea, orthopnea, paroxysmal nocturnal dyspnea, platypnea, orthodeoxia, atrial natriuretic peptide*

1. Especialista en Clínica Médica. Médica de Planta del Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA
2. Especialista en Clínica Médica. Profesor Emérito. UBA (Universidad de Buenos Aires), Argentina

e-mail: guilleludu@hotmail.com

Fecha de recepción: 10 de Marzo de 2023
Fecha de aceptación: 19 de Abril de 2023

DEFINICIÓN

El vocablo *disnea*, de origen grecolatino, significa «dificultad de respirar». Desde el punto de vista clínico, se define como la *sensación desagradable y dificultosa de la respiración*, es decir, se hace consciente un acto que normalmente no es advertido.

La disnea es un motivo frecuente de consulta que debe ser adecuadamente interpretado para determinar su origen.

Fisiopatología

Frente a un paciente con disnea, el médico trata de diferenciar rápidamente si es de origen:

- respiratorio o
- cardiovascular

El *sistema respiratorio* tiene la función de desplazar el aire atmosférico hacia los alvéolos, donde se produce el intercambio gaseoso: difusión del oxígeno a través de la membrana alvéolocapilar desde el compartimento alvéolo hacia el capilar y del dióxido de carbono en sentido contrario.

El funcionamiento normal depende de los siguientes factores:

- El *centro respiratorio* funciona de forma automática y rítmica en virtud de los siguientes estímulos:
 - nervioso, a través del reflejo neumovagal de Hering y Breuer;
 - químico: indirecto, a través de los quimiorreceptores por hipoxemia e hipercapnia, y directa, por hipercapnia y acidosis;
 - mecánico, mediado por los presorreceptores de la aurícula derecha y de la vena cava (aumento de la presión venosa) y por los presorreceptores aórticos y los carotídeos (disminución de la presión sanguínea).
- La *bomba respiratoria* en la que interviene:
 - músculos respiratorios;
 - nervios periféricos que transmiten las

órdenes del centro respiratorio a los músculos de la respiración;

- pared torácica;
 - pleura, que transforma los movimientos de la pared del tórax en presión intratorácica negativa, y
 - tubería bronquial.
- El *intercambio gaseoso*, que depende fundamentalmente de la membrana alvéolocapilar.

El *sistema cardiovascular* es el encargado de distribuir la sangre oxigenada que desde las cavidades izquierdas llega a los tejidos metabólicamente activos y, luego, trae el dióxido de carbono desde los tejidos hacia el pulmón. Para que esto ocurra correctamente y el paciente no sienta *disnea*, el corazón debe llenarse y contraerse sin generar aumento de las presiones a nivel del capilar pulmonar. Además, la concentración de hemoglobina debe ser normal, ya que ésta es el principal transportador de oxígeno en la sangre.

Algunos pacientes desarrollan *disnea* cuando realizan una actividad física vigorosa, aunque el sistema respiratorio y el cardiovascular sean normales, y la concentración de hemoglobina sea adecuada. En estos casos, el sedentarismo y la falta de entrenamiento físico son los responsables, y típicamente, los pacientes la describen como *fatiga o respiración pesada*.

La presencia de *disnea* denota un aumento del trabajo respiratorio. Éste se realiza por la acción de los músculos de la respiración contra tres resistencias:

- *La de los tejidos elásticos de los pulmones y del tórax (compliance o distensibilidad)*: ejemplos de su disminución son la congestión pulmonar por insuficiencia cardíaca izquierda y estrechez mitral, la fibrosis pulmonar, las enfermedades de la pleura y el dolor costal, entre otros.
- *La del paso del aire por el árbol respiratorio*: normalmente es laminar y, en casos de obstrucción de la luz, se hace

turbulento; la espiración pasa a ser un fenómeno activo que intenta complementar la elasticidad tóracopulmonar (inversa de la distensibilidad) para evitar el atrapamiento aéreo.

- *La de los tejidos no elásticos.*

Según la resistencia alterada, se puede atribuir la disnea a dos mecanismos básicos:

- El de la disminución de la distensibilidad que caracteriza a las *enfermedades restrictivas* tóracopulmonares.
- El del aumento de la resistencia al flujo aéreo, como ocurre en las *enfermedades obstructivas*.

DIAGNÓSTICO

Interrogatorio

Permite analizar, juzgar y calificar el tipo y la gravedad de la disnea.

Los antecedentes recabados de EPOC, asma, neumopatías restrictivas o intersticiales, o la presencia de factores de riesgos aterogénicos orientan el diagnóstico.

La ausencia de tabaquismo o una carga tabáquica menor a 10 paquetes/año es un fuerte argumento en contra de EPOC.

El lenguaje que utilizan los pacientes para describir la disnea demuestra que este síntoma incluye una gran variedad de sensaciones, pero la evaluación de las palabras o expresiones utilizadas pueden ser pistas para el diagnóstico de la enfermedad subyacente.

La forma de expresar la dificultad respiratoria en el interrogatorio se relaciona con el mecanismo fisiopatológico, y éste con la entidad que la determina.

Desde 1980 se han desarrollado distintos cuestionarios que ayudan al médico y al paciente a definir o describir el malestar o dificultad de la respiración.

El paciente expresa:

- Sofocación o ahogo: edema alveolar, como en la insuficiencia cardíaca iz-

quierda aguda.

- Falta de aire o respiración rápida y superficial: disminución de la distensibilidad tóracopulmonar en las enfermedades respiratorias y cardíacas que producen restricción.
- Sensación de asfixia o urgencia por respirar: estimulación del centro respiratorio por entidades que cursan con hipoxemia.
- Respiración difícil o esfuerzo para respirar: obstrucción de la vía aérea y enfermedades neuromusculares. Ejemplos: miastenia grave, síndrome de Guillain-Barré.
- Insuficiente penetración del aire en los pulmones, opresión torácica, dificultad para entrar el aire: broncoconstricción y edema intersticial. Asma bronquial.
- Fatiga o respiración pesada: inadecuado aporte de oxígeno a los músculos. Sugiere falta de entrenamiento físico.

En relación con la gravedad, se utiliza la siguiente clasificación funcional, de la Asociación Cardiológica de Nueva York:

- Clase funcional I: disnea durante esfuerzos no habituales.
- Clase funcional II: disnea con una actividad moderada. Subir escaleras o cuevas, transportar pesos, actividades laborales habituales o actividades deportivas.
- Clase funcional III: disnea con una actividad ligera, como caminar a paso normal.
- Clase funcional IV: disnea con una actividad mínima, como lavarse, vestirse, alimentarse e incluso en reposo.

La disnea de esfuerzo tiene una sensibilidad del 100% para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca, aunque su especificidad es baja. La rapidez con que se desarrollan los síntomas durante el esfuerzo también puede orientar al diagnóstico. Aquella que se presenta precozmente (50-100 pasos) corresponde a insuficiencia cardíaca. En contraste, la que aparece

durante una actividad física más intensa es característica del asma inducida por el ejercicio.

Una vez conocida la clase funcional, el interrogatorio debe precisar su forma de aparición o comienzo (cuadro 1).

Cuadro 1. Caracterización de la disnea

Forma de comienzo	Causas
Súbita, brusca, paroxística	Síndrome coronario agudo Rotura de una cuerda tendinosa valvular cardíaca por isquemia, en la endocarditis microbiana o en forma espontánea Insuficiencia cardíaca aguda: asma cardíaco y edema agudo de pulmón Crisis de asma bronquial Tromboembolismo de pulmón Neumotórax
Progresiva o de instalación en semanas o meses	Insuficiencia cardíaca crónica evolutiva EPOC Enfermedades del intersticio pulmonar Asma bronquial Hipertensión pulmonar

La Sociedad Americana del Tórax considera disnea aguda cuando se desarrolla durante horas o días y crónica cuando ocurre durante más de cuatro a ocho semanas.

Algunos pacientes presentan un empeoramiento agudo de la disnea crónica que puede ser causado por un problema nuevo o progresión de la enfermedad subyacente (p. ej., asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca)

Cuando la *disnea aguda* se desarrolla en minutos u horas las causas se limitan como muestra el cuadro 1. Éstas típicamente se acompañan de otros síntomas y signos que orientan al diagnóstico; por ejemplo, la presencia de dolor precordial y los factores de riesgo aterogénicos

en el síndrome coronario agudo. Sin embargo, otras veces la disnea se desarrolla sin otros síntomas ni signos acompañantes como ocurre en el tromboembolismo de pulmón (TEP). En estos casos, cobran importancia la sospecha clínica y la presencia de factores que deben buscarse mediante el interrogatorio.

Cuando la *disnea* se desarrolla en el transcurso de semanas o meses, en general, quienes la padecen tienen historia de enfermedad cardiopulmonar. En un estudio de 85 pacientes con disnea crónica, la impresión diagnóstica basada solo en la historia clínica fue la correcta en el 66% de los casos. Esto demuestra la importancia de los métodos complementarios para llegar al diagnóstico de certeza.

La mayoría de los pacientes con *disnea crónica* de etiología no aclarada tiene alguno de estos cuatro diagnósticos:

- Asma
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Enfermedad del intersticio pulmonar
- Insuficiencia cardíaca

Dos situaciones de valor clínico indudable en el enfermo con disnea son:

- *Ortopnea*: se refiere a la disnea que aparece en decúbito horizontal y que mejora en posición erecta. Ésta es una posición obligada, ya que el paciente no puede adoptar el decúbito por la rápida exacerbación del síntoma. Caracteriza a la insuficiencia cardíaca izquierda grave (disminuye el retorno venoso al corazón derecho) y al asma bronquial. En este último caso, la posición de sentado mejora la acción de los músculos accesorios de la respiración (es preferencial y no obligada).
- *Disnea paroxística nocturna (DPN)*: se define a la disnea que aparece entre 2 y 3 horas después de conciliar el sueño; despierta al paciente con sensación de ahogo y lo obliga a incorporarse en búsqueda de alivio. En la insuficiencia

cardíaca, se la atribuye a la reabsorción de los edemas y al consecuente aumento del retorno venoso al corazón. En los casos en que la DPN se presenta inmediatamente después de acostarse, debe atribuirse a los cambios de la presión intratorácica, que aumentan bruscamente el retorno venoso al corazón derecho. En otros casos, como en el asma bronquial, la causa es el broncoespasmo (asma nocturna) (cuadro 2).

La disnea, síntoma paradigmático de afectación cardíaca, puede atribuirse a causas diversas, como a la disminución de la distensibilidad secundaria al estasis pulmonar, al aumento de la resistencia al flujo aéreo por el edema de la mucosa bronquial (asma cardíaca), a la hipoxia y a la caída de la tensión arterial en el cayado

aórtico y en el seno carotídeo (figura 1).

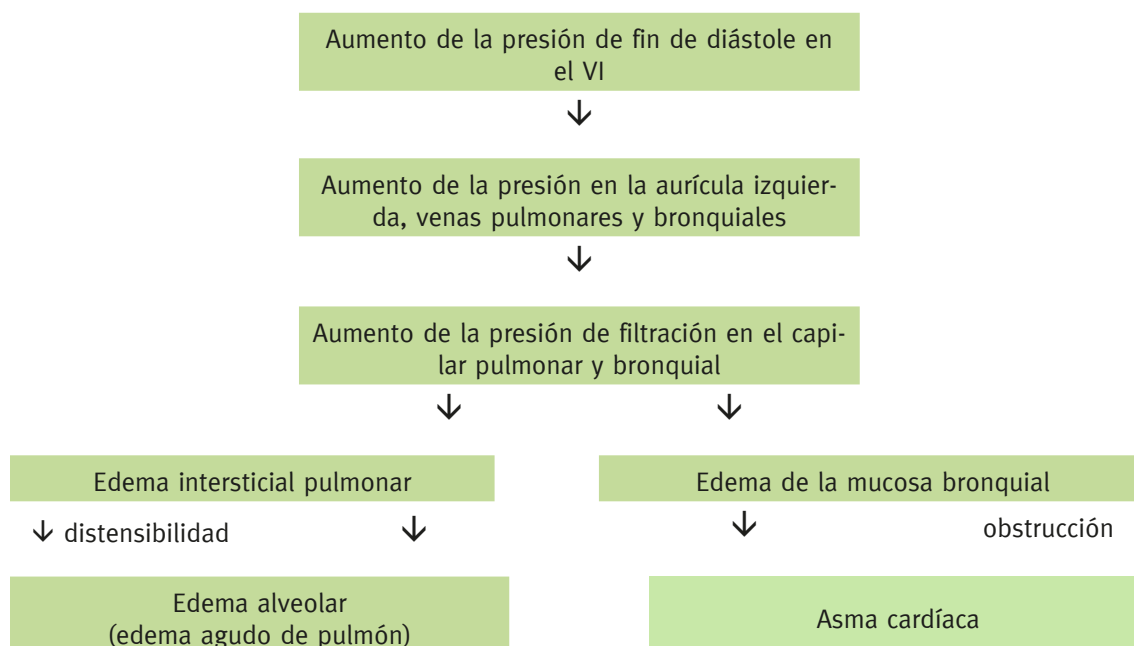
El asma cardíaca y el edema agudo de pulmón definen una misma situación hemodinámica con ciertas diferencias clínicas: pulmón *seco* y pulmón *húmedo*. Ambos dependen de la brusca discrepancia entre el volumen minuto del corazón izquierdo y el del corazón derecho, de modo tal que la presión, a nivel del capilar pulmonar, supera los 25 mm Hg de la presión oncótica de la albúmina y comienza la trasudación serosa primero al intersticio y después a la luz alveolar.

La crisis hipertensiva (aumento de la poscarga) y el infarto de miocardio (sustracción de masa muscular izquierda para el volumen sistólico de eyección) son dos claros ejemplos de este desequilibrio. Pero como hemos visto antes, el simple decúbito por aumento del retorno venoso determina que el corazón derecho pue-

Cuadro 2. Diagnóstico de insuficiencia cardíaca

Síntoma	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Valor predictivo negativo (%)
Ortopnea	22	74	83
Disnea paroxística nocturna	39	80	87

Figura 1. Secuencia de los mecanismos de la disnea en la insuficiencia cardíaca.



da responder a la Ley de Starling sin el necesario acompañamiento del corazón izquierdo, incapaz de dar respuesta al aumento de presión en la aurícula izquierda: disnea paroxística nocturna por insuficiencia cardíaca izquierda.

El asma cardíaca es un episodio súbito de disnea que comienza a las 2 o 3 horas de iniciado el sueño y lo interrumpe. El paciente se despierta con sensación de falta de aire o de opresión en el tórax o cuello, transpira, se sienta en la cama (ortopnea) o bien abre una ventana (sed de aire). Al cabo de unos minutos, comienza a aliviarse y puede retomar el sueño. Si un médico observara el episodio, registraría la presencia de disnea, taquicardia, estertores crepitantes en ambas bases pulmonares, sibilancias, ingurgitación yugular y, en ocasiones, manifestaciones de falla anterógrada transitoria: piel pálida, fría y húmeda, con cianosis distal o sin ella. Se han propuesto como factores desencadenantes la reabsorción de edemas por clinostatismo, el incremento del tono vagal durante el sueño y la depresión transitoria del centro respiratorio.

En el edema agudo de pulmón, se produce la trasudación de líquido al espacio intersticial pulmonar y evolutivamente a los alvéolos denominada *inundación alveolar*.

El paciente se encuentra intensamente disneico con sensación de ahogo, en ortopnea, sudoroso, con facies de angustia y estertores audibles a distancia. Presenta generalmente expectoración de aspecto espumoso, de color blanco o asalmonado.

En ambas situaciones, es necesaria la cooperación de los músculos accesorios de la respiración, y ésta se hace consciente a la vez que desagradable.

En el paciente con cirrosis, la disnea ante el esfuerzo e incluso en reposo, observada en estadios avanzados, es el síntoma predominante del síndrome hepatopulmonar. La presencia de arañas vasculares (*spiders*), los dedos en palillo de tambor, la cianosis y la hipoxemia grave son altamente sugerentes de la presencia del síndrome. Los pacientes presentan ortodesoxia (incremento de la hipoxemia en posición

erecta; disminución de la PaO₂ de 5% o de 4 mm Hg) y platipnea (incremento de la disnea con el ortostatismo).

EXAMEN FÍSICO

A los fenómenos subjetivos se agregan otros objetivos o signos que el médico debe saber reconocer:

- alteraciones de la frecuencia respiratoria: taquipnea (mayor de 20 respiraciones por minuto) y bradipnea (menos de 12 ciclos por minuto);
- alteraciones de la profundidad: hiperpnea (aumento) e hipopnea (disminución);
- alteraciones de las fases respiratorias:
 - *disnea inspiratoria por obstrucción laríngea o traqueal a menudo con disfonia*: puede acompañarse de *cornaje* y *estridor* (inspiración y, a veces, espiración ruidosas) y de *tiraje* (depresión de fosa supraesternal y supraclaviculares, y espacios intercostales y epigástrico) por el aumento de la presión negativa intratorácica;
 - *disnea espiratoria*, característica en el asma bronquial, con la auscultación de *roncus* y *sibilancias*.

De acuerdo con el tipo de resistencia (cuadro 3), alterado el aumento del trabajo respiratorio, se pueden reconocer dos tipos principales de alteración ventilatoria con la consecuente modificación del patrón ventilatorio normal:

- en las *enfermedades restrictivas*: taquipnea e hipopnea;
- en las *enfermedades obstructivas*: bradipnea, fundamentalmente espiratoria (fase en la que, en condiciones normales, la luz bronquial es de menor diámetro).

La inspección del paciente disneico revela signos de indiscutible valor clínico y, además, presencia de aleteo nasal, tiraje y cianosis (insuficiencia respiratoria).

Cuadro 3. Patrones de alteración ventilatoria en pacientes con disnea

Alteración ventilatoria	Origen
Obstructiva	Respiratorio: laringitis; bronquitis; asma bronquial; cuerpos extraños; tumores endoluminales
Restrictiva	Respiratorio: neumonía, atelectasia, fibrosis intersticial, derrame pleural, neumotórax Alteraciones de la pared: deformidad torácica, parálisis muscular, fractura costal Cardíaco: pericarditis con derrame, taponamiento Anemia grave Metabólico: acidosis diabética, láctica, entre otras Neurológico: compromiso del centro respiratorio Psicógeno: ansiedad, fobias Fisiológico: ejercicios físicos intensos; altura; fiebre
Obstructiva-Restrictiva (mixta)	Respiratorio: enfisema pulmonar Cardíaco: insuficiencia cardíaca, estrechez mitral (restrictiva, por congestión, y obstructiva, por edema de la mucosa bronquial)

Estas alteraciones ventilatorias se deben diferenciar de la insuficiencia respiratoria, que implica la alteración de los gases en sangre arterial respirando aire a nivel del mar. En efecto, si en condiciones normales, para una frecuencia respiratoria (FR) de 12 ciclos por minuto, el volumen corriente (VC) es de 500 mL y la ventilación pulmonar total de 6 L (4 L de ventilación alveolar), un paciente taquipneico (FR: 24) aunque hipopneico (VC: 300 mL) puede mantener la ventilación alveolar y no se alteran los gases sanguíneos.

El examen físico puede recoger signos de *fallo de bomba anterógrada y retrógrada*.

- *Anterógrada*: piel húmeda, fría y pálida con cianosis distal o sin ella.
- *Retrógrada*: estertores crepitantes bibasales en ascenso, estertores bronquiolares húmedos y sibilancias.

La ausencia de hallazgos al examen físico tiene mayor valor predictivo negativo que el valor predictivo positivo de cualquier signo identificado.

Los dedos en palillo de tambor se pueden observar en las bronquiectasias, fibrosis pulmonar idiopática, cáncer de pulmón y otras causas de hipoxemia crónica en el adulto.

La presencia de ingurgitación yugular indica presiones de llenado aumentadas en el corazón derecho y sugieren insuficiencia cardíaca, enfermedad valvular o hipertensión pulmonar.

En la *anemia intensa*, la disnea es solo de esfuerzo en virtud del reajuste circulatorio caracterizado por la mayor velocidad de la circulación y por la redistribución sanguínea desde la piel y los músculos hacia los parénquimas con mayor dependencia al oxígeno.

En la *acidosis*, el aumento de la concentración de hidrogeniones estimula los quimiorreceptores y provoca hiperventilación: respiración acidótica de Kussmaul.

Estudios complementarios

Laboratorio

El laboratorio de rutina es importante, ya que permite excluir la anemia.

La solicitud del dosaje en sangre del péptido natriurético atrial (ANP), del péptido natriurético cerebral (BNP) y de su precursor, el propéptido natriurético cerebral-nitrógeno terminal (pro-BNP-NT), que aumentan en respuesta a un aumento de las presiones de llenado ventricular, son de un valor indudable en el

diagnóstico diferencial de la disnea aguda. En especial en los pacientes añosos, en quienes es frecuente el compromiso concurrente cardíaco y pulmonar, lo que plantea un difícil problema diagnóstico.

Los valores de pro-BNP-NT para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca, según la edad, en pacientes con disnea fueron establecidos en un estudio multicéntrico que evaluó 1256 pacientes:

- Menores de 50 años: 450 pg/mL
- De 50 a 75 años: 900 pg/mL
- Más de 75 años: 1800 pg/mL

La sensibilidad y la especificidad de estos niveles son del 90% y 84%, respectivamente.

Valores inferiores de 300 pg/mL excluyen el diagnóstico de insuficiencia cardíaca con un valor predictivo negativo del 98%.

La determinación cuantitativa, por técnica de ELISA, del dímero D en valores superiores a 500 ng/mL para el diagnóstico de TEP tiene una sensibilidad del 95% y un alto valor predictivo negativo. Con un pretest de baja o intermedia probabilidad, su negatividad excluye el diagnóstico.

Electrocardiograma

Poco sensible. Puede determinar la presencia de arritmias, isquemia o secuelas de infarto e identificar sobrecarga e hipertrofia de las cámaras cardíacas.

Las patentes S1Q3T3 y el bloqueo incompleto o completo de rama derecha son infrecuentes, pero altamente sugestivas de sobrecarga aguda del ventrículo derecho (tromboembolismo de pulmón).

Radiografía de tórax

Puede mostrar el clásico patrón de hilos ingurgitados y algodonosos con redistribución

del flujo capilar hacia arriba, aumento de la relación cardiotorácica en la insuficiencia cardíaca o pulmones hiperinsuflados con bullas, típico de las enfermedades obstructivas del pulmón.

Ecocardiograma bidimensional y Doppler color

Es un método complementario de gran utilidad para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca. Se puede evaluar el tamaño de las cavidades (hipertrofia o dilatación), caracterizar el tipo de disfunción (sistólica o diastólica), observar alteraciones segmentarias de la motilidad en la enfermedad coronaria, disfunción valvular, compromiso pericárdico y defectos cardíacos congénitos. Además, permite estimar la presión en la arteria pulmonar y el comportamiento del ventrículo derecho, útiles para el diagnóstico de hipertensión pulmonar.

La ICC con fracción de eyección conservada es una causa de disnea inexplicable. Si la fracción de eyección del VI y el volumen diastólico final son normales, se pueden identificar características de disfunción diastólica (insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada, como hipertrofia del VI, remodelado concéntrico y agrandamiento auricular. Otras características Doppler de la disfunción diastólica incluyen presión sistólica arterial pulmonar elevada y alteración de la relajación ventricular (relación de llenado temprano/tardío [E/A] <1).

Examen funcional respiratorio

Valora objetivamente la función pulmonar mediante la medición del volumen de aire que es inhalado o exhalado de los pulmones durante diferentes maniobras específicas de respiración. Requiere la comprensión y la cooperación del paciente. Permite mediante la obtención de dos curvas, de volumen-tiempo y de flujo-volumen, identificar los patrones ventilatorios: obstructivo, restrictivo y mixto (cuadro 4).

Cuadro 4. Patrones ventilatorios

Índices	Patrón obstructivo	Patrón restrictivo
CVF	Normal o levemente disminuida	Característicamente disminuida
VEF ₁	Por debajo del 80% del valor teórico	Disminuido
VEF ₁ /CVF	Menor del 75%	Normal o aumentado
FEF 25-75	Muy disminuida	Variable

CVF: Capacidad vital forzada

VEF: Volumen espiratorio forzado

FEF: Flujo espiratorio forzado

En el patrón obstructivo, es importante documentar la reversibilidad con broncodilatadores (beta adrenérgicos) y objetivar una mejoría del 12 al 15% o de 200 mL del VEF₁ para el diagnóstico diferencial entre asma bronquial (reversible) y EPOC (obstrucción fija). Frente a una espirometría normal y ante la sospecha de obstrucción, se pueden solicitar pruebas de provocación de hiperreactividad mediante la prueba de metacolina o el ejercicio.

En los patrones restrictivos, la medición de los volúmenes pulmonares y la capacidad de difusión del monóxido de carbono ayudan al diagnóstico de las enfermedades del intersticio del pulmón. Además, en estos casos, la evaluación del comportamiento de la oximetría de pulso durante la deambulación (200 metros) muestra típicamente desaturación.

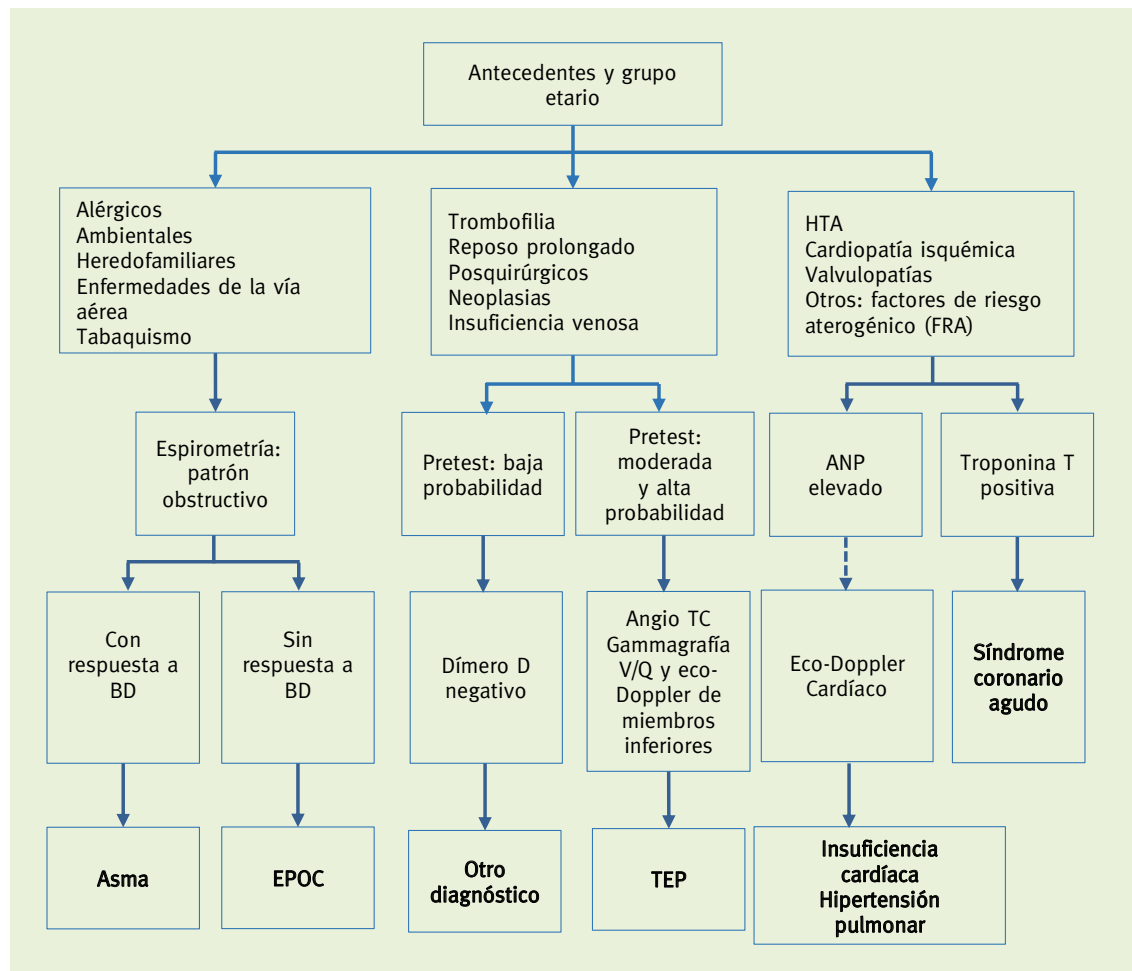
Tomografía de tórax

En general, no se solicita de rutina en la evaluación inicial del paciente con disnea.

- Es mucho más sensible que la radiografía de tórax, fundamentalmente con los cortes de alta resolución, para detectar enfermedad del intersticio pulmonar, bullas enfisematosas en tabaquistas con espirometría y placas normales.
- Con la administración de contraste intravenoso en bomba, permite realizar diagnóstico de tromboembolismo de pulmón.

La figura 2 es la representación del algoritmo de estudio del paciente con disnea de origen incierto.

Figura 2. Paciente con disnea aguda de origen incierto



BIBLIOGRAFÍA

- Davie AP, Francis CM, Caruana L, Sutherland GR, McMurray JJ. Assessing diagnosis in heart failure: which features are any use? *QJM*. 1997;90(5):335-339.
- Han J, Zhu Y, Li S, Zhang J, Cheng X, Van den Bergh O, Van de Woestijne KP. The language of medically unexplained dyspnea. *Chest*. 2008;133(4):961-968.
- Januzzi JL, van Kimmenade R, Lainchbury J, Bayes-Genis A, Ordonez-Llanos J, Santalo-Bel M, Pinto YM, Richards M. NT-proBNP testing for diagnosis and short-term prognosis in acute destabilized heart failure: an international pooled analysis of 1256 patients: the International Collaborative of NT-proBNP Study. *Eur Heart J*. 2006;27(3):330-337.
- Lasala FG, Gennaro O, Ludueña MG. De la Semiología a la Clínica. Fascículos 2. 1.ª ed. Buenos Aires: Editorial Akadia; 2001. Pag 17 - 22.
- Mahler DA, Selecky PA, Harrod CG, Carrieri-Kohlman V, Curtis JR, Manning HL, et al. American College of Chest Physicians consensus statement on the management of dyspnea in patients with advanced lung or heart disease. *Chest*. 2010;137(3):674-91.
- Maisel AS, Krishnaswamy P, Nowak RM, James McCord, Judd E. Hollander, Philippe Duc et al. Rapid measurement of B-type natriuretic peptide in the emergency diagnosis of heart failure. *N Engl J Med*. 2002;347(3):161-167.
- Pratter MR, Curley FJ, Dubois J, Irwin RS. Cause and evaluation of chronic dyspnea in a pulmonary disease clinic. *Arch Intern Med*. 1989;149(10):2277-2282.
- Pratter MR, Abouzgheib W, Akers S, Kass J, Bartter T. An algorithmic approach to chronic dyspnea. *Respir Med*. 2011;105(7):1014-1021.

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VULVAR (VIN) A PROPÓSITO DE UN CASO

CASE REPORT ON VULVAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA (VIN)

DURAN-FLORES DAYANA E¹, BRUGES ORIANA A¹, PINOARGOTE DALÍ¹, SEGUI SOFÍA¹, FERRONI ROSANA², IGLESIAS CARLOS³, NICOLINI LUCIANO⁴

RESUMEN

La incidencia de las enfermedades de transmisión sexual es un problema de salud pública en Argentina y el mundo; dentro de ellas destacan las asociadas al virus del papiloma humano (HPV).

Por su rareza y el interés clínico de este cuadro, a continuación se describe el excepcional caso clínico de una paciente joven de 22 años que presenta una neoplasia intraepitelial vulvar, anal y un angiofibroma vulvar en contexto de una paciente con una inmunopatología primaria.

Palabras clave: neoplasia intraepitelial vulvar, neoplasia intraepitelial cervical, virus del papiloma humano, vulvoscopea

SUMMARY

The incidence of sexually transmitted diseases is a public health problem in Argentina and the world, among which those associated with human papillomavirus (HPV) stand out.

Due to its rarity and the clinical interest of this condition, we describe below the exceptional clinical case of a young 22-year-old female patient presenting with vulvar and anal intraepithelial neoplasia and vulvar angiofibroma in the context of a patient with a primary immunopathology.

Keywords: vulvar intraepithelial neoplasia, cervical intraepithelial neoplasia, human papilloma virus, vulvoscopy

Hospital Pedro Fiorito, Pcia. de Bs.As., Argentina

1. Residente de Tocoginecología
2. Jefa de Sala de Obstetricia
3. Jefe de Servicio de Tocoginecología
4. Jefe de Sala de Ginecología

e-mail: dayanamedicinao7@gmail.com

Fecha de recepción: 3 de Marzo de 2023

Fecha de aceptación: 31 de Marzo de 2023

CASO CLÍNICO

Paciente de 22 años G2P1C1 con antecedente de dermatitis atópica y múltiples interacciones en la infancia por neumonía y celulitis de miembros inferiores, abscesos a repetición, sífilis tratada en el primer embarazo, ex tabaquista, acude a su control de puerperio al octavo mes post operatorio de cesárea abdominal y se constata en la vulvoscopia vulva edematosa, aumentada de tamaño x3 (Figura 1 y 2), con formaciones de aspecto condilomatoso irregular y de bordes lisos e hipopigmentados, lesión sobre elevada en monte de venus sin adenopatías inguinales. Se realiza PAP que resulta hipotrófico ASC-H (células escamosas atípicas, no puede excluirse una lesión intraepitelial escamosa de alto grado), colposcopia Zona de transformación tipo 1 orificios glandulares, cornificados y metaplasia.

Serologías: HIV, HBsAg (antígeno de superficie para hepatitis B), toxoplasmosis, Chagas y VDRL (sífilis) negativas. Al día de la fecha de consulta.

Ecografía mamaria BI-RADS I, ecografía ginecológica con útero en AVF, miometrio homogéneo, endometrio de 9 mm, anexos conservados, FDS (fondo de saco de Douglas) libre.

Figura 1.



Se realiza un abordaje interdisciplinario en conjunto con los servicios de dermatología, anatomía patológica, coloproctología, imagenología, otorrinolaringología, salud mental, inmunología y laboratorio.

Se solicita RMN de abdomen y pelvis con gadolinio que informa: esplenomegalia homogénea, con unas medidas de 138 x 99 x 59 mm, vejiga sin particularidades. Se observan cambios morfológicos a nivel vulvar, a expensas de una formación heterogénea, de crecimiento endo y exofítico, la cual se extiende comprometiendo los labios mayores, menores y parcialmente al tejido celular subcutáneo del monte del pubis. La misma realza en forma heterogénea post contraste y mide aproximadamente 4.5 cm en sentido craneocaudal x 7.3 cm en sentido anteroposterior x 3.4 cm en sentido transversal, extendiéndose en sentido posterior comprometiendo al periné e impresionando alcanzar al margen anal. En sentido craneal se extiende hasta encontrarse en continuidad/contigüidad con el tercio inferior de la vagina y hasta con la porción distal del uréter.

Se visualizan cambios morfológicos a nivel del margen anal, a expensas de una formación heterogénea de crecimiento predominantemente exofítico, la cual presenta unas medidas aproximadas de 4.5 X 3.2 cm que se extiende hacia el pliegue interglúteo, no pudiéndose descartar en el presente estudio compromiso del canal anal.

Se observan a nivel de ambas regiones inguinales dos imágenes de probable naturaleza adenopática, una de 15 X 13 mm del lado derecho y otra de 11 X 16 mm del lado izquierdo. No se observan conglomerados macroadenopáticos en ambas cadenas ilíacas. Fosas isquiorrectales libres de imágenes agregadas.

Se realiza un mapeo biopsico en las regiones afectadas resultando de la biopsia vulvar: VIN II-III asociado a HPV. De la biopsia de lesiones anales de H1, H3, H9: AIN III (neoplasia intraepitelial anal) ver Figura 3 y 4, HPV asociado y también se informa Angiofibroma vulvar.

Figura 2.



Figura 3.



Se indica tratamiento con imiquimod 5% durante 16 semanas, la aplicación de vacuna HPV y se deriva a Servicio de Inmunología donde realizan estudios de autoinmunidad.

DISCUSIÓN

Este caso es importante debido a su rareza, trascendencia y baja incidencia.

La neoplasia intraepitelial vulvar (VIN) es la lesión precursora del cáncer de vulva. La incidencia del cáncer de vulva es de 2.3 por cada 100 mil mujeres y del VIN 1.2-2 por cada 100 mil mujeres (1).

Con frecuencia estas lesiones suelen pasar desapercibidas, ya sea por ser asintomáticas (50%) o por no realizar una exploración vulvar minuciosa y sistemática durante una valoración ginecológica (1).

El prurito es el síntoma más frecuente en caso de que presente algún síntoma (2), seguido de dolor, ardor, dispareunia o disuria.

No existe un patrón lesional característico de la VIN, y los hallazgos clínicos son muy heterogéneos respecto al color, superficie y topografía.

Las lesiones pueden ser únicas o múltiples, de coloración blanca, roja o pigmentada, y una superficie totalmente plana o sobreelevada (3).

El diagnóstico de VIN se realiza clínicamente y se confirma con una biopsia (4).

El tratamiento de primera línea es la aplicación tópica con imiquimod al 5 % crema (5), de ahí que nuestra paciente en base a los resultados obtenidos por la anatomía patológica realiza este tratamiento por un período de 16 semanas.

El angiofibroma celular vulvar es un raro tumor benigno (6). Afecta a mujeres en edades medias de la vida, y predomina al final de la vida reproductiva. No es doloroso, puede causar malestar local o escozor. Macroscópicamente las lesiones pueden parecer un quiste de glándula de Bartholino. Histológicamente se trata de células fusiformes que forman pequeños fascículos rodeados de tejido adiposo. Descrito en 1997 como una lesión de pequeño tamaño, bien circunscrita, sin ser verdaderamente encapsulada, puede haber formas de hasta 7 cm³. Tiene un importante contenido de vasos de pequeño o mediano calibre. Clásicamente se describe ausencia de atipia, necrosis y hemorragia, y escasez de mitosis. Hay una variante mitóticamente activa. Posee diferenciación fibroblástica, no miofibroblástica, lo cual permite la diferenciación con otras lesiones mesenquimatosas como el angiomiofibro-

blastoma. En los marcadores inmunohistoquímicos presenta positividad para vimentina (fibroblástico) y es negativo para S100 (neural), EMA (epitelioide), actina y desmina (musculares). Se observa positividad para CD34 en las luces vasculares pero no en las células tumorales, lo que apunta a un origen distinto de ambas líneas celulares.

El tratamiento de elección es la resección con bordes libres, tanto como tratamiento curativo como para el diagnóstico diferencial con otro tipo de lesiones.

Es importante destacar que en el caso presentado en el artículo se presenta una paciente joven de 22 años con el antecedente de enfermedades infecciosas a repetición desde la infancia temprana asociado a hipergammaglobulinemia IgE, motivo por el cual se decide su estudio inmunológico para descartar alguna inmunodeficiencia primaria y eventualmente un síndrome de Jobs (síndrome de hiperinmunoglobulinemia E) patología que fue descrita por primera vez en 1966 por Davis y col. (7) al reportar dos niñas con dermatitis crónica severa, abscesos fríos y neumonía recurrente.

Esta alteración es producida por un defecto genético que ocasiona la producción de niveles séricos elevados de anticuerpos IgE; el eccema e infecciones recurrentes son característicos. Es una enfermedad extremadamente rara (8) y en la actualidad, distinguir a los pacientes con síndrome de hiper IgE (HIES) de los trastornos atópicos comunes, especialmente en los primeros años de vida, no es una tarea fácil (9). Se recomienda consultar con los especialistas en IDP (inmunodeficiencia primaria), sin embargo, incluso para estos especialistas, es difícil distinguir el HIES de los trastornos atópicos comunes. En este contex-

to, es esencial una historia familiar detallada y un curso clínico asociado con pruebas de laboratorio específicas para HIES. Desde un punto de vista clínico, la exclusión temprana de inmunodeficiencias combinadas (IDC) es especialmente importante, porque el número de pacientes con IDC con niveles séricos elevados de IgE es relativamente grande y el tratamiento temprano y curativo podría ser crucial para el pronóstico de los pacientes. Eventualmente, HIES se puede distinguir de los trastornos atópicos comunes al observar el curso clínico, generalmente el desarrollo y recurrencia de episodios infecciosos inusuales o la asociación de manifestaciones no inmunológicas. Si hay suficiente evidencia para indicar que los pacientes son diferentes de las enfermedades atópicas comunes, los paneles de pruebas genéticas para los genes causantes de HIES son el método de diagnóstico definitivo.

Para concluir, debido a que es una paciente compleja para el éxito del tratamiento, se ve conveniente un manejo multidisciplinario y asegurar la disponibilidad del acceso de la paciente a la medicación administrada en este caso, el imiquimod tópico durante el período de tratamiento que, como sabemos, es prolongado. Asimismo, es importante recalcar la importancia de la adecuada valoración en los servicios de emergencias y consultorios al no subestimar síntomas como el prurito vulvar entre otros puesto que se evidenció que en un gran porcentaje las neoplasias intraepiteliales son asintomáticas pero está en la agudeza del médico sospechar estas patologías antes de que debuten en etapas más avanzadas.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lebreton M, Carton, I, Brousse S, Lavoué V, Body G, Levêque J, & Nyangoh-Timoh K. Vulvar intraepithelial neoplasia: Classification, epidemiology, diagnosis, and management. *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction* 2020; 49(9), 101801. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101801>
2. Kesić V, Vieira-Baptista P, & Stockdale CK. Early Diagnostics of Vulvar Intraepithelial Neoplasia. *Cancers* 2022; 14(7), 1822. <https://doi.org/10.3390/cancers14071822>
3. Jin C, & Liang S. Differentiated Vulvar Intraepithelial Neoplasia: A Brief Review of Clinicopathologic Features. *Archives of pathology & laboratory medicine* 2019; 143(6), 768–771. <https://doi.org/10.5858/arpa.2018-0019-RS>
4. Ayala M, & Fatehi M. Vulvar Intraepithelial Neoplasia. In *StatPearls*. StatPearls Publishing 2022.
5. Voss FO, van Beurden M, & Jordanova ES. Topical imiquimod as first-line treatment for vulvar intraepithelial neoplasia. *Lancet* 2022 (London, England), 399(10337), 1755–1757. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00624-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00624-9)
6. Altal OF, Rawashdeh S, Al Sharie S, Al Zu'bi YO, Al Sharie AH, Daoud MN, & Alkhaldeh KM. Surgical excision of giant vulvar angiofibroma: A case report and a review of literature. *Medicine* 2022, 101(36), e30125. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000030125>
7. Davis SD, Schaller J, Wedgwood RJ. Job's syndrome: recurrent, "cold", staphylococcal abscesses. *Lancet* 1966,1:1013-1015.
8. Minegishi Y. Hyper-IgE syndrome, 2021 update. *Allergology international: official journal of the Japanese Society of Allergology*, 2021;70(4), 407–414. <https://doi.org/10.1016/j.alit.2021.07.007>
9. Al-Shaikhly T, & Ochs HD. Hyper IgE syndromes: clinical and molecular characteristics. *Immunology and cell biology* 2019; 97(4), 368–379. <https://doi.org/10.1111/imcb.12209>

RECIDIVA LOCAL DE CARCINOMA ESCAMOSO DE ANO. A PROPÓSITO DE UN CASO

CASE REPORT OF LOCAL RECURRENCE OF SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF ANUS

DRES. GALANTE BECERRA ANTONELLA¹, GATTI SEBASTIÁN², DOSSO MARÍA DE LOS ÁNGELES²

RESUMEN

El carcinoma de canal anal representa el 2% a 4% de todos los casos de cáncer de colon, recto y ano. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma de células escamosas representando el 85% a 90% de los mismos. Está fuertemente asociado a la infección por el Virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) y al Virus del Papiloma Humano (HPV). El caso clínico que exponemos tiene gran relevancia ya que es una presentación poco usual de la patología.

Palabras clave: cáncer de ano, HIV, canal anal

SUMMARY

Anal canal carcinoma accounts for 2% to 4% of all cases of colon, rectal, and anal cancer. The most common histologic type is squamous cell carcinoma, which accounts for 85% to 90% of all cases. It is strongly associated with human immunodeficiency virus (HIV) and human papillomavirus (HPV). The clinical case that we expose has great relevance since it is a rare presentation of the pathology.

Keywords: anal cancer, HIV, anal canal

1. Concurrente de Dermatología. Servicio Clínica Médica. Hospital General de Agudos Parmenio Piñero, Buenos Aires, Argentina
2. Médico de Planta. Servicio Clínica Médica. Hospital General de Agudos Parmenio Piñero. Docente Ayudante de Primera UDH Piñero, Buenos Aires, Argentina

e-mail: antonellagalanteb@gmail.com

Fecha de recepción: 9 de Mayo de 2023
Fecha de aceptación: 19 de Mayo de 2023

CASO CLÍNICO

Paciente mujer trans de 62 años con antecedentes de carcinoma escamoso de ano asociado a HPV diagnosticado en el año 2004 libre de enfermedad. HIV diagnosticado en el mismo año con TARV (terapia antirretroviral) intermitente sin controles. Se actualiza estado inmunológico CD4: 1186/mm³, CV (carga viral) indetectable.

Secundario a enfermedad oncológica, recibió radioterapia e intervención quirúrgica con colectomía ampliada, amputación anal y colostomía.

Consulta por lesión sacra ulcerada supurativa de 35 x 20 cm de 6 meses de evolución (figura 1), síndrome de impregnación y dolor intenso.

Se realizó TC de tórax, abdomen y pelvis que evidencia compromiso local con tumoración en región pélvica infiltrante en íntimo contacto con la vejiga. Sin metástasis a distancia.

Durante su internación la paciente estuvo en seguimiento interdisciplinario con el Servicio de Infectología y Dermatología quienes tomaron biopsia de la lesión.

Se recibe resultado de anatomía patológica: CARCINOMA ESCAMOSO BIEN DIFERENCIADO INFILTRANTE DE ANO ASOCIADO A HPV.

Frente al diagnóstico de recidiva local y ante el estado clínico de la paciente se decide realizar tratamiento quimioterápico paliativo con Capacitabina por vía oral para evitar el avance de la lesión y analgesia de 3er escalón para control de dolor, con buena respuesta.

Luego de múltiples interurrencias infecciosas, la paciente fallece a causa de un Shock Séptico.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

El cáncer de canal anal, el cual comprende los últimos 3 a 5 cm del tracto gastrointestinal, a través del esfínter externo e interno, ex-

tendiéndose desde la línea pectínea o dentada hasta el reborde anal, representa aproximadamente un 2% a 3% de todas las neoplasias digestivas (1). Entre los factores predisponentes, el estado inmunológico alterado del paciente, como consecuencia de trasplantes, la infección por VIH o cualquier enfermedad que conduzca a una depresión del sistema inmunológico, desempeña un papel importante en la génesis del tumor. Además, se ha invocado la presencia de cambios inflamatorios crónicos presentes en procesos fistulosos, hidrosadenitis supurativa o enfermedad inflamatoria crónica intestinal. El virus del papiloma humano (HPV) tipo 6, responsable de los condilomas anales, puede sufrir transformación maligna hasta en un 30% de los casos. También la infección por el HPV tipos 16 y 18 actúan como factor desencadenante del cáncer epidermoide anal (2).

Figura 1



La presentación clínica asintomática es probable. Las manifestaciones más usuales son hemorragias locales, tenesmo, tumoración y prurito. Si la infiltración es profunda aparecerán alteraciones en el ritmo intestinal, dolor pélvico, malestar con la sedestación, masa perineal o grados variables de incontinencia fecal (3).

El diagnóstico se basa en la díada clínica-imagenológica. Los estudios complementarios más utilizados son la tomografía, la resonancia magnética o la ecografía endoanal.

Las pruebas de laboratorio tienen baja especificidad como la hipergammaglobulinemia. El marcador (CEA), si bien es el más utilizado para cáncer colorrectal, es de escasa utilidad, ya que puede estar elevado por otras patologías concomitantes como así también encontrarse dentro de valores normales aun en presencia de recidivas, sobre todo recurrencias locales.

Antiguamente, los pacientes con carcinoma anal invasivo se trataban de forma rutinaria con una resección abdominoperineal. Sin embargo, las tasas de recurrencia local fueron altas, la supervivencia a los 5 años fue solo del 40 % al 70 % y la morbilidad con una colostomía permanente fue considerable (4).

Actualmente, lo recomendado es el tratamiento conservador del cáncer de canal anal utilizando radioterapia y quimioterapia con 5-fluorouracilo (5-FU) y mitomicina C (MMC) (5).

Se recomienda que los pacientes clasificados con una remisión completa de la enfermedad se sometan a una vigilancia más intensiva

cada 3 a 6 meses durante 5 años mediante anoscopia y palpación de ganglios inguinales.

Se debe considerar una radiografía de tórax y una tomografía computarizada pélvica anualmente durante 3 años para pacientes con enfermedad localmente avanzada (es decir, tumor T3/T4) o cánceres con ganglios positivos para screening de enfermedad a distancia.

CONCLUSIÓN

Se realiza el diagnóstico de recidiva local de cáncer de ano luego de 18 años del primer diagnóstico, en paciente HIV con buen estatus inmunológico y libre de enfermedad oncológica.

La relevancia del caso se debe a que luego de una extensa búsqueda en revistas, journals y sitios médicos, no se encontraron casos de recidivas tardías reportados hasta el momento.

En este contexto, surge la importancia de visualizarlo y componer una revisión bibliográfica y luego de la lectura del artículo considerar la posibilidad de recidiva en aquellos pacientes con antecedentes de carcinoma de ano que consultan por alguna lesión cutánea o del margen anal a fin de no demorar en el diagnóstico y optimizar el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

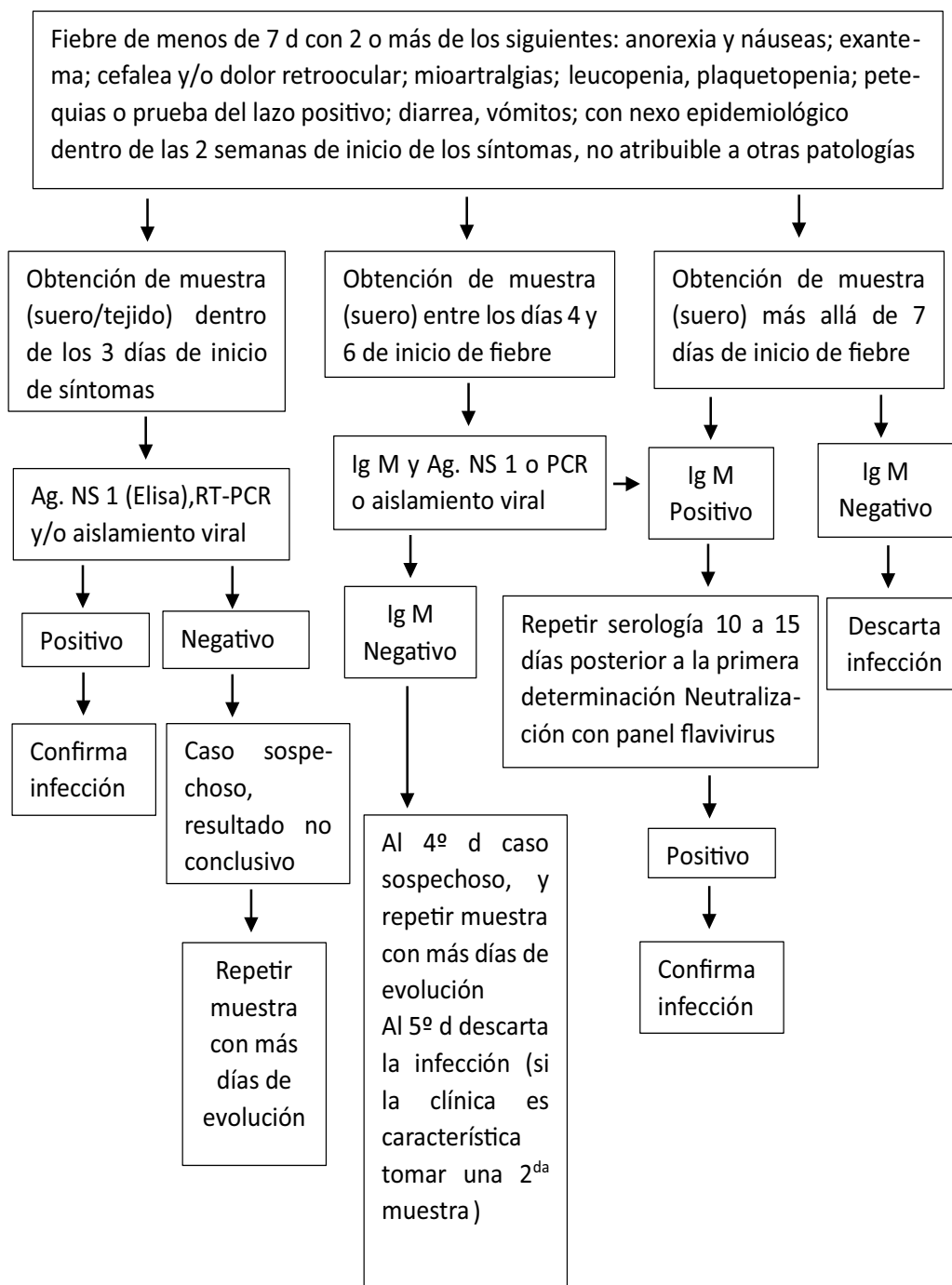
1. Siegel RL, Millar KD, Jemal A. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2016; 66(1):7-30. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21332/epdf>.
2. Oliver GC, Labow SB. Neoplasias del ano. *Clin Quir Nort Am* (ed.esp.), 1994 (6): 1529-1543
3. Greenall MJ, Quan SH, Steams MW, Urmacher C, De Cosse JJ. Epidermoid cancer of the anal margin. Pathological features, treatment and clinical results. *Am J Surg* 1985 (149): 95-101.
4. Engstrom PF, Armoletti, JP, Benson AB, Berlin J D, Berry JM, Chen Y, Choti MA, Cooper HS, Dilawari RA, Early DS, Enzinger PC, Fakih MG, Fleshman J, Jr Fuchs, C, Grem, J. L., Knol, J. A., Leong, L. A., Lin, E., Mulcahy, M. F., Rohren, E., Ryan, D. P., Saltz L, Shibata D, Skibber JM, Small W, Jr Sofocleous, C, Thomas J, Venook AP, & Willett C. Anal Carcinoma, *Journal of the National Comprehensive Cancer Network J Natl Compr Canc Netw*, 2010 8(1), 106-120. Retrieved Apr 19, 2023.
5. Leborgne José Honorio, Ortega Bettys, Aguiar Sergio, Terradas María Luisa, Lestido Valentina, Giordano Mauro, & Mezzera Julieta. Tratamiento del cáncer de canal anal. Descripción de técnica y resultados de tratamiento radiante con o sin quimioterapia. Estudio retrospectivo en una población no seleccionada (1988 - 2016). *Revista Médica del Uruguay*, 2019; 35(4): 29-51. Epub 01 de diciembre de 2019

ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

FICHA Nº 2

Dra. Silvia I. Falasco

ALGORITMO DIAGNÓSTICO DEL DENGUE



Ag: antígeno; d: día; Ig: inmunoglobulina; RT-PCR: reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa reversa

ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

FICHA Nº 2

Dra. Silvia I. Falasco

ALGORITMO DIAGNÓSTICO DEL DENGUE

El dengue, al igual que el chikungunya y zika, son arbovirosis que se transmiten por los mismos vectores: *Aedes aegypti*, el *Aedes albopictus* es un vector potencial en las Américas. Cuando el antígeno NS1 es positivo por un Test Rápido estamos en presencia de un caso probable de dengue y debe confirmarse por PCR, Aislamiento viral o Neutralización con Panel de Flavivirus y estudiar el serotipo. El virus del dengue presenta los serotipos 1, 2, 3 y 4. La inmunidad es serotipo-específica por lo que la infección con un serotipo confiere inmunidad permanente contra ese serotipo y sólo por unos meses contra el resto. El serotipo 2 y 3 se asocia a formas más graves. El *Aedes aegypti* suele picar durante la mañana y por la tarde.

El dengue tiene un período de incubación de 5 a 7 días, aunque puede prolongarse hasta 14 días. Un porcentaje amplio cursa en forma asintomática. Existen formas leves que cursan con un cuadro febril agudo, formas graves que son más frecuentes en quienes ya tuvieron dengue por un serotipo caracterizado por hemorragias, pérdida de plasma por aumento de la permeabilidad capilar, derrame pleural, pericárdico, ascitis, shock. Otras manifestaciones clínicas: encefalitis, miocarditis, hepatopatía, insuficiencia renal aguda.

La etapa febril se extiende por 5 a 7 días. Las 48 horas posteriores al cese de la fiebre es la etapa de mayor riesgo de aparición de las complicaciones. Son signos de alarma: dolor abdominal intenso y sostenido, vómitos persistentes, derrame pleural, pericárdico, ascitis, sangrado de mucosas, somnolencia o irritabilidad, hepatomegalia (> 2 cm). Hay un aumento brusco del hematocrito y disminución de las plaquetas. En pocas horas un paciente puede pasar de una forma leve a una grave.

En áreas con circulación autóctona del virus no es necesario estudiar a todos los casos sospechosos por laboratorio. Si se confirma por antígeno NS1, debe estudiarse el serotipo y realizar monitoreo y vigilancia por la posibilidad de introducción de nuevos serotipos.

En áreas sin circulación autóctona del virus a todo caso sospechoso estudiar por laboratorio recomendando no efectuar un test rápido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Algoritmo de diagnóstico y notificación de dengue a través del SNVS. Ministerio de Salud. Área de Vigilancia de la Salud - Dirección de Epidemiología. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-10/afiche_Algoritmo_dengueA3_6-07-2022.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica Dengue en la Región de las Américas 28 de marzo de 2023. Washington, D.C. OPS/OMS. 2023
3. Guía preliminar en revisión de dengue para el equipo de salud. <https://www.msal.gob.ar/images/stories/cofesa/2009/acta-02-09/anexo-6-guia-dengue-02-09>
4. Guía para el equipo de salud. Enfermedades infecciosas. Dengue. 4ta edición, 2015. Ministerio de Salud

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 19 SERÁ EL 30/09/2023.

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



SOCIEDAD
DE MEDICINA INTERNA
DE BUENOS AIRES

01

LA DISNEA DE APARICIÓN BRUSCA **NO** ORIENTARÍA EL DIAGNÓSTICO HACIA

- A EPOC
- B TEP
- C Neumotórax

02

LA DISNEA CRÓNICA **NO** ORIENTARÍA EL DIAGNÓSTICO HACIA

- A Asma
- B Insuficiencia cardíaca
- C Síndrome coronario agudo

03

ANTE LA PRESENCIA DE ORTOPNEA OBLIGADA, ¿CUÁL SERÍA SU IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA?

- A Insuficiencia cardíaca izquierda
- B Asma bronquial
- C Broncoespasmo

04

LA DISNEA PAROXÍSTICA NOCTURNA SE PRODUCE POR EL SIGUIENTE MECANISMO

- A Aumento del retorno venoso por reabsorción de edemas
- B Cambios de presión intratorácica
- C A y B

05

PARA PRODUCIRSE EL EDEMA AGUDO DE PULMÓN, LA PRESIÓN EN EL CAPILAR PULMONAR DEBE SUPERAR

- A 20 mmHg
- B 22 mmHg
- C 25 mmHg

06

SEÑALE LA AFIRMACIÓN **INCORRECTA** ACERCA DE LA MEDICIÓN DE PRO-BNP-NT

- A Es moderadamente sensible y altamente específico para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca
- B Valores inferiores a 300 pg/mL excluyen el diagnóstico de IC
- C El valor de corte en mayores de 75 años es 1800 pg/mL

07

¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES MARCADORES/ESTUDIOS TIENE MÁS SENSIBILIDAD PARA EL DIAGNÓSTICO DE TEP?

- A Patente S1 Q3 T3
- B Bloqueo incompleto de rama derecha
- C Dimero D

08

¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES PATRONES ESPIROMÉTRICOS ES MÁS CARACTERÍSTICO DE PATOLOGÍA RESTRICTIVA?

- A CVF normal, VEF1 disminuido, VEF1/CVF normal
- B CVF disminuida, VEF1 disminuido, VEF1/CVF aumentado
- C CVF normal, VEF1 disminuido, VEF1/CVF disminuido

09

LA PATOLOGÍA DE TIPO OBSTRUCTIVA SE CARACTERIZA POR

- A Reversibilidad con broncodilatadores
- B FEV₂₅ a 75 muy disminuido
- C Una espirometría normal descarta la patología obstructiva

10

¿ANTE QUÉ SOSPECHA DIAGNÓSTICA UTILIZARÍA LA TAC EN EL PACIENTE DISNEICO?

- A Debe realizarse en todos los casos en que la Rx de tórax sea normal
- B Enfermedades del intersticio pulmonar
- C Asma bronquial

11	¿EN QUÉ CLASE FUNCIONAL CLASIFICARÍA LA DISNEA QUE OCURRE AL SUBIR ESCALERAS?	<p>A <input type="checkbox"/> Clase funcional I</p> <p>B <input type="checkbox"/> Clase funcional II</p> <p>C <input type="checkbox"/> Clase funcional III</p>
12	SEÑALE LA AFIRMACIÓN INCORRECTA	<p>A <input type="checkbox"/> La disnea tiene una sensibilidad alta para el diagnóstico de IC</p> <p>B <input type="checkbox"/> La disnea tiene una especificidad baja para el diagnóstico de IC</p> <p>C <input type="checkbox"/> La disnea tiene alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de IC</p>
13	SEÑALE V O F EN LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES	<p>A <input type="checkbox"/> La fibrosis pulmonar provoca una disminución de la compliance de los tejidos elásticos</p> <p>B <input type="checkbox"/> Las enfermedades obstructivas ocasionan una disminución de la compliance tóracopulmonar</p> <p>C <input type="checkbox"/> La hipoxemia, hipercapnia y la alcalosis son estímulos del centro respiratorio</p>
14	SEÑALE LA AFIRMACIÓN CORRECTA SOBRE VIN	<p>A <input type="checkbox"/> El VIN es un cáncer de vulva de estirpe muy agresiva</p> <p>B <input type="checkbox"/> El VIN es una lesión precancerosa de vulva</p> <p>C <input type="checkbox"/> El VIN es una lesión benigna que se presenta asociada a HPV</p>
15	EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA PARA VIN ES	<p>A <input type="checkbox"/> Cirugía</p> <p>B <input type="checkbox"/> Radioterapia</p> <p>C <input type="checkbox"/> Imiquimod tópico</p>
16	LA PRESENTACIÓN CLÍNICA DEL VIN ES	<p>A <input type="checkbox"/> Típica lesión polipoidea de color rojizo</p> <p>B <input type="checkbox"/> Lesión ulcerada con fondo sangrante</p> <p>C <input type="checkbox"/> Lesión plana o sobrelevada, pálida, pigmentada o rojiza</p>
17	EL ANGIOFIBROMA CELULAR VULVAR ES	<p>A <input type="checkbox"/> Un tipo de cáncer poco frecuente y muy agresivo</p> <p>B <input type="checkbox"/> Un tumor benigno altamente vascularizado</p> <p>C <input type="checkbox"/> Una forma clínica del angiomiofibroblastoma</p>
18	EL SÍNDROME DE JOBS SE CARACTERIZA POR SER	<p>A <input type="checkbox"/> Una patología con elevación de IGE e IGM</p> <p>B <input type="checkbox"/> Una patología con elevación de IGE, atopía e infecciones repetidas</p> <p>C <input type="checkbox"/> Una patología oncohematológica</p>
19	LA RECIDIVA LOCAL EN EL CARCINOMA DE ANO	<p>A <input type="checkbox"/> Puede aparecer en los primeros 5 años</p> <p>B <input type="checkbox"/> No se ven recidivas locales luego del tratamiento</p> <p>C <input type="checkbox"/> Pueden aparecer independientemente del tiempo de diagnóstico</p>
20	EL CARCINOMA DE ANO REPRESENTA	<p>A <input type="checkbox"/> El 10% de los tumores del tubo digestivo</p> <p>B <input type="checkbox"/> El 2-3% de los tumores del tubo digestivo</p> <p>C <input type="checkbox"/> El 15 a 25% de los tumores del tubo digestivo</p>

21

EL CARCINOMA ESCAMOSO DE ANO

- A Se asocia siempre a infecciones por HIV
- B Se asocia siempre a procesos inflamatorios locales
- C Puede asociarse a compromiso inmunológico, HIV y HPV

22

EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN EN EL CARCINOMA DE ANO ES

- A Resección local ampliada
- B Resección abdomino pelviana
- C Radioterapia y quimioterapia

23

MARCADORES ONCOLÓGICOS EN EL CARCINOMA DE ANO

- A El CEA no se relaciona con la patología
- B El Ca-19.9 siempre está elevado en este tumor
- C Los marcadores no siempre resultan de utilidad

24

SEÑALE V O F EN LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE DENGUE

- A Hay 4 serotipos (1, 2, 3, 4)
- B El período de incubación es de 14 a 20 días
- C El serotipo 1 y 2 se asocian a formas graves

25

ES SIGNO DE ALARMA EN DENGUE

- A Derrame pleural, pericárdico, ascitis, sangrado de mucosas
- B Descenso del hematocrito y de las plaquetas
- C A y B

26

ES CIERTO SOBRE EL DENGUE

- A Las 48 hs posteriores al cese de la fiebre tiene mayor riesgo de complicaciones
- B Ag. NS 1, RT-PCR negativo al día 3 de inicio de la fiebre descarta dengue
- C Las formas asintomáticas son excepcionales

27

DÍA 4 DE INICIO DE SÍNTOMAS CON SOSPECHA DE DENGUE SOLICITARÍA

- A Ag. NS 1 o PCR o aislamiento viral
- B Ig M y Ag. NS 1 o PCR o aislamiento viral
- C Ig M

28

DENTRO DE LA SIGNOSINTOMATOLOGÍA DEL DENGUE ES INCORRECTO

- A Dolor retroocular
- B Dolor abdominal y vómitos
- C Hiperplaquetosis

29

SEÑALE LA OPCIÓN VERDADERA SOBRE EL DENGUE

- A Después del día 7 de inicio de síntomas estudiar caso por métodos directos e indirectos
- B La inmunidad es serotipo específico
- C La etapa febril se extiende por 2 a 3 días

30

EN ÁREAS CON CIRCULACIÓN AUTÓCTONA DEL VIRUS DENGUE

- A Estudiar a todos los casos sospechosos por laboratorio
- B Estudiar serotipo y monitorear aparición de otro serotipo
- C Solo estudiar con Ig M

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

DOBLE AQUI

ENVIE ESTAS RESPUESTAS Y DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDO _____ MATRÍCULA _____ ESPECIALIDAD _____

DIRECCIÓN _____

LOCALIDAD _____ CP _____ DOC. IDENT. _____

OBSERVACIONES _____

_____ DE _____ DE 2023



SOCIEDAD
DE MEDICINA INTERNA
DE BUENOS AIRES

FIRMA



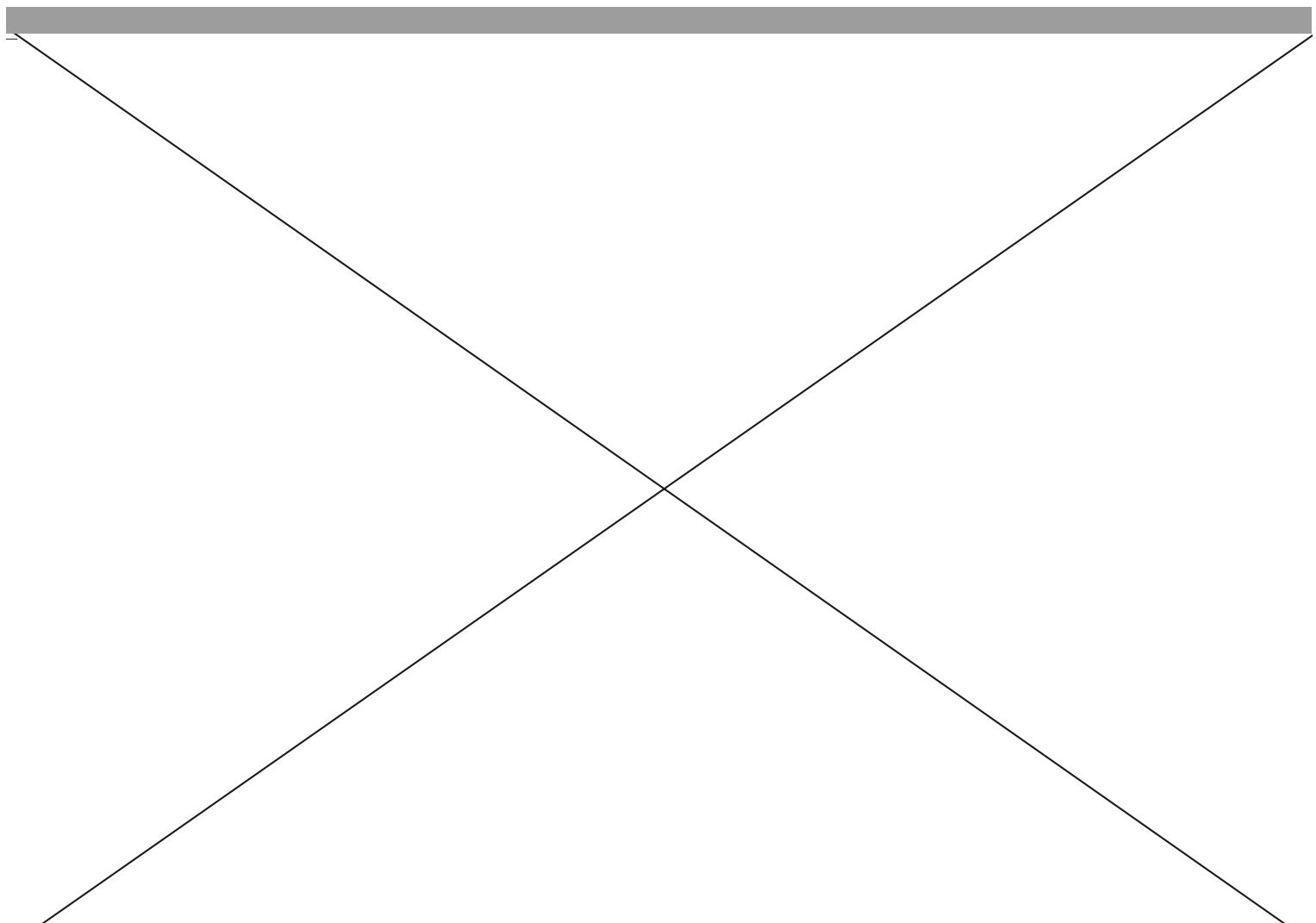
RESPUESTAS POSTALES PAGADAS

**FRANQUEO SERA PAGADO
POR EL DESTINATARIO**



**SOCIEDAD DE MEDICINA
INTERNA DE BUENOS AIRES**

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



► Instrucciones a los autores

Normas y requisitos para la publicación de trabajos

1. LOS AUTORES DEBERÁN ENVIAR SU MANUSCRITO A SMIBA@FIBTEL.COM.AR CON LA REFERENCIA: "TRABAJO PARA EVALUACIÓN REVISTA DE MEDICINA INTERNA"

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

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

⊙ CASO CLÍNICO: EXTENSIÓN MÁXIMA: 8 PÁGINAS, 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 SIGUIENTE (CADA SECCIÓN DEBE COMENZAR EN UNA NUEVA PÁGINA):

A) PÁGINA DEL TÍTULO

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

⊙ 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 CORRESPONDENCIA.

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

B) RESUMEN

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

EN CASTELLANO E INGLÉS, DE NO MÁS DE 150 PALABRAS PARA LOS RESÚMENES NO ESTRUCTURADOS Y DE NO MÁS DE 250 PARA LOS ESTRUCTURADOS.

A CONTINUACIÓN 3 A 10 PALABRAS CLAVES PARA LA BÚSQUEDA DEL ARTÍCULO.

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

⊙ INTRODUCCIÓN:

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

⊙ MATERIAL Y MÉTODO:

DESCRIBA CLARAMENTE LA SELECCIÓN DE LOS SUJETOS QUE HA OBSERVADO O CON QUIENES HA EXPERIMENTADO (PACIENTES, ANIMALES DE LABORATORIO, INCLUYENDO LOS CONTROLES). IDENTIFIQUE LOS MÉTODOS, APARATOS (CON EL NOMBRE DEL FABRICANTE Y LA DIRECCIÓN ENTRE PARÉNTESIS) Y LOS PROCEDIMIENTOS USADOS CON SUFICIENTE DETALLE PARA QUE PERMITA A OTROS AUTORES REPRODUCIR EL TRABAJO.

CUANDO UTILICE MÉTODOS BIEN ESTABLECIDOS DE USO FRECUENTE (INCLUSO LOS ESTADÍSTICOS) NÓMBRELOS CON SUS RESPECTIVAS REFERENCIAS; CUANDO ÉSTOS HAYAN SIDO PUBLICADOS, PERO NO SE CONOZCAN BIEN, AGREGUE UNA BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS MISMOS. SI LOS MÉTODOS SON NUEVOS O APLICÓ MODIFICACIONES A MÉTODOS ESTABLECIDOS, DESCRÍBALOS CON PRECISIÓN, JUSTIFIQUE SU EMPLEO Y ENUNCIE SUS LIMITACIONES.

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

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

⊙ RESULTADOS:

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

⊙ DISCUSIÓN:

ENFATICE LOS ASPECTOS NUEVOS E IMPORTANTES DEL ESTUDIO Y LAS CONCLUSIONES QUE SURGEN DE ÉL. NO REPITA EN DETALLE LOS DATOS QUE FIGURAN EN RESULTADOS. INCLUYA EN DISCUSIÓN LA IMPLICANCIA DE LOS HALLAZGOS Y SUS LIMITACIONES Y RELATE LAS OBSERVACIONES DE OTROS ESTUDIOS RELEVANTES. RELACIONE LAS CONCLUSIONES CON LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO, PERO EVITE CONCLUSIONES QUE NO ESTÉN COMPLETAMENTE APOYADAS POR SUS HALLAZGOS.

SMI

EVITE ARGUMENTAR QUE EL TRABAJO NO HA SIDO COMPLETADO. PLANTEE NUEVAS HIPÓTESIS CUANDO CORRESPONDA, PERO ACLARE QUE SON SÓLO HIPÓTESIS. LAS RECOMENDACIONES, SI SON ADECUADAS, DEBEN INCLUIRSE.

⊙ AGRADECIMIENTOS:

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

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

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

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. EDICIÓN. CIUDAD Y PAÍS: CASA EDITORA; AÑO DE PUBLICACIÓN. SI ES CAPÍTULO DE UN LIBRO: AUTORES. TÍTULO DEL CAPÍTULO.

“EN...” (TODAS LAS REFERENCIAS DEL LIBRO). PÁGINA INICIAL Y FINAL DEL CAPÍTULO. MATERIAL ELECTRÓNICO: COMO EN ARTÍCULOS EN REVISTAS INDICANDO LA DIRECCIÓN DE LA PÁGINA WEB DE PROCEDENCIA DEL TRABAJO.

LOS AUTORES SON RESPONSABLES DE LA EXACTITUD DE SUS REFERENCIAS.

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

SOBRE CADA COLUMNA COLOQUE UN ENCABEZAMIENTO CORTO O ABREVIADO. SEPARÉ CON LÍNEAS HORIZONTALES SOLAMENTE LOS ENCABEZAMIENTOS DE LAS COLUMNAS Y LOS TÍTULOS GENERALES. LAS COLUMNAS DE DATOS DEBEN SEPARARSE POR ESPACIOS Y NO POR LÍNEAS VERTICALES. CUANDO SE REQUIERAN NOTAS ACLARATORIAS, AGRÉGUENLAS AL PIE DE LA TABLA.

USE NOTAS ACLARATORIAS PARA TODAS LAS ABREVIATURAS NO ESTÁNDAR. CITE CADA TABLA EN SU ORDEN CONSECUTIVO DE MENCIÓN EN EL TEXTO DE TRABAJO.

FIGURAS: DENOMINE “FIGURA” A CUALQUIER ILUSTRACIÓN QUE NO SEA TABLA (EJS: GRÁFICOS, RADIOGRAFÍAS, ELECTROCARDIOGRAMAS, ECOGRAFÍAS, ETC.). PARA LOS GRÁFICOS EMPLEAR 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 PUBLICACIÓN.

SUS TÍTULOS Y LEYENDAS DEBEN APARECER EN LA FOTOGRAFÍA, QUE SE INCLUIRÁN EN HOJA APARTE, PARA SER COMPUESTOS POR LA IMPRENTA. LOS SÍMBOLOS, FLECHAS O LETRAS EMPLEADAS EN LAS FOTOGRAFÍAS DE PREPARACIONES MICROSCÓPICAS DEBEN TENER TAMAÑO Y CONTRASTE SUFICIENTE PARA DISTINGUIRSE DE SU ENTORNO, INDICANDO MÉTODOS DE TINCIÓN EMPLEADOS Y AMPLIACIÓN REALIZADA. CITE CADA FIGURA EN EL TEXTO, EN ORDEN CONSECUTIVO.

SI UNA FIGURA REPRODUCE MATERIAL YA PUBLICADO, INDIQUE SU FUENTE DE ORIGEN Y OBTENGA PERMISO ESCRITO DEL AUTOR Y DEL EDITOR ORIGINAL PARA REPRODUCIRLA EN SU TRABAJO. LAS FOTOGRAFÍAS DE PACIENTES DEBEN CUBRIR 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.

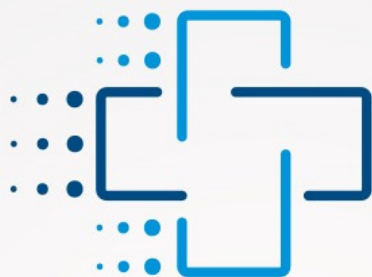
7. LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA ASIGNARÁ EL MANUSCRITO A DOS MIEMBROS DEL COMITÉ DE ARBITRAJE PARA SU REVISIÓN POR PARES, PUDIENDO EL TRABAJO SER APROBADO, RECHAZADO O SOLICITAR CAMBIOS DE CORRECCIÓN AL O A LOS AUTORES. LOS COMENTARIOS DE LOS EVALUADORES SERÁN ANÓNIMOS.

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

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

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

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



II CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA INTERNA CLÍNICA MÉDICA - SMIBA 30 - 31 de Octubre y 1 Noviembre 2023

- 34° Congreso de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires
- VI Jornadas Sociedad Latinoamericana de Aterosclerosis (SOLAT)
- IV Jornadas del Foro Iberoamericano de Educación Médica
- Jornadas Rioplatenses / III Jornadas de Residentes / Dr. Dilemma
- I Jornadas Latinoamericanas de Mujeres Internistas
- Jornadas SOLAMI de Medicina Interna



PROGRAMA PRELIMINAR

LUNES 30 DE OCTUBRE

8.30 a 9.00 Hs SUBSUELO

DESAYUNO

9.00 a 10.15 Hs

SALÓN MARIANO CASTEX SESIÓN HOSPITAL DURAND

9.00 a 10.15 Hs

SALÓN ENTRE PISO CHARLA CON EXPERTOS

¿Cómo hacer medicina de alto valor?

DR. ALFREDO CABRERA RAYO

Cáncer: Consecuencias epidemiológicas del atentado de las Torres Gemelas.

DRA. CECILIA CRISANTI

Actualización en GOTA.

DR. GUILLERMO VALENZUELA

9.00 a 10.15 Hs

SALÓN 1º PISO SESIÓN HOSPITAL PENNA

REFRIGERIO de 10.15 a 10.45 Hs

10.45 a 12.00 Hs

SALÓN MARIANO CASTEX NUEVAS ESTRATEGIAS EN NEUMONOLOGÍA

Presidenta: DRA. MARÍA SALOMÉ PILHEU
(Htal. Rivadavia)

Secretaria: DRA. CARLA GONZÁLEZ

Coordinador: DR. DANIEL PÉREZ CHADA
(Htal. Austral)

Evaluación y elección del tratamiento en asma grave. DRA. MARÍA EUGENIA FRANCHI
Definiendo la enfermedad intersticial pulmonar.

DR. MARTÍN ETCHEGOREN

Recomendaciones locales de cribaje de cáncer pulmonar. DR. ALEJANDRO VIDELA

Qué hay de nuevo en GOLD 2023.

DR. NICOLÁS ALBERINI

10.45 a 12.00 Hs

SALÓN ENTREPISO MINI CURSO DE MAXI PROBLEMAS MANEJO PERIOPERATORIO

Presidente: DR. NICOLÁS BLANCO

Secretaria: DRA. CARMEN DASSO

Coordinador: DR. MARIANO RIVET

Fiebre en el post operatorio, abordaje y diagnóstico inicial. DR. CARLOS COZZANI

Anticoagulantes en el perioperatorio.
DRA. PATRICIA CASAS
Prevención de las complicaciones
respiratorias perioperatorias.
LIC. KGO FERNANDO DA FONSECA

10.45 a 12.00 Hs

SALÓN 1º PISO
EL INTERNISTA Y LA TIROIDES

Presidente: DR. JAVIER TOIBARO
Secretaria: DRA. ANA MARÍA REQUEIJO
Coordinador: DR. OSCAR LEVALLE
(Htal. Álvarez)

Nódulo tiroideo y cáncer.
DRA. ADRIANA VÁZQUEZ
Tratamiento con Levotiroxina.
DRA. GRACIELA ALCATRAZ
Tiroiditis. DRA. GIMENA GONZÁLEZ BUJAN

REFRIGERIO de 12.00 a 12.30 Hs

12.30 a 13.45 Hs

SALÓN MARIANO CASTEX
TIEMPO ES CEREBRO

Presidente: DR. ALEJANDRO CAROSIO
Secretario: DR. FERNANDO ROSSI
Coordinador: DR. PEDRO LYLYK (ENERI)

Nuevas conductas terapéuticas
neurológicas en el ACV. DR. JUAN CIRIO
Inteligencia Artificial aplicada al rescate
neuronal en el ACV. DR. PABLO DILUCA
Todo en una. De la puerta al Angiógrafo.
Nuevo paradigma en el tratamiento del
ACV agudo. DR. CARLOS BLEISE

2.30 a 13.45 Hs

SALÓN ENTREPISO
LA SALUD DE LA MUJER

Presidenta: DRA. GUILLERMINA LUDUEÑA
Secretaria: DRA. MYRIAM ROMERO
Coordinador: DR. SEBASTIÁN ALTUNA (Sanatorio
Mater Dei)
Colestasis y embarazo. Hipertensión

arterial y embarazo. DRA. JESSICA CAMPO FLORES
Y DRA. JUDITH ÁLVAREZ
La uroginecología y el clínico.
DR. SEBASTIÁN PÉREZ JUNQUEIRA
La condición clínica y la cirugía
ginecológica. DR. MARTÍN BALLARIN

2.30 a 13.45 Hs

SALÓN 1º PISO
EDUCACIÓN MÉDICA: UNA NECESIDAD
IMPOSTERGABLE

Foro Ibero Americano de Educación Médica
/ Sociedad Argentina de Educación Médica

Presidente: DR. ROBERTO REUSSI
Secretario: DR. OSCAR CANTELI
Coordinadora: DRA. SILVIA FALASCO (Htal. Fiorito)

Ciencias y Tecnología integradas para la
solución de problemas sociales en la cultura
médica. DRA. ISIS BETANCOURT (Cuba)
La práctica de la Medicina Interna y la
responsabilidad social.
DR. MARIO PATIÑO (Venezuela)
Educación Médica ¿QUO Vadis?
DR. JESÚS MILLÁN NÚÑEZ CORTÉS (España)
Enseñanza al lado de la cama Sí o Sí.
DR. HELI HERNÁNDEZ (Colombia)

REFRIGERIO de 13.45 a 14.15 Hs

14.15 a 15.15 Hs

SALÓN MARIANO CASTEX
SIMPOSIO

14.15 a 15.15 Hs

SALÓN ENTREPISO
SIMPOSIO

14.15 a 15.15 Hs

SALÓN 1º PISO
SIMPOSIO – FUNDACIÓN REUSSI – PREMIO
MAESTRO DE LOS ANDES

Dr. CARLOS TAJER
Dr. JORGE MERCADO

15.15 a 16.30 Hs

**SALÓN MARIANO CASTEX
LA TARDE DE LA DIABETES –SESIÓN I- DE
LA METFORMINA A LA TIRZEPATIDE**

Presidenta: DRA. ANDREA PISAREVSKY
Secretario: DR. WALTER BRUNO
Coordinador: DR. FÉLIX PUCHULU (Htal. de
Clínicas)
DRA. FLORENCIA ARANGUREN
DR. FÉLIX PUCHULU

15.15 a 16.30 Hs

**SALÓN ENTREPISO
LAS PATOLOGÍAS DEL HIERRO**

Presidente: DR. FLORENCIO OLMOS
Secretario: DR. ERNESTO GUZMÁN MORALES
Coordinador: DR. MIGUEL PAVLOVSKY
(FUNDALEU)

Aumento de la ferritina.
DR. BRUNO WANESSON
La Ferropenia tratamiento.
DR. RICARDO KALIL TANNURI
Paciente con linfocitosis.
DR. MIGUEL PAVLOVSKY

15.15 a 16.30 Hs

**SALÓN 1º PISO
SESIÓN HOSPITAL ARGERICH**

REFRIGERIO de 16.30 a 17.00 Hs

7.00 a 18.15 Hs

**SALÓN MARIANO CASTEX
LA TARDE DE LA DIABETES SESIÓN II -
EL FUTURO DE LA DIABETES TIPO 2**

Presidenta: DRA. ANDREA PISAREVSKY
Secretario: DR. WALTER BRUNO
Coordinador: DR. FÉLIX PUCHULU (Htal. de
Clínicas)

Manejo de la Diabetes Tipo 2.
DR. GUILLERMO UMPIÉRREZ. Emory Hospital (EE.UU)
Toda la tecnología en diabetes.
ADRIÁN PROEITTI

17.00 a 18.15 Hs

**SALÓN ENTREPISO
PUESTA AL DÍA EN INFECTOLOGÍA
AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS**

Presidente: DR. DANIEL CARNELLI
Secretaria: DRA. MARÍA DE LOS DOLORES RAMÍREZ

17.00 a 18.15 Hs

**SALÓN 1º PISO
SESIÓN HOSPITAL ÁLVAREZ – IDENTIDAD
DE GÉNERO ¿CÓMO LO ABORDAMOS?**

Disertantes: DR. MAURICIO MÉCCICO y
DRA. CARLA BOQUETE

MARTES 31 DE OCTUBRE

8.30 a 9.00 Hs **SUBSUELO**

DESAYUNO

9.00 a 10.15 Hs

**SALÓN MARIANO CASTEX
SESIÓN HOSPITAL PIÑERO**
UNIDADES DE CORTA ESTADÍA. MODELO DE
IMPLANTACIÓN PAULATINO DE LOS CUIDA-
DOS PROGRESIVOS EN SALUD EN HOSPI-
TALES DE AGUDOS

Coordinador: DR. LEONARDO RODRÍGUEZ
Disertantes: DR. SEBASTIAN CHERNY,
DRA. GABRIELA PACE y DR. LEONARDO RODRÍGUEZ

9.00 a 10.15 Hs

**SALÓN ENTRE PISO
SESIÓN HOSPITAL RAMOS MEJÍA**

Coordinador: DR. ENRIQUE PARAFIORITI

Pie diabético, una problemática frecuente.
DRA. SABRINA ROMERO CAIMI
Fiebre y RASH cutáneo en el adulto.
DR. MARTÍN STIRPARO

9 a 10.15 Hs

SALÓN 1º PISO
SESIÓN HTAL. SANTOJANNI - SÍNDROMES
PARANEOPLÁSICOS

Coordinadora: DRA. SONIA SMODLAKA
Disertantes: DR. JAVIER H. CASTILLO, DR. JOSÉ DAHER,
DRA. NOEMÍ GUERRA y DRA. PAOLA VILAN OZUNA

REFRIGERIO de 10.15 a 10.45 Hs

10.45 a 12.00 Hs

SALÓN MARIANO CASTEX
LA ATEROSCLEROSIS EN AMÉRICA LATINA
(SOLAT)

Presidente: DR. ROBERTO REUSSI
Secretario: DR. ERNESTO LITMAN
Coordinador: DR. MIGUEL ÁNGEL FALASCO

Cómo indicar fármacos en pacientes con
obesidad. DR. FABIÁN RUSCHEL (Paraguay)
Inflamación o Dislipidemia. ¿Quién primero?
DR. JORGE SOLANO LÓPEZ (Paraguay)
Terapia combinada en el manejo de la
Hipercolesterolemia. DR. IVÁN SIERRA ARIZA
(Colombia)
¿Se puede reducir el riesgo cardiovascular?
DR. SAMUEL CÓRDOVA ROCA (Bolivia)

10.45 a 12.00 Hs

SALÓN ENTREPISO
MINI CURSO DE GERONTOLOGÍA

Presidenta: DRA. ANA MATILDE ISRAEL
Secretaria: DRA. CARLA GONZÁLEZ

Geriatría actualizada para el Internista.
DR. EDUARDO PENNY MONTENEGRO (Perú)

10.45 a 12.00 Hs

SALÓN 1º PISO
RIÑÓN Y ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Presidenta: DRA. GRACIELA FERNÁNDEZ
Secretario: DR. CARLOS MARTÍNEZ SOSA
Coordinador: DR. CARLOS DÍAZ (CEMIC)

Nefritis Lúpica. DRA. CECILIA PISONI

Vasculitis y riñón. DRA. NATALIA DI LELLA
Perlas de compromiso renal en
enfermedades del tejido conectivo.
DR. CARLOS DÍAZ

REFRIGERIO de 12.00 a 12.30 Hs

12.30 a 13.45 Hs

SALÓN MARIANO CASTEX
CAMBIOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA -
INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

Presidente: DR. JORGE MERCADO
Secretaria: DRA. SILVIA VILLAVERDE
Coordinador: DR. JORGE THIERER (ICBA)

Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección
reducida. DR. ENRIQUE FAIRMAN
Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección
preservada. DR. JAVIER MARINO
Insuficiencia cardíaca aguda.
DR. ALBERTO FERNÁNDEZ
Comorbilidades en insuficiencia cardíaca.
DR. JORGE THIERER

12.30 a 13.45 Hs

SALÓN ENTREPISO
NUEVOS HORIZONTES EN ONCOLOGÍA

Presidente: DR. JORGE GIANNATTASIO
Secretario: DR. NICOLÁS BLANCO
Coordinador: DR. CARLOS BAS (Htal. Alemán)

Desafíos para la medicina interna en la on-
cología de precisión.
DRA. MARIA VIRGINIA BLUTHGEN
Inmunoterapia, terapias blanco, drogas con-
jugadas, anticuerpos y farmacogenómica.
DR. LUCIANO CERMIGNANI
Biomarcadores, eficacia y toxicidades.
DRA. AILÉN MARTIARENA

12.30 a 13.45 Hs

**SALÓN 1º PISO
REUMATOLOGÍA**

Presidente: DR. GONZALO RODRÍGUEZ FALABELLA
Secretario: DR. FEDERICO BENAVIDEZ
Coordinadora: DRA. VIVIANA FALASCO

Artritis Psoriásica. DR. GUILLERMO VALENZUELA
Novedades en diagnóstico y tratamiento del
síndrome de Sjögren.

DRA. ANASTASIA SECCO

“Treat to target” en Artritis Reumatoidea.

DR. JUAN JOSÉ SCALI

REFRIGERIO de 13.45 a 14.15 Hs

14.15 a 15.15 Hs

SALÓN MARIANO CASTEX

Medicina Narrativa. DR. CARLOS TAJER

14.15 a 15.15 Hs

**SALÓN ENTREPISO
SIMPOSIO**

14.15 a 15.15 Hs

**SALÓN 1º PISO
SIMPOSIO**

15.15 a 16.30 Hs

**SALÓN MARIANO CASTEX
MINI CURSO DE MAXI PROBLEMAS.
ALERGIA EN EL CONSULTORIO**

Presidente: DR. RODOLFO BADO

Secretaria: DRA. CAROLINA DE LLANO

DR. JUAN CARLOS GUARDERAS (EE.UU)

Prevención de exacerbaciones de asma
Angioedema con y sin urticaria.
Las muchas caras de sinusitis.

15.15 a 16.30 Hs

**SALÓN ENTREPISO
LA PATOLOGÍA CARDIOMETABÓLICA
Y EL CLÍNICO**

Presidente: DR. JORGE CASTAGNINO

Secretaria: DRA. MABEL DELLA PAOLERA

Coordinadora: DRA. MIRTA DIEZ (ICBA)

Obesidad y su relación con IC con FEVI
preservada.

Disfunción renal en el paciente diabético,
cómo evaluarla y tratarla.

Papel de los ISGLT2 en la insuficiencia
cardíaca. DRA. MIRTA DIEZ

Enfoque integral del paciente

cardiometabólico. DR. HUGO SANABRIA

15.15 a 16.30 Hs

**SALÓN 1º PISO
HEPATOLOGÍA DE TODOS LOS DÍAS**

Presidente: DR. OSCAR CANTELI

Secretaria: DRA. VERÓNICA SCHETTINO

Coordinador: DR. JUAN ANTONIO SORDÁ

El paciente con ictericia. DR. JUAN ANTONIO SORDÁ
Hígado graso: impacto sistémico.

DR. ESTEBAN GONZÁLEZ BALLERGA

Hepatitis C: Manifestaciones

extrahepáticas. DRA. FLORENCIA YAMASATO

REFRIGERIO de 16.30 a 17.00 Hs

17.00 a 18.15 Hs

**SALÓN MARIANO CASTEX
RIESGO CARDIOVASCULAR EN AMÉRICA
LATINA. DESDE DIFERENTES OPTICAS**

Presidente: DR. JOSÉ LUIS AKAKI (México)

SECRETARIA: DRA. CRISTINA GARCÍA LANOZA

Coordinadora: DRA. VIVIANA FALASCO (Htal.
Fiorito) (Argentina)

Prevención del riesgo cardiovascular.

DR. JUAN LUIS SALGADO (México)

Evaluación de Riesgo Cardiovascular en el paciente diabético.

DR. LORENZO DÍAZ SALAZAR (Honduras)

Riesgo cardiovascular y riñón.

DR. JAVIER ARANGO (Colombia)

17.00 a 18.15 Hs

**SALÓN ENTREPISO
MINICURSO DE MAXI PROBLEMAS**

Presidente: DR. HUGO SPRINSKY

Secretario: DR. JOAQUÍN MERCADO

DR. JORGE MERCADO (h) NY University (EE.UU)

Sepsis.

Tromboembolismo pulmonar.

17.00 a 18.15 Hs

**SALÓN 1º PISO
CHARLA CON EXPERTOS**

Presidente: DR. DANIEL ROMANO

Secretaria: DRA. ANA TAMAROFF

Coordinador: DR. MIGUEL ÁNGEL FALASCO

Síndrome post COVID.

DR. JOSÉ LUIS AKAKI (México)

Experiencia en Paraguay con el uso de CBD.

DR. HUGO CELAURO (Paraguay)

Mitos en hipertensión arterial.

DR. HELI HERNÁNDEZ (Colombia)

18.15 a 19.30 Hs

**SALÓN MARIANO CASTEX
JORNADAS RIOPLATENSES**

Presidente: DR. JORGE CASTAGNINO

Secretario: DR. FABIO LEONE

Coordinador: DR. MIGUEL ÁNGEL FALASCO (Htal. Fiorito)

Riesgo cardiovascular y enfermedades autoinmunes. DR. DIEGO GRAÑA (Uruguay)
Nueva forma de pensar el tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca.

DRA. GABRIELA ORMAECHEA (Uruguay)

Lipoproteína a y riesgo vascular.

DRA. ANDREA VAUCHER (Uruguay)

18.15 a 19.30 Hs

**SALÓN ENTREPISO
SESIÓN HOSPITAL FERNÁNDEZ**

18.15 a 19.30 Hs

**SALÓN 1º PISO
SESIÓN HOSPITAL PIROVANO**

Coordinadores: DR. ARIEL IVÁN ERTEL,

DRA. SOL ANTONELLA DURAND y DRA. CAROLINA

ANABEL POROPAT

MIÉRCOLES 1º DE NOVIEMBRE

8.30 a 9.00 Hs **SUBSUELO**

DESAYUNO

9.00 a 10.15 Hs

**SALÓN MARIANO CASTEX
UNA MIRADA A LA OBESIDAD COMO
EPIDEMIA – CAUSAS Y TRATAMIENTOS
ACTUALES**

Presidente: DR. FLORENCIO OLMOS

Secretaria: DRA. CAROLINA SALVATTO

9.00 a 10.15 Hs

**SALÓN ENTRE PISO
SESIÓN HTAL. BRITÁNICO -
TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN:
GRUPO PERT.**

Coordinador DR. JULIO BRUETMAN

Caso de discusión y resolución práctica.

DRA. MILAGROS BÁEZ

Experiencia en el manejo de esta entidad en un hospital de comunidad.

DRA. MARÍA VICTORIA GUTIÉRREZ y DR. MARTÍN BOSIO

9 a 10.15 Hs

**SALÓN 1º PISO
SESIÓN HOSPITAL RIVADAVIA**

DRA. SONIA MARTÍNEZ

REFRIGERIO de 10.15 a 10.45 Hs

10.45 a 12.00 Hs

**SALÓN MARIANO CASTEX
PUESTA AL DÍA EN INFECTOLOGÍA -
CONTROVERSIAS CON VACUNAS DEL
ADULTO**

Presidente: DR. JORGE MERCADO
Secretario: DR. HUGO SPRINSKY
Coordinador: DR. SALVADOR ÁLVAREZ (Clínica
Mayo) EE.UU

Enseñanzas de las vacunas del COVID-19.
Vacunas del adulto. Gripe. Neumonía.
Herpes Zoster

10.45 a 12.00 Hs

**SALÓN ENTREPISO
NEUROLOGÍA EN EL CONSULTORIO**

Presidenta: DRA. ANDREA PISAREVSKY
Secretaria: DRA. MARÍA LUZ DAVERIO
Coordinador: DR. MARTÍN NOGUÉS (FLENI)
Fundación para la Lucha contra las
Enfermedades Neurológicas de la Infancia
Diagnóstico diferencial en consultorio
externo en el paciente con temblor.
DR. MIGUEL WILKEN
Evaluación cognitiva en la consulta clínica.
DR. FRANCISCO VARELA
Vértigo y mareo: evaluación en la consulta
clínica. DR. ALFREDO LAFFUE

10.45 a 12.00 Hs

**SALÓN 1º PISO
PUNTOS CRÍTICOS EN HIPERTENSIÓN
ARTERIAL CRÓNICA**

Presidenta: DRA. GUILLERMINA LUDUEÑA
Secretaria: DRA. CARLA GONZÁLEZ
Coordinador: DR. MIGUEL SCHIAVONE

Hipertensión renovascular. Evidencias para
la toma de decisión. DR. GUIDO DAMIANICH
Embarazada con Hipertensión arterial
Crónica. ¿Cómo la abordamos?
DRA. MARIANA PÉREZ

Feocromocitoma, cuándo sospechar y
cómo diagnosticar.

DRA. MARÍA VICTORIA PRONOTTI

Elección de antihipertensivos y objetivo de
TA en Diabéticos Tipo 2. DR. MARTÍN KORETZKY

REFRIGERIO de 12.00 a 12.30 Hs

12.30 a 13.45 Hs

**SALÓN MARIANO CASTEX
CARDIOLOGÍA EN EL CONSULTORIO**

Presidente: DR. RODOLFO BADO
Secretario: DR. JUAN CARLOS SUÁREZ

Coordinador: DR. CARLOS TAJER (Htal. El Cruce)

Diuréticos en el paciente congestivo.
Fibrilación auricular, un hallazgo de consul-
torio.
Extrasístoles asintomáticas.

12.30 a 13.45 Hs

**SALÓN ENTREPISO
MUJERES INTERNISTAS
1º Reunión Latinoamericana**

Presidenta: DRA. ANA MATILDE ISRAEL
Secretaria: DRA. ELIANA QUEVEDO
Coordinadora: DRA. VIVIANA FALASCO (Htal.
Fiorito) Argentina

Infecciones urinarias.
DRA. CLAUDIA ARIAS (Rep. Dominicana)
RCV en la mujer.
DRA. TATIANA ESPINOSA (Colombia)
Diabetes gestacional.
DRA. VIRGINIA SALAZAR (Venezuela)
Fibromialgia en la mujer.
DRA. NUVIA BATISTA (Panamá)

12.30 a 13.45 Hs

**SALÓN 1º PISO
SAM - METABOLISMO DEL HÍGADO PARA
CLÍNICOS**

Presidente: DR. DANIEL CARNELLI
Secretaria: DRA. MARÍA VICTORIA SOBREDO

Coordinadoras: DRA. NATALIA NACHÓN y
DRA. AGUSTINA DUTTO

Hepatitis C, más allá del hígado.
DR. LUCIO CRIADO
Manejo clínico del paciente con hígado
graso. DRA. ANDREA ODZAK
Tratamiento nutricional del paciente con
NASH. CRISTHIAN ARMENTEROS

REFRIGERIO de 13.45 a 14.15 Hs

14.15 a 15.15 Hs
**SALÓN MARIANO CASTEX
SIMPOSIO**

14.15 a 15.15 Hs
**SALÓN ENTREPISO
SIMPOSIO**

14.15 a 15.15 Hs
**SALÓN 1º PISO
SIMPOSIO**

15.15 a 16.30 Hs
**SALÓN MARIANO CASTEX
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES –
DIAGNÓSTICO MAIPÚ**

Presidenta: DRA. GRACIELA FERNÁNDEZ
Secretario: DR. EDUARDO TERAGNI
Coordinadora: DRA. PATRICIA CARRASCOSA

Traumatismo de cráneo. DR. FRANCISCO MELI
Síndromes aórticos agudos.
DRA. JIMENA CARPIO
Imágenes torácicas en la urgencia.
DR. CARLOS CAPUÑAY
Tromboembolismo Pulmonar.
DRA. PATRICIA CARRASCOSA

15.15 a 16.30 Hs
**SALÓN ENTREPISO
DR. DILEMMA – SESIÓN I**

Presidenta: DRA. MARÍA ELENA SZYRMA
Coordinadores: DRA. VIVIANA FALASCO
(Argentina), DR. OSCAR CANTELI (Argentina) y
DR. CARLOS NITSCH (Guatemala)

15.15 a 16.30 Hs
SALÓN 1º PISO

REFRIGERIO de 16.30 a 17.00 Hs

17.00 a 18.15 Hs
**SALÓN MARIANO CASTEX
GASTROENTEROLOGÍA AL DÍA**

Presidenta: DRA. MARÍA INÉS VÁZQUEZ
Secretario: DR. WALTER BRUNO
Coordinadores: DR. CECILIO CERISOLI y
DR. JOSÉ TAWIL

ERGE, efectos adversos de los IBP, ¿mito o
realidad? DR. JOSÉ TAWIL
Hallazgos incidentales pancreáticos. A cuáles
darles importancia y cómo manejarlos.
DRA. SANDRA BASSO
Screening, cáncer rectocolónico.
DR. CHRISTIAN SÁNCHEZ
SIBO, hiper fermentación, ¿cuánto merece su
atención? ¿Cómo diagnosticarlo y tratarlo?
DR. RUBÉN BRITOS

17.00 a 18.15 Hs
**SALÓN ENTREPISO
DR. DILEMMA – SESIÓN II**

Presidenta: DRA. GABRIELA BAROTTO
Coordinadores: DRA. VIVIANA FALASCO
(Argentina), DR. OSCAR CANTELI (Argentina) y
DR. CARLOS NITSCH (Guatemala)

17.00 a 18.15 Hs
**SALÓN 1º PISO
SESIÓN PROAMI - PROTERAP - Una
problemática actual y preocupante: la
resistencia antimicrobiana**

Coordinadoras: DRA. ANDREA PISAREVSKY y
DRA. GUILLERMINA LUDUEÑA
Disertantes: DRA. ELIZABETH BOGDANOWICZ y
DRA. ANDREA PADOVANI

18.30 Hs
**SALÓN MARIANO CASTEX
ACTO DE CLAUSURA**
Palabras de las Autoridades.
Entrega de premios a los trabajos
científicos.

**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 2023

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

Coordinadoras Dra. Viviana Falasco / Dra. Graciela Fernández**ABRIL:** Módulo de Medicina Crítica.**Coordinador: Dr. Hugo Sprinsky**

13/4: Hidratación Parenteral. Dr. Martín Deheza

20/4: La ventilación mecánica y los cambios cognitivos del síndrome pos UTI : Experiencia del COVID. Dr. Ignacio Previgliano

27/4: Nuevo enfoque de las arritmias cardíacas. Dr. Jorge González Zuelgaray

MAYO: Módulo de Neumonología.**Coordinadora: Dra. María Salomé Pilheu**

4/5: Screening Cáncer de Pulmón. Dr. Alejandro Videla

11/5: EPOC y tabaquismo. Dra. María Salomé Pilheu

18/5: Asma. Dr. Sebastián Lamari

JUNIO: Módulo de Oncología.**Coordinador: Dr. Patricio Servienti****JULIO:** Módulo de Infectología.**Coordinador: Dr. Gabriel Levy Hara****AGOSTO:** Módulo Medicina Interna.**Coordinadoras: Dra. Viviana Falasco y Dra. Graciela Fernández**

3/8: Competencias en la Interpretación de la literatura en grado y postgrado.

Dr. Federico Bottaro

10/8: Síndromes mieloproliferativos crónicos. Dra. Graciela Fernández

17/8: Adipocito inflamado como factor de riesgo para DM2. Dra. Marina Curria

24/8 Estratificación de riesgo en Síndrome antifosfolípídico. Dra. Viviana Falasco

31/8 Hipertensión pulmonar. Dr. Nicolás Atamaniuk

SEPTIEMBRE: Módulo Neurología.**Coordinador: Dr. Martín Nogués**

7/9: Cefaleas

14/9: Demencias

21/9: ACV

28/9: Enfermedad de Parkinson

OCTUBRE: Módulo de Diabetes.**Coordinador: Dr. Félix Puchulu****NOVIEMBRE:** Modulo de Lípidos.**Coordinador: Prof. Dr. Miguel Ángel Falasco**

2/11: Congreso SMIBA

9/11: Actualización en el manejo de las Hipertrigliceridemias. Casos clínicos. Prof. Dr. Florencio Olmos (Argentina)

16/11: Concepto de partícula aterogénica. LDL-C, LDL-P, Colesterol no-HDL, ApoB.

Lp(a). Riesgo Residual. Casos clínicos. Prof. Dr. Samuel Cordova Roca (Bolivia)

23 /11: Efectos de los componentes nutricionales sobre el perfil

lipídicolipoproteico y el riesgo

cardiovascular. Inflamación crónica,

Adipocitoquinas y otros biomarcadores.

Metaloproteinasas. Mecanismo de acción

de los macronutrientes en relación a las

dislipemias: hidratos de carbono, proteínas

animales y vegetales, grasas y aceites.

Superalimentos y suplementos dietarios:

¿Son útiles? Casos clínicos Prof. Dr. Lucio Criado (Argentina)

30/11: Estrategias y actualizaciones en el

tratamiento de las hipercolesterolemias.

Prof. Dr. Ivan Darío Sierra (Colombia)



► **ESCUELA ARGENTINA DE MEDICINA INTERNA**
 ► **Curso Bienal Superior de Post Grado**
 de Médico Especialista en Clínica Médica - Medicina Interna

COMITÉ DE DOCENCIA **Director:** Dr. Roberto Reussi - **Subdirector:** Dr. Jorge Mercado - **Secretario:** Dr. Rodolfo Bado
Vocales: Dr. Rodolfo Maino - Dr. Federico Marongiu - Dr. Miguel Angel Falasco - Dra. Silvia Falasco -
 Dra. Viviana Falasco - Dra. Ana Matilde Israel - Dr. Florencio Olmos

PROGRAMA CURSO UNIVERSITARIO DE CLÍNICA MÉDICA - MEDICINA INTERNA 2023

JUNIO

6 de junio: 17:00 a 18:00 hs. Examen del Módulo de Nefrología y Urología. Análisis al finalizar el examen
 Casos clínicos introductorios al Módulo de Oncología Dr. Jorge Mercado

18:00 a 20:00 hs. Módulo de Oncología. Dr. Mario Bruno
 Introducción a la Oncología clínica. Cáncer de páncreas
 La visión del oncólogo en el diagnóstico diferencial.
 Conducta diagnóstica y nuevas terapias. Prolongación de la sobrevida. Cáncer colorrectal: medidas de detección precoz una tarea del clínico. Clasificación pronóstica. Tratamientos según estadios, una tarea del oncólogo. Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación de los contenidos del día.

13 de junio: 17:00 a 18:00 hs. Diagnóstico por imágenes
 Dra. Patricia Carrascosa
 Imágenes en Oncología: mamografía. Extensión axilar. Mamografías magnificadas. Indicaciones
 Ecografía mamaria. BI-RADS. Ecografía y TAC de abdomen. Ecografía transvaginal.

18:00 a 20:00 hs. Módulo de Oncología. Dr. Mario Bruno
 Cáncer ginecológico. Medidas de prevención y de detección. Cáncer de mama. Cáncer de cuello uterino. Cáncer de ovario. Conductas terapéuticas. Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación diaria de los contenidos del día.

20:00 a 21:00 hs. Ateneo Clínico Hospital de la Comunidad. Discusión de un caso clínico con participación de los alumnos

20 de junio: 17:00 a 18:00 hs. Diagnóstico por imágenes. Dra. Patricia Carrascosa
 Imágenes en Oncología TAC como medida de prevención en población de riesgo. Estadificación.
 Biopsia guiada por imágenes

18:00 a 20:00 hs. Módulo de Oncología. Dr. Mario Bruno
 Cáncer asociado al tabaco: Cáncer de laringe. Cáncer de vejiga. Cáncer del aparato respiratorio
 Clasificación de los tumores de pulmón. El lugar de la quimioterapia

Cáncer de próstata. Medidas de screening. Población de riesgo. Modalidades terapéuticas
 Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación de los contenidos del día

27 de junio: 17:00 a 18:00 hs. Diagnóstico por imágenes. Dra. Patricia Carrascosa
 Imágenes en oncología

18:00 a 20:00 hs. Módulo de Oncología. Dr. Mario Bruno
 Melanoma. Cáncer de origen desconocido. Nuevos tratamientos oncológicos. Urgencias oncológicas
 Genética y cáncer. Los anticuerpos monoclonales. El futuro
 Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación de los contenidos del día

JULIO

4 de julio: 17:00 a 18:00 hs. Examen del Oncología. Análisis al finalizar el examen
 Casos clínicos introductorios al Módulo de Hematología. Dr. Jorge Mercado

18:00 a 20:00 hs. Módulo de Hematología. Dr. Miguel Pavlovsky. FUNDALEU Centro Médico Pavlovsky
 Generalidades y el Laboratorio en Hematología. El paciente con anemia. Anemia ferropénica y anemia de las enfermedades crónicas. Anemia megaloblástica
 Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación diaria de los contenidos del día

11 de julio: 17:00 a 18:00 hs. Diagnóstico por imágenes. Dra. Patricia Carrascosa

Imágenes en Hemato-Oncología. Imágenes del mieloma. Centellograma óseo. PET: fundamentos e indicaciones
18:00 a 20:00 hs. Módulo de Hematología. Dr. Miguel Pavlovsky

Anemias por fallo medular. Linfocitosis, ¿cuándo profundizar el diagnóstico? Diagnóstico de los linfomas. ¿Cuándo sospechar este diagnóstico? El lugar del clínico en el seguimiento. ¿Cuándo derivar al especialista? Nuevos enfoques terapéuticos

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

20:00 a 21:00 hs. Ateneo clínico de Hospital de la Comunidad con participación de los alumnos en la discusión del caso

18 de julio: 17:00 a 18:00 hs. Diagnóstico por imágenes. Dra. Patricia Carrascosa

Imágenes y casos clínicos de las enfermedades del sistema leucocitario y de las Gammopatías

18:00 a 20:00 hs. Módulo de Hematología. Dr. Miguel Pavlovsky

Enfermedades del sistema leucocitario. Leucemias agudas y crónicas. Gammopatías monoclonales de evolución incierta. Mieloma. Waldestrom. Ferritina alta. ¿Cuándo descartar y cómo estudiar la hemocromatosis?

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

25 de julio: 17:00 a 18:00 hs. Hemoterapia: la trasfusión de sangre entera, ¿cuándo? Trasmisión de hemoderivados. Maneras de evitar las transfusiones. Trasmisión de hierro. El futuro de los glóbulos rojos artificiales

18:00 a 20:00 hs. Módulo de Hematología. Dr. Miguel Pavlovsky

Trastornos de la coagulación: Trombosis y hemorragias
 Desórdenes plaquetarios. Coagulación intravascular diseminada como entidad clínica.

¿Cuándo pensar en indicar NACO, cuándo indicar un cumarínico? Criterios a favor y en contra de una y otra indicación

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

AGOSTO

1 de agosto: 17:00 a 18:00 hs. Casos clínicos introductorios al Módulo de Urgencias en Medicina Interna. Dr. Jorge Mercado

Examen del Módulo de Hematología. Análisis al finalizar el examen.

18:00 a 20:00 hs. Módulo de Urgencias en Medicina Interna. Dr. Florencio Olmos, Dr. Joaquín Mercado, Dr. Miguel A. Falasco, Dra. Silvia Falasco, Dr. Alfredo Hirschson, Dr. Martín Deheza, Dr. Félix Puchulu, Dra. Patricia Carrascosa y Dr. Daniel Stambouliau

18:00 a 20:00 hs. Urgencias neurológicas: Dr. Ignacio Previgliano y Dr. Joaquín Mercado

Aproximación al Neurointensivismo. Traumatismo de cráneo. Coma. Conceptos de monitoreo neurológico. Monitoreo y Manejo de la Presión intracraneana. El accidente cerebrovascular. Conducta actual y enfoque terapéutico. Trauma medular

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

8 de agosto: 17:00 a 18:00 hs. Diagnóstico por imágenes. Dra. Patricia Carrascosa

Imágenes en la Urgencia. El abdomen agudo a través de las imágenes. Cómo estudiar la apendicitis aguda. Imágenes en Insuficiencia cardíaca. Imágenes en el Tromboembolismo Pulmonar

18:00 a 20:00 hs. El paciente politraumatizado grave. Scores de riesgo. Manejo de la hipovolemia real aguda. La urgencia en el traumatismo de tórax. El tórax inestable. Intubación en la emergencia y manejo de la vía aérea. Dr. Martín Deheza

15 de agosto: 17:00 a 18:00 hs. Abdomen Agudo en el joven y en el geronte. Dr. Miguel Falasco

18:00 a 20:00 hs. Urgencias cardiológicas. Dr. Alfredo Hirschson

El infarto de miocardio en la guardia. Edema agudo de pulmón: conducta diagnóstica y terapéutica

Arritmias malignas. Conducta en la emergencia. Taponamiento cardíaco y parada cardíaca. Crisis hipertensiva
Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación de los contenidos del día

20:00 a 21:00 hs. Ateneo clínico presentado por Hospital de la Comunidad con participación de los alumnos en la discusión del caso

22 de agosto: 17:00 a 18:00 hs. Disorexias, una urgencia que no se ve. Dra. Silvia Falasco

18:00 a 20:00 hs. Urgencias metabólicas y endocrinológicas. Dr. Félix Puchulu

Urgencias metabólicas: El coma hipoglucémico. Conducta. El coma hiperglucémico. Emergencias vasculares en el paciente diabético. El abdomen agudo diabético

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

29 de agosto: 17:00 a 20:00 hs. Diagnóstico por imágenes Dra. Patricia Carrascosa

Imágenes en la Emergencia. Cómo escanear un paciente politraumatizado. Cómo escanear un trauma encéfalo craneano

18:00 a 20:00 hs. Urgencias infectológicas. Dr. Daniel Stambouliau

Sepsis. Fisiopatología. Conducta en la emergencia. Paciente neutropénico febril. El primer esquema antibiótico en la guardia. Endocarditis infecciosa aguda y subaguda. Desafíos diagnósticos del enfermo con fiebre en la urgencia
Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación diaria de los contenidos del día

SEPTIEMBRE

5 de septiembre: 17:00 a 18:00 hs. Examen de Urgencias en Medicina Interna. Análisis al finalizar el examen.

Casos clínicos introductorios al Módulo de Dermatología e Inmunología. Dr. Jorge Mercado

18:00 a 19:00 hs. Módulo de Dermatología. Dr. Osvaldo Stringa y cols., Dra. Viviana Falasco, Dr. Rodolfo Maino y Dr. Jorge Mercado

Dermatología para el clínico. Las enfermedades inflamatorias de la piel. Farmacodermias exantemáticas. Stevens Johnson y Lyell. Fisiología y Patogenia

18:00 a 20:00 hs. Módulo de Inmunología. Dra. Viviana Falasco

Fisiopatología de la Inmunidad. Conceptos de inmunología clínica

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

12 de septiembre:: 17:00 a 18:00 hs. Módulo de Dermatología. Dr. Osvaldo Stringa

Dermatología para el clínico: Enfermedades infecciosas de la piel. Micosis y parasitosis más comunes. Enfermedades bacterianas y virales. Diagnóstico diferencial. Opciones terapéuticas

18:00 a 20:00 hs. Módulo de Inmunología Dra. Viviana Falasco y Dr Jorge Mercado

Inmunodeficiencias primarias y secundarias

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

Concepto de las terapias biológicas. Los anticuerpos monoclonales en Medicina Interna. Utilidad diagnóstica y terapéutica. La inflamación como mecanismo primario de salud y enfermedad. Asma y EPOC. Sepsis. Aterosclerosis. Hígado graso y Hepatitis. Obesidad y Diabetes

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

20:00 a 21:00 hs. Ateneo clínico desarrollado por Hospital de la Comunidad con participación de los alumnos en la discusión del caso

19 de septiembre: 17:00 a 18:00 hs. Módulo de Dermatología. Dr. Osvaldo Stringa

Dermatología para el clínico: El lunar que preocupa. Los tumores de la piel: basocelular, espinocelular. El melanoma. Conductas

18:00 a 20:00 hs. Enfermedades del sistema nervioso central inmunomediadas. Dr. Eduardo Benaroch (virtual Clínica Mayo) y Dr. Martín Nogués

Las encefalopatías autoinmunes. Las polineuropatías autoinmunes. Cómo diagnosticarlas. Cómo tratarlas. Miopatías. Estudio y tratamiento

26 de septiembre:: 17:00 a 18:00 hs. Módulo de Dermatología. Dr. Osvaldo Stringa

Dermatopatías inflamatorias de la piel. Psoriasis. Conductas clásicas y nuevos tratamientos

18:00 a 20:00 hs. El desarrollo de la técnica del ARNm como diagnóstico y terapéutica. Desarrollo de vacunas y nuevos fármacos

OCTUBRE

3/10: 17:00 a 18:00 hs. Examen del Módulo de Dermatología e Inmunología. Análisis al finalizar el examen Casos clínicos introductorios al Módulo de Endocrinología. Dr. Jorge Mercado

18:00 a 20:00 hs. Módulo de Endocrinología. Dr. Oscar Levalle

Introducción a la endocrinología. Enfermedades del sistema Hipotálamo Adenohipofisario

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

10/10 17:00 a 18:00 hs. Diagnóstico por imágenes. Dra. Patricia Carrascosa

Imágenes en Endocrinología. Estudio de la hipófisis

18:00 a 20:00 hs. Módulo de Endocrinología. Dr. Oscar Levalle

Hipo e Hipertiroidismo. El nódulo tiroideo. Tiroiditis frecuentes. Cáncer de tiroides

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

20:00 a 21:00 hs. Ateneo clínico presentado por Hospital de la Comunidad y participación de los alumnos

17/10 17:00 a 18:00 hs. Diagnóstico por imágenes Dra. Patricia Carrascosa

Imágenes en endocrinología. Estudio de la tiroides. La ecografía. La punción con aguja fina (PAF).

Estudios radio isotópicos TAC y RNM

18:00 a 20:00 hs. Módulo de Endocrinología. Dr. Oscar Levalle

Patología asociada a las glándulas paratiroides. Metabolismo fosfo cálcico. Raquitismo. Osteomalacia. Osteoporosis

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

24/10 17:00 a 18:00 hs. Diagnóstico por imágenes. Dra. Patricia Carrascosa

Imágenes de las glándulas suprarrenales. Incidentaloma. Concepto. Conductas. Tumores gonadales. Imágenes primitivas y metastásicas de los tumores gonadales

18:00 a 20:00 hs. Módulo de Endocrinología. Dr. Oscar Levalle

Enfermedades de las glándulas suprarrenales. Síndromes cushingoides y Enfermedad de Addison.

Manejo clínico de las hiponatremias

31/10: 17:00 a 18:00 hs. Diagnóstico por imágenes. Dra. Patricia Carrascosa

Técnicas de estudio para valorar el metabolismo del hueso. Técnica de la densitometría. Utilidad y deficiencias

18:00 a 20:00 hs. Módulo de Endocrinología. Dr. Oscar Levalle

El ovario poliquístico y el síndrome metabólico. La menopausia y la andropausia. A quién ofrecer terapia hormonal sustitutiva

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

NOVIEMBRE

7/11: 17:00 a 18:00 hs. Examen del Módulo de Endocrinología. Análisis al finalizar el examen

Casos clínicos introductorios al Módulo de Neumonología. Dr. Jorge Mercado

18:00 a 20:00 hs. Módulo de Neumonología. Dra. María Salomé Pilheu

Asma bronquial y EPOC. Conductas diferenciadas

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

14/11 17:00 a 18:00 hs. Diagnóstico por imágenes. Dra. Patricia Carrascosa

Imágenes en patología pulmonar. Medios de diagnóstico y exploración: desde la Radiografía simple hasta la TAC de 520 detectores. Tumores pulmonares. Enfermedades intersticiales e inflamatorias del pulmón

18:00 a 20:00 hs. Módulo de Neumonología. Dra. María Salomé Pilheu

Patología intersticial del pulmón. Métodos de diagnóstico de las enfermedades respiratorias: Espirometría. Test de marcha. Difusión

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

20:00 a 21:00 hs. Ateneo clínico presentado por Hospital de la Comunidad con participación de los alumnos en la discusión del caso clínico

21/11 17:00 a 18:00 hs. Diagnóstico por imágenes. Dra. Patricia Carrascosa

Estudio del Tromboembolismo Pulmonar. Clasificación, diagnóstico y tratamiento de las imágenes de la circulación pulmonar

18:00 a 20:00 hs. Módulo de Neumonología. Dra. María Salomé Pilheu

Patología asociada a la circulación pulmonar. La hipertensión pulmonar 1ria y 2ria. TEP y TVP, dos caras de la misma moneda. Manejo de los nuevos anticoagulantes frente al TEP

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

28/11 17:00 a 18:00 hs. Diagnóstico por imágenes. Dra. Patricia Carrascosa

Tuberculosis: Imágenes desde la radiografía simple y la descentrada de vértice hasta las imágenes actuales

18:00 a 20:00 hs. Módulo de Neumonología. Dra. María Salomé Pilheu

Tuberculosis en el siglo XXI. Cifras y distribución en Argentina. La tuberculosis resistente y multirresistente. Conducta. Nuevas drogas. Patología asociada al sueño. SOSA. Diagnóstico y conductas terapéuticas

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

20:00 hs. Examen del Módulo de Neumonología

DICIEMBRE

5/12 16:00 a 20:00 hs. Examen final 1er. Año

12/12 16:00 a 20:00 hs. Examen Final 2do. Año

19/12: 16:00 a 20:00 hs. Examen Final 3er. año

Formación Docente



Curso de Formación Docente. Herramientas para mejorar la calidad

Directores

Dr. Roberto Reussi
Dra. Silvia Falasco

Cuerpo docente

Coordinación: Dra. Viviana Falasco y
Dr. Jorge Castagnino

Calendario

Fecha de inicio: 17/07/2023
Fecha de fin: 29/09/2023

El curso se dicta en modalidad online.

Espacio sincrónico de encuentro:

22 de septiembre de 18:30 a 20:30 hs

Carga horaria: 60 horas

Destinatarios

Profesionales del equipo de salud médicos y no médicos interesados en el campo de la educación.
Proceso de enseñanza-aprendizaje.

Presentación e interés del curso

El presente curso consta de 10 unidades, nueve de ellas asincrónicas donde se abordarán temas de relevancia y actualidad en la docencia como el profesionalismo, pensamiento crítico, competencias en la interpretación de la literatura en el grado y postgrado, actividades profesionales confiables, uso de las TICs, inteligencia artificial, simulación, enseñanza- aprendizaje en el entorno clínico y la evaluación en los escenarios formativos en salud. Un encuentro sincrónico al finalizar el temario para responder dudas y compartir experiencias con el plantel docente. Cada unidad tendrá una actividad reflexiva que le permitirá afianzar el conocimiento y bibliografía sugerida para su lectura.

Objetivos

Lograr acrecentar el conocimiento y adquirir habilidades y destrezas que mejoren el desempeño docente.

Acerca del curso

La docencia va más allá de la intuición y de la experiencia con buenos modelos de enseñar. Es una tarea compleja para la cual necesitamos formarnos. ¿Reflexionamos sobre la respon-

sabilidad que tenemos en la formación de los futuros colegas?

Este curso le brindará herramientas que facilitarán su desempeño como docente en el campo de la salud en su rol de “facilitador de aprendizajes”.

PLAN DE ESTUDIOS

- **Unidad 1:** Profesionalismo. ¿Se debe enseñar y evaluar el profesionalismo? Dra. Silvia Falasco (17/07)
- **Unidad 2:** Pensamiento crítico en la práctica clínica. Dr. Jorge Castagnino (24/7)
- **Unidad 3:** Competencias en la interpretación de la literatura en el grado y postgrado. Dr. Federico Bottaro (31/7)
- **Unidad 4:** Actividades profesionales confiables como base de la enseñanza práctica. Dra. Silvia Falasco (7/8)
- **Unidad 5:** Uso de las TICs en educación médica. Dr. Hernán Seoane (14/8)
- **Unidad 6:** Inteligencia artificial. Analíticas de aprendizaje en medicina. Dr. Hernán Seoane (21/8)
- **Unidad 7:** La simulación como herramienta de aprendizaje. Dra. Viviana Falasco (28/8)
- **Unidad 8:** Enseñanza- aprendizaje en el entorno clínico. Dra. Silvia Falasco (4/9)
- **Unidad 9:** La evaluación en los escenarios formativos en salud. Diferentes instrumentos. Dr. Miguel A. Falasco (11/9)
- **Unidad 10:** Encuentro sincrónico para responder dudas e intercambiar experiencias con los docentes (22/9)

REQUISITOS

Ser profesional de la salud. Título de grado - Documento que acredite identidad.

Aranceles

Residentes en Argentina: Monto total del curso: \$ 35.000

Residentes en el exterior, un pago: \$70.000

Descuentos y modalidades:

Para residentes de Argentina: 20 % descuento en un pago y

25% socios AMA de más de 1 año de antigüedad.

En cuotas fijas según los meses de duración del curso. (3 meses)

Canales de pago

A través de la intranet del socio de forma online con Tarjeta de Crédito o Débito

www.ama-med.org.ar/login

Pagomiscuentas a través de homebanking

Cuponera rapipago

Consultas sifalasco@intramed.net

Inscripción e Informes

Escuela de Graduados de la Asociación Médica Argentina – Av. Santa Fé 1171 – (C1059ABF) – Bs. As. Lunes a Viernes de 13 a 19 hs.

Tel.: (+54) (11) 5276-1040 int. 212/213 – Email: egama-semipresencial@ama-med.org.ar