

**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

**Dr. 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

**Dr. 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 Collecchio Hnos. S.A - Abraham J. Luppi 1641 (1437) CABA / Tel.: 4919-6685

EDITORIAL

97

**SALUD PÚBLICA Y PRIVADA EN DEUDA**

*DR. JORGE H. GIANNATTASIO*

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

101

**ALTERACIONES VISUALES EN PACIENTES OBESOS CON HIPERTENSIÓN INTRACRANEANA IDIOPÁTICA**

*VISUAL ALTERATIONS IN OBESE PATIENTS WITH IDIOPATHIC INTRACRANIAL HYPERTENSION*

*TRUJILLO BELTRÁN YILIAN, GUEVARA RODRÍGUEZ MARBELYS, BOSCH RODRÍGUEZ BETTSY BELL*

CASO CLÍNICO

109

**HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO POST COLANGIOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CRE)**

*SUBCAPSULAR HEPATIC HEMATOMA AFTER ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOGRAPHY (ERC)*

*CORPACCI AGOSTINA, RODRÍGUEZ ALBORNOZ AGUSTINA FLORENCIA, SISTI JUAN IGNACIO, GARCÍA LÓPEZ DE MUNAIN FERNANDA, CHURRUARRIN DAZA A. GONZALO*

CONSENSO

116

**CONSENSO DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR VERSIÓN RESUMIDA SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA - ÁREA DE CONSENSOS Y NORMAS PRIMERA PARTE**

ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

125

**ALGORITMO TERAPÉUTICO DEL DENGUE**

*DRA. SILVIA I. FALASCO*

## SALUD PÚBLICA Y PRIVADA EN DEUDA

La pulsión de vida llevó al ser humano desde su aparición a “sobrevivir” en un ambiente hostil. Era un ser “vulnerable”, por eso su desafío fue “multiplicarse”. Así junto con otros pudo enfrentar el peligro que significaba la naturaleza (el frío, las fieras, el hambre, el dolor).

En esta primera etapa el objetivo fue satisfacer sus necesidades primarias; pero cuando se volvió plenamente racional, el Homo Sapiens y el Sapiens Sapiens buscaron en elementos mágicos la solución a sus problemas. Luego, cuando en el Neolítico descubrió la agricultura y la ganadería, dejó su vida trashumante. Se estableció generalmente a orillas de ríos y lagos que consideraron seguros y productivos. Así apareció la organización urbana y con ella, la social, la del trabajo y la de la producción, dando origen a la Civilización. Entonces aparecen nuevos desafíos como la conservación de la salud y la medicina como el arte de curar y paliar el dolor.

El avance de la Civilización mejoró los medios de producción; pero no siempre las condiciones de vida. Por ejemplo “la máquina de vapor”, a mediados del siglo XVIII, mejoró la industria, la sistematización aligeró el esfuerzo humano, concentró la población en las ciudades y aumentó la polución ambiental... Poco a poco todo ello redundó en un éxito económico y comercial con beneficios para pocos, mientras que, para otros, muchos derivó en hacinamiento, bajos salarios, extensas jornadas laborales de hombres, mujeres y niños, con el deterioro de su calidad de vida. Con el agravante de que aumentó la mortalidad de la mano de enfermedades pulmonares (tuberculosis, derrames pleurales, fibrosis, asbestosis, alergias, neoplasias) y la desnutrición infantil, madre de múltiples enfermedades.

Increíblemente, hoy, paso de siglos mediante, muchas de estas situaciones persisten agudizadas por la falta de políticas ambientales y la aplicación de políticas económicas que son indiferentes a sus consecuencias.

¿Entonces, nos oponemos al progreso? ¿Frenamos la modernización? De ninguna manera. Dado el grado de concientización actual, es el hombre, en sentido genérico y los Estados, en general, quienes tienen que repensar cómo alcanzar el equilibrio.

Así, llegamos a nuestro país, que fue líder en Educación y Salud Pública. Modelo en América y el Mundo, cuyos despojos siguen usufructuando las migraciones golondrinas de países cercanos de las que carecen. También lo hacen los expatriados que, a pesar de nuestras actuales condiciones socio político económicas, nos siguen eligiendo porque aspiran a vivir mejor respecto del sus lugares de origen desde donde emigran. Y los nuestros, quienes esperan de la Escuela y de los Hospitales, la idoneidad y responsabilidad profesional que, por otro lado, sostienen con sus impuestos.

Hoy, nuestro sistema de Salud está en crisis. Desmadrado, encarecido, desprotegido y abandonado. Además, dada la magnitud territorial, es disímil en cuanto a la calidad del servicio que se presta. Falta de profesionales en casi todas las especialidades porque no se cuenta con políticas que las alienten. Hospitales deteriorados por falta de mantenimiento, ausencia de recursos para la renovación tecnológica cuya aparatología es aliada a la medicina para alcanzar diagnósticos con celeridad y precisión. Tampoco se hace prevención programática y sostenida ni los seguimientos necesarios y tampoco estadísticos. Todo ello redundando en el aumento de la mortalidad y el tratamiento

tardío multiplica el costo del servicio de salud.

Pareciera que, en las urgencias políticas de turno, esta realidad es ignorada.

La Salud y la Educación no son gastos; son inversiones, reales y básicos conceptos que no se entienden como tales.

En este cuadro de situación, otra cuestión es la de la Medicina Privada, cuyo costo se sostiene con el esfuerzo denodado de sectores medios, medios profesionales, hoy pauperizados, aunque resisten, y sectores de alto nivel adquisitivo; quienes buscaron en esta opción, la inmediatez de la consulta, la satisfacción de la respuesta en la urgencia, la excelencia médica, la rapidez en el diagnóstico y por último, lejos, la comodidad hotelera. De todo ello, hoy se los está privando. Los turnos son cada vez más lejanos en el tiempo. Se les exige copago,

muchos profesionales de excelencia decidieron abandonar el sistema por la pauperización de sus sueldos o la demora en el pago de sus prestaciones.

Así, el hilo se corta por lo más débil, el paciente que se debate entre la vida y la muerte y el médico que, sintiéndose degradado, lucha por su dignidad.

Por eso, hoy preocupa el estado del Sistema de Salud, preocupa y obliga a ocuparnos. Desde lo individual como profesionales y desde las Sociedades Médicas a las que pertenecemos; denunciando la indiferencia de los gobiernos y exigiendo a nuestros políticos de turno la búsqueda del Estado de Bienestar donde, la Salud, la Educación y el Trabajo son sus pilares.

Éste es nuestro desafío.

Dr. Jorge H. GIANNATTASIO  
Expresidente de SMIBA

# ALTERACIONES VISUALES EN PACIENTES OBESOS CON HIPERTENSIÓN INTRACRANEANA IDIOPÁTICA

## VISUAL ALTERATIONS IN OBESE PATIENTS WITH IDIOPATHIC INTRACRANIAL HYPERTENSION

TRUJILLO BELTRÁN YILIAN<sup>1</sup>, GUEVARA RODRÍGUEZ MARBELYS<sup>2</sup>, BOSCH RODRÍGUEZ BETTSY BELL<sup>3</sup>

### RESUMEN

**Introducción:** La Hipertensión Intracraneana Idiopática (HII) es un síndrome neurooftalmológico complejo de etiología desconocida.

**Objetivo:** Determinar la posible relación entre la obesidad y el déficit visual en pacientes con Hipertensión Intracraneana Idiopática.

**Pacientes y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo en 52 pacientes ingresados en el servicio de Neurología del Hospital Arnaldo Milián Castro con el diagnóstico de Hipertensión Intracraneana Idiopática en el período de marzo de 2015 hasta marzo de 2020. Para la evaluación nutricional se calculó el índice de masa corporal, y para la valoración neurooftalmológica se tuvo en cuenta el estadiaje del papiledema, y la valoración de la visión en colores, la agudeza visual y la campimetría.

**Resultados:** El 40,38% (21/52) de los pacientes resultaron obesos. El síntoma más frecuente, en el 84,62% (44/52) de la serie fue la cefalea. El sobrepeso y la obesidad se relacionaron significativamente con la cantidad de síntomas referidos por los pacientes ( $X^2=9,28$ ;  $p=0,047$ ), no siendo así su relación con el grado de afectación de la agudeza visual ( $X^2=0,01$ ;  $p=0,924$ ), la campimetría ( $X^2=0,79$ ;  $p=1,000$ ) y la visión en colores ( $X^2=0,44$ ;  $p=0,508$ ).

**Conclusiones:** La Hipertensión Intracraneana Idiopática es una condición rara, estrechamente asociada a la obesidad; en este tipo de

### SUMMARY

**Introduction:** Idiopathic intracranial hypertension is a complex neuroophthalmological syndrome of unknown etiology.

**Objective:** to determine the possible relationship between obesity and visual deficit in patients with idiopathic intracranial hypertension.

**Patients and Methods:** A descriptive, longitudinal and prospective study was carried out in 52 patients admitted to the Neurology service of the Arnaldo Milián Castro Hospital with a diagnosis of Idiopathic Intracranial Hypertension in the period from march 2015 to march 2020. For the nutritional evaluation, the body mass index and for the neuro-ophthalmological assessment the staging of the papilledema was taken into account, and the assessment of color vision, visual acuity and campimetry.

**Results:** 40.38% (21/52) of the patients were obese. The most frequent symptom, in 84.62% (44/52) of the series, was headache. Overweight and obesity were significantly related to the number of symptoms reported by the patients (9.28;  $p=0.047$ ), but were not related to the degree of visual acuity impairment ( $X^2=0.01$ ;  $p=0.924$ ), campimetry ( $X^2=0.79$ ;  $p=1.000$ ) and color vision ( $X^2=0.44$ ;  $p=0.508$ ).

**Conclusions:** Idiopathic Intracranial hypertension is a rare condition, closely associated with obesity; in this type of patient, the clinical manifestations and ophthalmological alterations may be

1. Doctora en Medicina, Especialista de Primer Grado en Neurología, Hospital Provincial Celestino Hernández Robau, Villa Clara, Cuba.
2. Doctora en Medicina, Investigador Agregado, Profesora Asistente, Especialista de Primer Grado en Neurología,

Hospital Provincial Arnaldo Milián Castro, Villa Clara, Cuba.

3. Doctora en Medicina, Servicio de Neurología, Hospital Clínico Quirúrgico Arnaldo Milián Castro. Villa Clara, Cuba.

e-mail: bellboschrodriguez@gmail.com

Fecha de recepción: 11 de Julio de 2023

Fecha de aceptación: 24 de Julio de 2023

pacientes las manifestaciones clínicas y alteraciones oftalmológicas pueden ser más severas que en los pacientes clasificados como normopeso. El papiledema, la afectación de la visión de colores y el campo visual, y más raramente la afectación de la agudeza visual son hallazgos presentes en pacientes con HII.

**Palabras clave:** déficit visual, hipertensión intracraneana idiopática, obesidad.

## INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Intracraneal Idiopática (HII), también denominada Pseudotumor Cerebri (PC), es el más reciente de varios nombres utilizados para denominar el síndrome neuro-oftalmológico complejo de etiología desconocida, caracterizado por aumento de la presión intracraneal (PIC); sin evidencias clínicas, radiológicas, ni de laboratorio, que sugieran proceso expansivo intracraneal o hidrocefalia (1).

El término hipertensión intracraneal benigna fue usado por muchos años hasta que se informó en algunos pacientes pérdida visual, donde la denominación “benigna” era inapropiada (2) por lo que el término recomendado actualmente es el de HII.

Estudios epidemiológicos en todo el mundo sugieren que es una enfermedad rara con incidencia estimada en la población general de sólo 0,5-2 por 100000 personas anualmente (3).

En Cuba la HII presenta una incidencia aproximada de 1-3/100000 pacientes al año. Es más frecuente en mujeres con una proporción mujer: hombre de hasta 9:1 (4). En la provincia Villa Clara la incidencia aproximada es de 1,2/100000 habitantes/año, lo que supone cifras similares a las descritas (5).

Se estima que, en mujeres obesas en edad fértil, que exceden el peso ideal por encima del 20%, la incidencia anual aumenta 20 veces más (19 por 100000) (1,6).

La obesidad ha sido considerada un factor de riesgo importante para padecer la HII. Aproximadamente 94% de pacientes con HII

*more severe than in patients classified as normal weight. Papilledema, color vision and visual field impairment, and more rarely visual acuity impairment are common findings in patients with HII.*

**Keywords:** visual deficit, idiopathic intracranial hypertension, obesity.

son obesos (6) con un índice de la masa corporal (IMC)  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  y más del 90% con IMC  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$  (7). Aunque varios estudios han demostrado la relación entre la obesidad y riesgo de desarrollar HII, los efectos deletéreos sobre la visión que ésta podría ocasionar en dichos pacientes no está clara y se requieren nuevos estudios para esclarecer la posible asociación.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriormente objetadas, se pretende con el presente estudio: describir la posible relación entre obesidad y déficit visual en pacientes con HII ingresados en el Servicio de Neurología del Hospital Arnaldo Milián Castro durante el período de marzo de 2015 hasta marzo de 2020.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de la investigación: Estudio descriptivo observacional, longitudinal en pacientes en edad adulta, con diagnóstico de HII, ingresados en el Servicio de Neurología del Hospital Arnaldo Milián Castro durante el período de marzo de 2015 hasta marzo de 2020. La muestra estuvo constituida por la totalidad de la población, 52 pacientes que otorgaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

Para establecer el diagnóstico de HII se tomaron como referencia los criterios de Dandy modificados (8):

- 1- Signos y síntomas de hipertensión intracraneal: cefalea, náuseas, vómitos, déficits visuales, papiledema.
- 2- Ausencia de signos focales neurológicos con la excepción de parálisis de VI par uni o bilateral.

- 3- Líquido Cefalorraquídeo (LCR) con aumento de presión, pero sin anomalías químicas ni citológicas.
- 4- Ventrículos normales o disminuidos visibles en pruebas de imagen.

### VARIABLES Y PROCEDIMIENTOS

Los pacientes fueron caracterizados según variables clínicas (edad, sexo, color de la piel, factores de riesgo de HII, cuadro clínico, presión de apertura LCR y estado nutricional) y variables neuro-oftalmológicas (estadaje del papiledema, agudeza visual, campimetría y visión en colores).

Estado nutricional: (se evaluó considerando la relación peso/talla  $m^2$ ): normopeso (20-24,9  $Kg/m^2$ ); sobrepeso (25-29,9  $Kg/m^2$ ); obeso grado I (30-34,9  $Kg/m^2$ ); obeso grado II (35-39,9  $Kg/m^2$ ); obesidad mórbida. ( $\geq 40$   $Kg/m^2$ ).

Estadaje del papiledema (según fondo de ojo): Incipiente, en desarrollo, crónico, atrófico.

Agudeza visual (mediante test de Snellen): Reducida (valor  $< 8$ ); normal (valor  $\geq 8$ ).

Campimetría (evaluación de los patrones campimétricos): grado 1 (aumento de la mancha ciega); grado 2 (disminución del campo periférico); grado 3 (caída del campo nasal inferior, dentro de los  $30^\circ$ ); grado 4 (reducción concéntrica del campo visual, dentro de los  $30^\circ$ ) y grado 5 (amaurosis).

Visión en colores (mediante test de Ishihara): afectada (lee correctamente 13 o menos tablas); no afectada (lee correctamente 17 o más tablas).

La información se obtuvo mediante revisión documental (historias clínicas individuales), los datos de interés se registraron en un formulario creado por los autores para este fin.

**Análisis estadístico de la información:** los datos cualitativos se analizaron mediante el test de independencia basado en la distribución Chi cuadrado. Se determinó significación exacta o por método de Monte Carlo cuando no se cumplía la premisa de la prueba de que menos del 25% de las celdas tenían frecuencias esperadas menores que cinco. Para comparar las medias de una variable correspondiente a dos grupos

independientes se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes. Extensivo para todos los test se tiene que de acuerdo al valor de la significación (p) correspondiente al estadígrafo de las pruebas de hipótesis usadas se consideró el resultado como: muy significativo: si  $p < 0,01$ ; significativo: si  $p \geq 0,01$  y menor que 0,05; no significativo: si  $p \geq 0,05$ .

**Aspectos éticos:** la investigación fue aprobada por el Consejo Científico y el Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Arnaldo Milián Castro. El estudio fue conducido según los principios éticos para las investigaciones en seres humanos reflejados en la Declaración de Helsinki y según los principios originalmente propuestos por la Bioética (No Maleficencia, Beneficencia, Respeto por la Autonomía del paciente y Justicia). Se pidió la autorización para participar en el estudio al paciente o familiar responsable, mediante la firma por escrito del consentimiento informado.

### RESULTADOS

Se estudiaron un total de 52 pacientes con HII, 51 mujeres (98,08%) y 1 hombre (1,92%), de ellos el 84,62% (44/52) pertenecían al grupo etario de 18 a 30 años, y el 92,31 (48/52) eran de piel blanca.

En cuanto a la evaluación nutricional 32 pacientes (61,53%) ostentaban un IMC  $\geq 25$   $kg/m^2$ , de ellos la mayor representación estuvo dentro de los grupos sobrepeso (25-29,9  $Kg/m^2$ ) y obeso grado I (30-34,9  $Kg/m^2$ ) con 11 (21,15%) y 15 (28,80%) pacientes en cada uno respectivamente (**Tabla 1**).

La obesidad resultó ser el factor de riesgo más frecuente, contemplado en el 40,38% (21/52) de la serie de casos, seguido por el uso de anticonceptivos hormonales en el 26,92% (14/52) y la hipercolesterolemia en el 15,38% (8/52). Tres de las pacientes (5,77%) eran hipotiroideas.

Clínicamente el síntoma más frecuente fue la cefalea, observado en el 84,62% de la muestra (44/52), seguido de los vómitos en el 61,54% (32/52) y la visión borrosa en el

Tabla 1 . Pacientes con Hipertensión Intracraneana Idiopática según índice de masa corporal (IMC).

Estado nutricional	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	#	%	#	%	#	%
Normo peso (20,0-24,9 Kg/m <sup>2</sup> )	19	36,53	1	1,92	20	38,46
Sobrepeso (25.0-29,9 Kg/m <sup>2</sup> )	11	21,15	-	-	11	21,15
Obeso grado I (30-34,9 Kg/m <sup>2</sup> )	15	28,8	-	-	15	28,8
Obeso grado II (35-39,9 Kg/m <sup>2</sup> )	5	9,6	-	-	5	9,6
Obesidad mórbida (≥40 Kg/m <sup>2</sup> )	1	1,92	-	-	1	1,92
Total	51	98,08	1	1,92	52	100

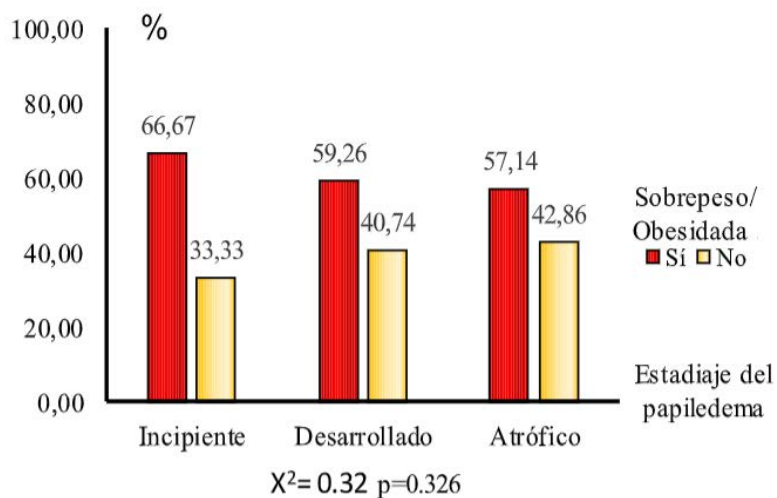
Tabla 2. Frecuencia de signos y síntomas según estado nutricional de sobrepeso y obesidad.

Sobrepeso/ Obesidad	Frecuencia de signos y síntomas.										Total	
	Uno		Dos		Tres		Cuatro		Cinco			
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Sí	-	-	12	37,50	34	65,38	4	7,69	2	6,25	32	61,53
No	4	20,00	6	30,00	5	25,00	5	25,00	-	-	20	38,47

36,54% (19/52). El número de síntomas y signos fue significativamente superior en el grupo de pacientes con sobrepeso/obesidad, quienes en su mayoría presentaron tres o más síntomas y/o signos, a diferencia del grupo de pacientes normopesos donde el 50% presentaron únicamente uno o dos síntomas. Dicho de esta manera la relación entre el número de síntomas y signos y el estado nutricional de los pacientes fue significativa ( $X^2=9,28$ ;  $p=0,047$ ) (Tabla 2).

Con respecto a las variables neuro-oftalmológicas, en todos los pacientes se constató papiledema en el examen fundoscópico, de ellos el 51,92% (27/52) presentaban papiledema en desarrollo. Sin llegar a ser significativa, en cada uno de los estadios evolutivos del papiledema, la proporción de pacientes sobrepesos u obesos fue mayor a los normopesos ( $X^2= 0,32$ ;  $p=0,326$ ) (Figura 1).

Figura 1. Estado evolutivo del papiledema según estado nutricional de sobrepeso y obesidad.





El 55,77% (29/52) de los pacientes presentaron afectación de la visión de colores, de ellos el 65,51% (19/29) eran sobrepeso u obesos (**Figura 2**).

El 100% de los pacientes tenían algún grado de afectación en los patrones campimétricos, en el 75% (39/52) de los casos la afectación fue mínima o grado 1 (aumento de la mancha ciega) y de éstos el 61,54% (24/39) eran sobrepeso u obesos.

Tanto la relación del estado nutricional con la afectación de la visión de colores ( $X^2=0,44$ ;  $p=0,508$ ) como con la afectación de la campimetría ( $X^2=0,79$ ;  $p=1,000$ ), resultaron no significativas.

Con respecto a la agudeza visual, el 30,77% (16/52) de los pacientes presentaron disminución de la agudeza visual. La proporción de sobrepesos u obesos entre pacientes con y sin afectación de la agudeza visual no mostró diferencias significativas ( $X^2=0,01$ ;  $p=0,924$ ) (**Figura 3**).

Figura 2. Afectación de la visión de colores según estado nutricional de los pacientes.

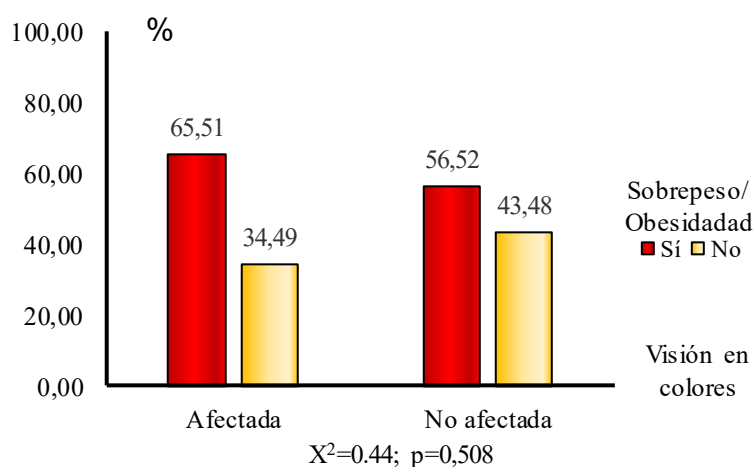
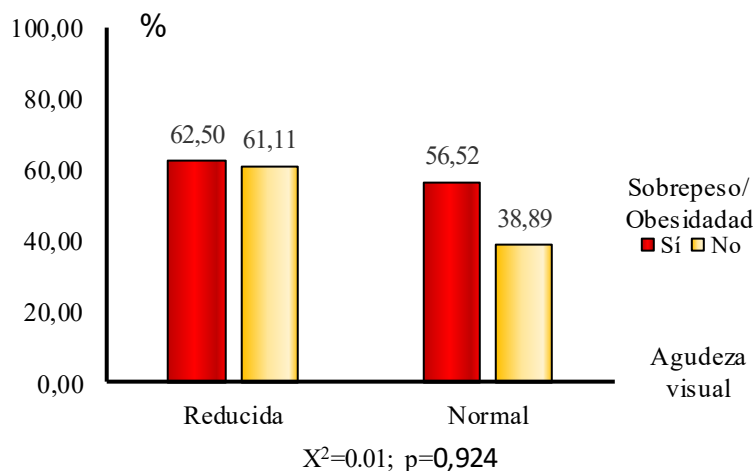


Figura 3. Afectación de la agudeza visual según estado nutricional de los pacientes.



## DISCUSIÓN

La HII tiene una fuerte predilección por el sexo femenino, pues en el 90% de los casos, se trata de mujeres en edad fértil con edades comprendidas entre 15 y 44 años (6). Algunos autores han identificado factores de riesgo relacionados, como la obesidad, hipervitaminosis A, uso de anticonceptivos hormonales, entre otros.

La relación entre obesidad e HII es conocida, pero el mecanismo es aún incógnito (2,6). Se ha propuesto como causa, un aumento de la presión intraabdominal en estos pacientes, que se transmite a través de los vasos venosos de la médula espinal, aunque esta teoría no está aún confirmada (6).

El tejido adiposo es un órgano endocrino activo, secretando diferentes sustancias, desde citoquinas proinflamatorias (adiponectina), siendo probable que el vínculo existente entre obesidad e HII sea alguno de estos agentes. Además, los adipocitos secretan potentes factores liberadores de mineralocorticoides, resultando en aumento de aldosterona, lo que puede constituir un factor de riesgo; otro vínculo incluye al retinol, que se convierte en retinaldehído y ácido retinoico en el tejido adiposo (2).

Según Errguig L y cols. (7) el riesgo de desarrollar HII se incrementa con el IMC a razón de 19,5 con un IMC de 30-35 kg/m<sup>2</sup> y hasta 26 con un IMC de 35 kg/m<sup>2</sup>. Asimismo, aumenta 3,6 con la ganancia anual de peso de un 5-10% hasta un 15,2 con una ganancia anual de peso de 11-15%.

Boyter E (6) reporta que un IMC más alto se asocia con peores resultados visuales en pacientes con HII; por cada aumento de 10 unidades en el IMC, las probabilidades de pérdida grave de la visión aumentan 1,4 veces.

En correspondencia con nuestros resultados, Bruce B y col. (9) encontraron que el tratamiento hormonal sustitutivo con fines anticonceptivos es un factor de riesgo importante.

La progesterona tiene efectos mineralocorticoides que pueden aumentar la producción del LCR (3). Los estrógenos además, provocan un estado protrombótico adquirido que predis-

pone a trombosis de senos venosos cerebrales y consecuentemente elevación de la PIC (10).

Wakerley BR y cols. (11) señalan que clásicamente la HII cursa con cefalea similar a la migraña, o bilateral, exacerbada con maniobras de Valsalva, alteración visual y tinnitus pulsátil. Otros autores reportan con cierta frecuencia dolores de espalda, cuello y dolor radicular (12-14).

La intensidad de la cefalea en esta serie era creciente y progresivamente incapacitante y, en consecuencia, fue uno de los motivos habituales de consulta.

Las náuseas, vómitos en proyectil y otros síntomas (14) que no se observaron en los pacientes estudiados, como deterioro de la conciencia leve, bradicardia, disfagia y disnea, se explican por la hernia medular en el foramen magno. Según Hepworth LR y cols. (15) en HII, la pérdida de función visual puede ocurrir en cualquier etapa del curso de la enfermedad.

Chen BS y cols. (16) consideran que el papiledema constituye un signo clásico de HII, generalmente bilateral, y describen las modalidades asimétrica y ausencia del papiledema como presentaciones atípicas.

En concordancia con ellos, el papiledema fue constatado en el 100% de los pacientes estudiados, predominando el papiledema en desarrollo.

El estudio realizado por Micieli JA y cols. (17) demostró que no existían diferencias en cuanto a edad, raza, sexo o IMC en pacientes con papiledema leve y grave, en el curso de HII. Sin embargo otros como Decker Llarrea y cols. (2) han relacionado la presencia de papiledema en estado más avanzado y pérdida visual más grave, en pacientes obesos.

Asimismo Koc Feray y cols. (18) confirman que la reducción de peso combinada con tratamiento médico se asocia con mejoría en agudeza visual, campo visual y papiledema en estos pacientes.

La cascada que conduce al papiledema sucede por la contigüidad que debe existir en todo el espacio subaracnoideo, así, la hipertensión del LCR intracraneal se hace también presente en el espacio subaracnoideo perióptico

(Ley de Pascal), comprimiendo fibras nerviosas y repercutiendo de forma directa en el flujo axoplásmico normal (19).

Coincidiendo con nuestros resultados, Smith M (20) reporta que la visión de colores mostró afectación en el 57,5% de los pacientes de su estudio. Volpe N y col. (21) abogan que las alteraciones cromáticas son más sensibles que la agudeza visual para evaluar daño del nervio óptico, aunque no están siempre presentes, aun cuando el papiledema sea desarrollado.

Según Boyter E. (6) la campimetría identifica la pérdida visual en aproximadamente el 95% de los pacientes con HII. Las anomalías más comunes del campo visual son un punto ciego agrandado y la pérdida de la visión periférica. La pérdida de la visión central es un hallazgo tardío. Alrededor del 25% de los pacientes tienen alguna pérdida visual irreversible, y del 5-10% pueden progresar a la ceguera.

En el presente estudio el patrón campimétrico más frecuente fue el aumento de la mancha ciega, seguido por la caída nasal inferior, y reducción concéntrica por dentro de los 30 grados centrales; esto responde a que la afectación comienza frecuentemente en las fibras nerviosas retinianas más periféricas.

Raof y cols. (22) afirman que la pérdida de agudeza visual es una característica de la enfermedad avanzada.

En la presente investigación, el papiledema guardó cierta relación con la afectación de la función visual, aunque hubo algunos pacientes con edema del disco óptico en estadios desarrollado y crónico con unidad de visión, pero que presentaban afectación del campo visual y sensibilidad al contraste, coincidiendo con lo reportado por Rehman O y cols. (23).

Este comportamiento ratifica que la agudeza visual es un mal medidor de disfunción visual en estos pacientes y que deben ser monitoreados fundamentalmente mediante el estudio de las variaciones de los patrones campimétricos.

En conclusión, la HII es una condición rara y poco conocida, estrechamente asociada con la obesidad; en este tipo de pacientes las manifestaciones clínicas y alteraciones oftalmológicas pueden ser más severas que en los pacientes clasificados como normopeso. El papiledema, la afectación de la visión de colores y el campo visual, y más raramente la afectación de la agudeza visual son hallazgos presentes en pacientes con HII.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Zuccaro G, González Ramos J, Antacle A, Clementi M. ¿Cuál es el rol del tratamiento quirúrgico en el manejo de la hipertensión endocraneana idiopática refractaria al tratamiento médico? Suplemento pediatría S01- S08. 2021. Disponible en <https://www.ranc.com.ar/index.php/revista/article/download/283/356>
- Decker Larrea PE, Intriago Cevallos VD, Villacis Rodriguez CA, León García JL. Hipertensión intracraneal idiopática, fisiopatología y manejo en pacientes en la Clínica San Francisco. RECIAMUC [Internet]. 2020;4(4):82-92. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/547>
- Gianfranco Tomarelli R, Alejandro Donoso F, Mario Vildoso F. Andes pediatr. [Internet] 2021;92(6):971-972. Disponible en <https://www.scielo.cl/pdf/andesped/2022nahead/2452-6053-andesped-andespediatr-v92i6-4033.pdf>
- Rodríguez de Rivera F, Martínez-Sánchez J, Ojeda-Ruiz de Luna J, Arpa-Gutiérrez F, Barreiro-Tella P. Hipertensión intracraneal benigna. Antecedentes, clínica y tratamiento en una serie de 41 pacientes. Rev Neurol. [Internet]. 2017;37(9):801-5. Disponible en: <http://www.revneurol.com/sec/resumen.php?or=pubmed&id=2003282>
- Villa Clara. Hospital universitario "Arnaldo Milán Castro". Departamento de estadísticas y registros médico. 2019. Villa Clara.
- Boyter E. Idiopathic intracranial hypertension. JAAPA. [Internet]. 2019;32(5):30-35. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30969189/>
- Errguig L, Benomar A, Aitbehaddou E, Mouti O, Regragui W, Benaaboud B, et al. Clinical and therapeutic aspects of benign intracranial hypertension. Paris: Rev Neurol. [internet].

- 2016;160(12):1187-90. Disponible en: <http://www.em-consulte.com/article/104876#N10131>
8. Álvarez Casaño María, Calvo Medina Rocío, Martínez Antón Jacinto. Hipertensión intracraneal idiopática: casuística y revisión de la bibliografía. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2019;21(81): 15-20. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322019000100002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000100002&lng=es)
  9. Bruce BB, Kedar S, Van-Stavern P, Monaghan D, Acierno D, Braswell A. et al. Idiopathic intracranial hypertension in men. *Neurology*. [Internet]. 2009;pp. 304-309. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1212/01.wnl.0000333254.84120.f5>
  10. Savini G, Bellusci C, Carbonelli M, Zanini M, Carelli V, Sadun AA, et al. Detection and quantification of retinal nerve fiber layer thickness in optic disc edema using stratus OCT. *Arch Ophthalmol*. [Internet] 2006;124 (8):1111-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16908813>
  11. Wakerley BR, Mollan SP, Sinclair AJ. Idiopathic intracranial hypertension: Update on diagnosis and management. *Clin Med (Lond)* [Internet]. 2020; 20(4):384-388. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32675143/>
  12. García Lobo MB. Estudio de variantes tipo SNP en la Hipertensión Intracraneal Idiopática. [Tesis]. Universidad de Valladolid. 2021.
  13. Shaia JK, Elzie C. Acute presentation of idiopathic intracranial hypertension with severe vision deficits. *SAGE Open Med Case Rep*. [Internet] 2020; 8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33014374/>
  14. Carvajal Carpio L, Vargas Mena R, Hidalgo Azofeifa S. Fisiopatología del síndrome de hipertensión intracraneal. *Rev.méd.sinerg*. [Internet]. 2021;6(10):e719. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/719>
  15. Hepworth LR, Rowe FJ. Programme choice for perimetry in neurological conditions (PoPiN): a systematic review of perimetry options and patterns of visual field loss. *BMC Ophthalmol*. [Internet] 2018;18(1):241. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6131852/>
  16. Chen BS, Newman NJ, Biousse V. Atypical presentations of idiopathic intracranial hypertension. *Taiwan J Ophthalmol*. [Internet] 2021;11:25-38. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7971435/>
  17. Micieli JA, Gorham JP, Bruce BB, Newman NJ, Biousse V, Peragallo JH. Clinical and demographic differences between idiopathic intracranial hypertension patients with mild and severe papilledema. *Taiwan J Ophthalmol* [Internet] 2021;11:53-6. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33767955/>
  18. Koc Feray, Isik Mehmet Resit, Sefi-Yurdakul Nazife. Weight reduction for a better visual outcome in idiopathic intracranial hypertension. *Arq. Bras. Oftalmol*. [Internet]. 2018; 81(1): 18-23. Available from: [http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27492018000100018&lng=en](http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492018000100018&lng=en)
  19. Rodríguez G, Rivero M, Gutiérrez R, Márquez J. Conceptos básicos sobre la fisiopatología cerebral y la monitorización de la presión intracraneal. *Neurología*. [Internet] 2015;30(1):16-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.09.002>
  20. Smith M. Refractory Intracranial Hypertension. *Anesth Analg*. [Internet]. 2017;125(6): 1999-2008. Disponible en: <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002399>
  21. Liu G, Volpe N, Galetta S. Optic disc swelling: papilledema in idiopathic intracranial hypertension. *J Neuro-Ophthalmology: diagnosis and management 2ed*. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2010.p.199-236.
  22. Raof N, Hoffmann J. Diagnosis and treatment of idiopathic intracranial hypertension. *Cephalalgia*. [Internet]. 2021;41(4):472-478. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8020303/>
  23. Rehman O, Ichhpujani P, Kumar S, Saroa R, Sawal N. Idiopathic intracranial hypertension and visual function in North Indian population. *Eur J Ophthalmol*. [Internet] 2021. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33781109/>

Los autores del presente estudio no tienen conflicto de intereses para declarar. No se recibió ninguna fuente de financiamiento para la realización del estudio.

#### Contribución de autoría

Yilian Trujillo Beltrán: selección de la muestra del estudio, obtención de los datos, análisis estadístico formal, redacción y revisión crítica del artículo.

Marbelys Guevara Rodríguez: selección de la muestra del estudio, conceptualización del estudio, redacción y revisión crítica del artículo.

Betsy Bell Bosch Rodríguez: preparación de las figuras, revisión de literatura, redacción y revisión crítica del artículo.

# HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO POST COLANGIOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CRE)

## SUBCAPSULAR HEPATIC HEMATOMA AFTER ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOGRAPHY (ERC)

CORPACCI AGOSTINA<sup>1</sup>, RODRÍGUEZ ALBORNOZ AGUSTINA FLORENCIA<sup>2</sup>, SISTI JUAN IGNACIO<sup>2</sup>; GARCÍA LÓPEZ DE MUNAIN FERNANDA<sup>1</sup>, CHURRUARRIN DAZA A. GONZALO<sup>3</sup>

### RESUMEN

La laceración hepática y la eventual formación de un hematoma subcapsular, se encuentran dentro de las posibles complicaciones, aunque infrecuentes, de una Colangiografía Retrógrada Endoscópica (CRE)<sup>1</sup>. A continuación, se presenta el caso de una paciente que cursa internación por cuadro de litiasis coledociana con requerimiento de CRE; posterior a la misma, intercorre con laceración hepática del segmento III, como consecuencia de dicho procedimiento.

Dada la evolución tórpida, en lo que respecta al cuadro clínico de dicho paciente, se decide realizar laparotomía exploratoria, en dos oportunidades, con el fin de resolver la intercorrenencia de dicha complicación; lográndose así, la remisión completa de la eventualidad.

**Palabras claves:** Hematoma subcapsular; Colangiografía retrógrada endoscópica; laparotomía exploratoria; drenaje percutáneo; CRE

### SUMMARY

*Although liver laceration and subhepatic liver hematomas are included in the spectrum of eventual complications of Endoscopic Retrograde Cholangiography (ERC), they are not frequent<sup>1</sup>. The present study intends to describe the case of a hospitalized patient in the context of choledochal lithiasis which was treated with ERC. As a consequence of this procedure, the patient presents a liver laceration localized in the third (III) segment of the liver.*

*As the clinical evolution was not as expected, an exploratory laparotomy was required, in two different opportunities. The established treatment allowed to resolve the intercorrenencia without further complications.*

**Keywords:** Subcapsular Hematoma; Endoscopic Retrograde Cholangiography; exploratory laparotomy; percutaneous drainage; ERC

1. Residente de tercer año del Servicio de Cirugía General. Sanatorio Colegiales, Buenos Aires, Argentina.  
2. Residente de cuarto año del Servicio de Cirugía General. Sanatorio Colegiales, Buenos Aires, Argentina.

3. Jefe de Servicio Cirugía General. Sanatorio Colegiales, Buenos Aires, Argentina. Docente adjunto UBA. MAAC. Miembro AMA.

## INTRODUCCIÓN

La Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CRE) es un procedimiento mínimamente invasivo utilizado como método diagnóstico y terapéutico, en diferentes patologías biliopancreáticas, cuyo riesgo de complicación comprende un rango entre el 2,5 y el 8 % según diferentes bibliografías; y comprende un porcentaje de mortalidad variable, entre 0,5% y el 3%<sup>1,2</sup>.

Las complicaciones que se describen con mayor frecuencia según orden de incidencia, son: la pancreatitis aguda (1% a 7%), la bacteriemia (1,4%), hemorragia local o subcapsular hepática (1%), la perforación intestinal (duodenal) (1%) y la colecistitis/colangitis aguda (0,2%)<sup>3</sup>. El hematoma hepático secundario a CRE es una complicación infrecuente y potencialmente perjudicial que representa un elevado riesgo para la vida del paciente.

Dentro de la literatura se encuentra un limitado número de casos documentados de la presente patología, razón por lo cual su desarrollo resulta de gran importancia<sup>4</sup>.

La etiopatogenia de dicha complicación no se encuentra aún esclarecida, por tanto, se analizan varias hipótesis.

Una de ellas plantea la perforación de la vía biliar por el instrumental asociado a daño vascular y del parénquima hepático, lo que explicaría la presencia tanto de un hematoma, como de aire subfrénico. Dicha teoría es considerada la menos probable teniendo en cuenta el avance tecnológico utilizado en la construcción de materiales<sup>5</sup>.

En contraposición a lo mencionado previamente, se plantea que la tracción ejercida sobre la vía biliar, por el instrumental, al momento de la extracción litiásica, produciría un desgarro, tanto de la vía biliar, como de las estructuras vasculares, generando así, un hematoma subcapsular; esta última, parece ser la más probable y convincente; asimismo, permitiría aplicar medidas preventivas<sup>5</sup>.

En cuanto a la clínica, los síntomas son variables, pudiendo manifestarse como: dolor abdominal (87%), shock hemodinámico (36%), anemia (29%), fiebre (25%), leucocitosis (9%), entre otros; los mismos pueden ser evidenciados desde la realización del procedimiento, hasta 15 días posteriores al mismo, estableciéndose una media de 72 horas<sup>6</sup>.

En el contexto de sospecha de un hematoma subcapsular, es primordial contar con las herramientas adecuadas para el diagnóstico.

Dentro de las más utilizadas, se menciona la ecografía abdominal y la tomografía de abdomen y pelvis con contraste endovenoso; esta última es considerada gold standard para la detección de extravasación de contraste, que se relaciona con sangrado activo, e indica la necesidad inminente de tratamiento quirúrgico<sup>7</sup>.

Considerando la baja incidencia de la patología en cuestión y la escasa bibliografía e información, requiere la individualización del tratamiento, según las necesidades de cada paciente.

En aquellos pacientes que se encuentren clínica y hemodinámicamente estables, puede llevarse a cabo un manejo conservador, con psicoterapia profiláctica dado el elevado riesgo de infección, o tratamientos de menor complejidad como ser: drenaje percutáneo o arteriografía, asociado a embolización arterial<sup>8</sup>.

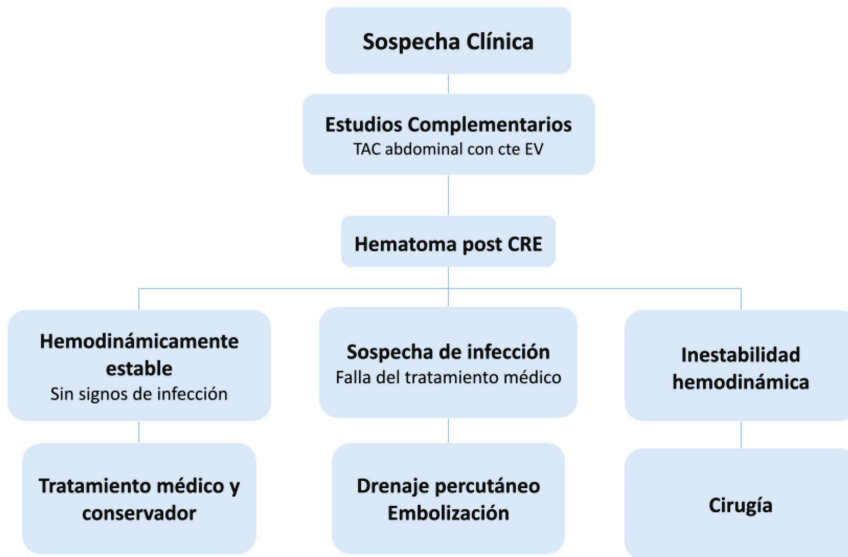
Aquellos pacientes que presenten inestabilidad hemodinámica o complicaciones asociadas, serán candidatos al tratamiento quirúrgico abierto, con el fin de evacuar el hematoma en su totalidad y realizar hemostasia del lecho, o packing en caso de hemorragia profusa<sup>9</sup> (Cuadro 1).

A continuación se desarrolla el reporte de un caso clínico que merece especial mención, dada la excepcionalidad de su naturaleza.

Se expone nuestra experiencia en cuanto al manejo interdisciplinario tanto clínico como quirúrgico, llevado a cabo en nuestro centro por profesionales calificados.

Se realizó una revisión sistemática de artí-

Cuadro 1. Algoritmo diagnóstico y tratamiento del hematoma subcapsular.



culos científicos consultando la base de datos de Medline, The Cochrane Library Plus, sin restricción de fecha, en los idiomas inglés y español. No se hicieron restricciones respecto al tipo de estudio.

Los procedimientos realizados, se encuentran de acuerdo a las reglas éticas del comité de experimentación humana.

### CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 68 años de edad refiere antecedentes clínicos de hipertensión e hipotiroidismo; y quirúrgicos de dos cesáreas y anexectomía izquierda por patología benigna.

Ingresa en el mes de abril de 2019 por un cuadro de dolor abdominal epigástrico, asociado a episodios de emesis y pirosis.

### TRATAMIENTO

A las 36 hs del ingreso se realiza CRE, papilotomía y extracción litiasica con canastilla de Dormia previa dilatación con balón de 10 mm.

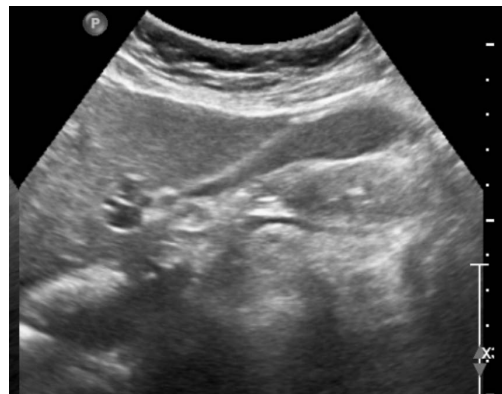
Laboratorio control a las 12 hs del procedimiento: Amilasa 42 U/L, Hematocrito 27%.

### Laboratorio

<input type="checkbox"/> Hematocrito 36%	<input type="checkbox"/> TGP 17 UI/L
<input type="checkbox"/> Hemoglobina 12,6 g/dl	<input type="checkbox"/> FAL 318 UI/L
<input type="checkbox"/> Leucocitos 5580/mm <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> Bilirrubina Total 0,4 mg/dL
<input type="checkbox"/> TGO 12 UI/L	<input type="checkbox"/> Bilirrubina Directa 0,14 mg/dL

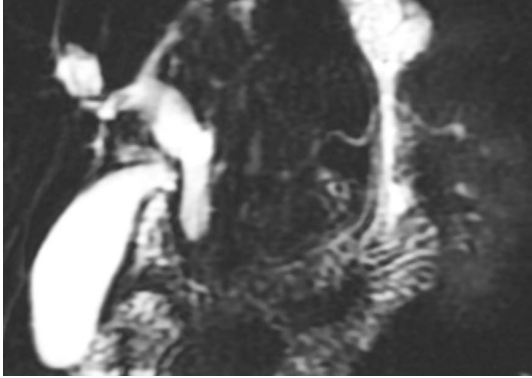
### Ecografía completa de abdomen. (Imagen 1):

Imagen 1. Vesícula biliar de paredes de 1,3 mm y contenido micro litiasico.



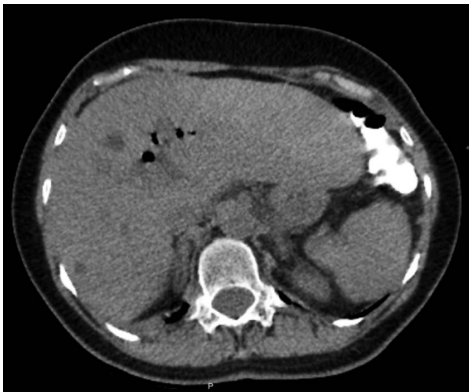
### Resonancia Magnética de abdomen y Colangiorenancia (Imagen 2):

Imagen 2. Dilatación de la vía biliar intra y extrahepática con un hepatocolédoco de 12-13mm e imágenes hipointensas endoluminales compatibles con litiasis coledociana proximal al Oddi.



Clinicamente la paciente refiere dolor abdominal en hipocondrio derecho y epigastrio, motivo por el cual se solicita tomografía de abdomen y pelvis con contraste oral (Imagen 3).

Imagen 3. TAC abdomen y pelvis: Parénquima hepático heterogéneo a expensas de imagen ligeramente hiperdensa, de bordes irregulares, en topografía de lóbulo hepático izquierdo, con diámetro de 115 x 34 mm, que podría corresponder en primera instancia a hematoma subcapsular.

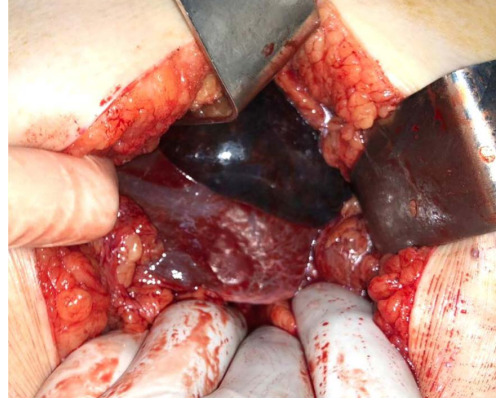


Dado los hallazgos mencionados anteriormente, se interpreta al hematoma subcapsular como una probable complicación de la realización de CRE.

Se decide realizar intervención quirúrgica exploratoria de urgencia; en dicho procedi-

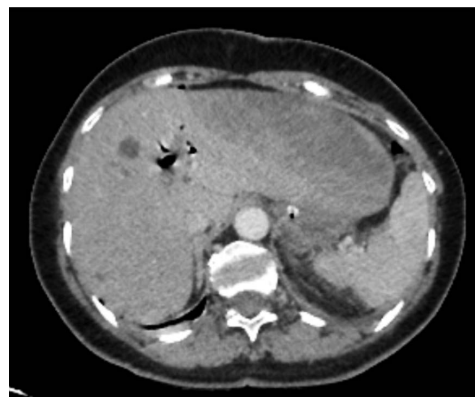
miento se evidencia un hematoma subcapsular hepático izquierdo con pequeña fisura en segmento III; se realiza lavado de cavidad y drenaje del mismo, sin evidencia de sangrado activo (Imagen 4).

Imagen 4. Laparotomía exploratoria con evidencia de hematoma subcapsular del lóbulo hepático izquierdo.



Por persistencia de sintomatología en el post quirúrgico a las 48 hs, se solicita tomografía de abdomen y pelvis trifásica donde se valora en topografía de lóbulo hepático izquierdo una imagen hipodensa con el parénquima hepático en la fase sin contraste; de forma lenticular, y heterogénea, presenta un ligero realce periférico en la fase con contraste endovenoso, siendo sus medidas de 134.23 x 42.68 mm, que podría corresponder a hematoma subcapsular (Imagen 5).

Imagen 5. Tomografía abdominal trifásica, tiempo venoso, donde se evidencia hematoma subcapsular de 134.23 x 42.68 mm.

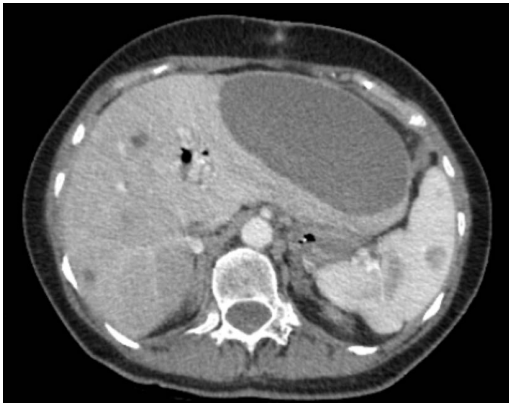




Se realiza punción percutánea para drenaje del hematoma; durante el procedimiento, se logra la evacuación completa del mismo, corroborado por ecografía control posterior.

A las 72 hs del procedimiento percutáneo, la paciente intercorre con secreción serohemática por sitio operatorio y persistencia de hematoma subcapsular según nueva tomografía. (Imagen 6).

Imagen 6. Tomografía de abdomen trifásica tiempo excretor, que evidencia hematoma subcapsular de aspecto líquido en lóbulo hepático izquierdo, de 122 x 59 mm.



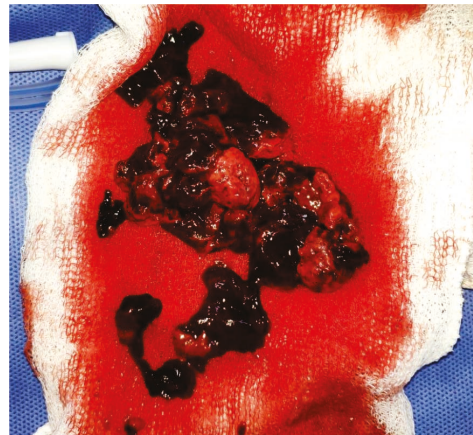
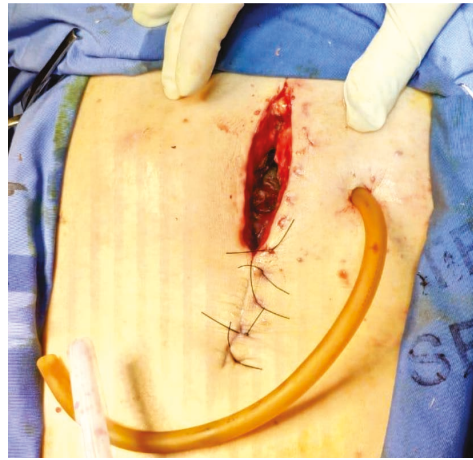
Por persistencia de sangrado subcapsular, se solicita angiografía hepática para embolización selectiva, que no informa lesiones significativas en ramas de la arteria hepática.

Se decide drenaje percutáneo de la colección hemática; el mismo se logra de manera completa corroborado por ecografía control posterior.

Por tórpida evolución, a las 48 hs del drenaje percutáneo se decide nuevamente laparotomía exploratoria para drenaje del hematoma y hemostasia directa (Imagen 7 y 8); se deja drenaje de látex al lecho quirúrgico.

La paciente evoluciona favorablemente; con egreso sanatorial a las 72 hs de la cirugía sin complicaciones inmediatas.

Imagen 7. Incisión mediana abdominal por re laparotomía exploratoria. Drenaje de látex a lecho. Imagen 8. Material retirado de colección, adyacente al lóbulo hepático izquierdo.



## DISCUSIÓN

En relación con el procedimiento endoscópico es de vital importancia destacar que aún siendo realizado por personal médico calificado, no se encuentra exento de eventualidades y complicaciones, como el hematoma subcapsular entre otros. Por tanto, aunque infrecuente este fenómeno, debe ser tenido en cuenta con el fin de realizar un diagnóstico precoz, ya que caso contrario, puede llevar a un desenlace fatal<sup>3,10</sup>.

En cuanto al diagnóstico del hematoma subcapsular, se reconoce a la tomografía axial computada de abdomen y pelvis con contraste endovenoso como gold standard. Se destaca por su alta sensibilidad y especificidad para determinar la localización, relación con estructuras adyacentes, extensión y dimensión del mismo<sup>11</sup>.

Teniendo en cuenta el limitado número de casos reportados en la literatura vigente, se reconoce que en el 95% de los casos, el hematoma se presenta con mayor frecuencia, en el lóbulo hepático derecho; y el tamaño promedio es de 100 x 130 mm <sup>12</sup>.

Por tal motivo cabe destacar la singularidad del presente caso clínico, donde la afectación predominante se localiza en el lóbulo hepático izquierdo.

Ante la presencia de un hematoma subcapsular se reconoce al tratamiento médico conservador como de primera línea, en tanto el estado clínico del paciente lo permita; se evidencian mejores resultados cuando el tratamiento es abordado de forma multidisciplinaria <sup>6,13</sup>.

Dentro del tratamiento médico, la utilización de antibioticoterapia es controversial.

Mientras algunos autores optan por aplicar un esquema antibiótico profiláctico, otros deciden ajustar la terapia según la necesidad del paciente <sup>5, 14, 15</sup>.

La indicación de antimicrobianos se basa en el estado clínico del paciente, teniendo en cuenta los reactantes de fase aguda, e idealmente, los cultivos <sup>16</sup>.

La resolución quirúrgica es mandatoria ante la presencia de inestabilidad hemodinámica, signos de irritación peritoneal, elevado riesgo de ruptura, fracaso del manejo conservador, compresión de estructuras vasculares y hema-

toma de gran volumen; no obstante, existen procedimientos intermedios que pueden ser empleados como alternativa, en una instancia previa al tratamiento quirúrgico planteado, como ser, el manejo percutáneo o la embolización selectiva; aunque frecuentemente no presentan la tasa de éxito esperada <sup>17,18</sup>.

## CONCLUSIÓN

En base a lo expuesto previamente, el hematoma subcapsular hepático posterior a CRE es una complicación infrecuente, que puede devenir en un desenlace ominoso de no ser diagnosticado precozmente.

El tratamiento debe ser individualizado dependiendo la situación clínica del paciente y las características del hematoma, con los interrogantes y discusiones aludidas previamente; sin pasar por alto aquellas condiciones inherentes al paciente, disponibilidad de estudios y procedimientos de baja, mediana o alta complejidad.

La bibliografía es limitada como consecuencia de su baja incidencia a nivel mundial, encontrándose únicamente reportes de casos que dificultan establecer consenso en cuanto al manejo clínico-quirúrgico de dicha patología, por lo que se destaca la importancia de continuar el trabajo en conjunto, que permitirá el desarrollo a futuro de prácticas establecidas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baudet JS. Hematoma hepático subcapsular. Una rara complicación de la CPRE. - Gastroenterología Hepatología. 2011; 34:79 –82.
2. Díaz Rubia J, Moya Sánchez. Hematoma Subcapsular Hepático como inusual complicación tras realización de CPRE en paciente con colangiocarcinoma. 42.
3. Pérez Legaz JL, Lantos LR, Tovar PM, Forcén L, Armañanzas M, Gómez I, et al. Hematoma Subcapsular Hepático tras CPRE. Madrid. 2011;103:550–1.
4. Escobar A, Gabriela A. Hematoma Subcapsular Hepático como Complicación del Procedimiento Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (Cpre). Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Carrera Medicina; 2016.
5. Roldan Villavicencio JI, Mikel Prieto Calvo, and Mikel Gastaca Mateo. “Hematoma subcapsular hepático post-CPRE: del tratamiento conservador a la cirugía emergente. Una complicación inusual pero extremadamente grave.”

- Revista Española de Enfermedades Digestivas 111.9 (2019): 721-723.
6. Zizzo M, Lanaia A, Barbieri I, Zaghi C, Bonilauri S. Subcapsular Hepatic Hematoma After Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: A Case Report and Review of Literature. *Medicine (Baltimore)* 2015 Jul;94(26):e1041. doi: 10.1097/MD.0000000000001041. PMID: 26131812; PMCID: PMC4504646.
  7. Priego P, Rodríguez G, Mena A, Losa N, Aguilera A, Ramiro C et al. Hematoma subcapsular hepático tras CPRE. *Rev. esp. enferm. dig.* [Internet]. 2007 Ene; 99(1):53-54. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082007000100014&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082007000100014&lng=es).
  8. García-Cano Lizcano J, González Martín JA, Morillas Ariño J, Pérez Sola A. Complicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: Estudio en una unidad pequeña de CPRE. *Rev. esp. enferm. dig.* [Internet]. 2004 Mar; 96(3):163-173. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082004000300002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082004000300002&lng=es).
  9. Servide María José, Prieto Mikel, Marquina Teresa. Hematoma subcapsular hepático: una rara complicación tardía tras CPRE. *Rev. esp. enferm. dig.* [Internet]. 2016 Abr; 108(4): 234-235. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082016000400015&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082016000400015&lng=es).
  10. Orellana F, Irarrazaval J, Galindo J, Balbontin P, Manríquez L, Plass R, Araya R, Ríos H, Sáenz R. Subcapsular hepatic hematoma post ERCP: a rare or an underdiagnosed complication? *Endoscopy.* 2012;44 Suppl 2 UCTN:E108-9. doi: 10.1055/s-0031-1291493. Epub 2012 Apr 4. PMID: 22477169.
  11. Oliveira Ferreira A, Tato Marinho R, Velosa J. Infected hepatic hematoma 10 days after ERCP. *Endoscopy.* 2013;45 Suppl 2 UCTN:E402-3. doi: 10.1055/s-0033-1344865. Epub 2013 Nov 27. PMID: 24285071.
  12. González-López R, García-Cano E, Espinosa-González O, Cruz-Salgado Á, Montiel-Jarquín AJ, Hernández-Zamora V. Tratamiento quirúrgico para hematoma subcapsular hepático posterior a colangiografía retrógrada endoscópica; caso inusual. *Cir[Internet].* 2015;83(6):506-9.
  13. Pérez-Legaz J, Santos J, Ruiz-Tovar J, Moya-Forcén P, Armañanzas L, Gómez M, Oller I, Arroyo A, Calpena R. Subcapsular hepatic hematoma after ERCP (endoscopic retrograde cholangiopancreatography). *Rev Esp Enferm Dig.* 2011 Oct;103(10):550-1. English, Spanish. doi: 10.4321/s1130-01082011001000011. PMID: 22054274.
  14. Priego P, Rodríguez G, Mena A, Losa N, Aguilera A, Ramiro C, Lisa E, Conde S, Fresneda V. Hematoma subcapsular hepático tras CPRE [Subcapsular liver hematoma after ERCP]. *Rev Esp Enferm Dig.* 2007 Jan;99(1):53-4. Spanish. doi: 10.4321/s1130-01082007000100014. PMID: 17371135.
  15. Klímová K, Suárez C, Asanza C, Peña A, Arregui E and Alonso A. (2014) Subcapsular Hepatic Hematoma after ERCP: A Case Report and Revision of Literature. *Informes de casos en medicina clínica*,3,161-166. doi: 10.4236/crcm.2014.33039.
  16. Chi KD, Waxman I. Subcapsular hepatic hematoma after guide wire injury during endoscopic retrograde cholangiopancreatography: management and review. *Endoscopy.* 2004 Nov; 36(11):1019-21. doi: 10.1055/s-2004-825861. PMID: 15520924.

# CONSENSO DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR VERSIÓN RESUMIDA

SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA - ÁREA DE CONSENSOS Y NORMAS

## PRIMERA PARTE

### DIRECTORES

GUSTAVO GIUNTA<sup>MTSAC</sup>

AUGUSTO LAVALLE COBO<sup>MTSAC</sup>

### COORDINADORES GENERALES

LAURA BRANDANI<sup>MTSAC</sup>

MARTÍN LOBO<sup>MTSAC</sup>

### SECRETARIOS CIENTÍFICOS

EZEQUIEL FORTE<sup>MTSAC</sup>

GERARDO MASSON<sup>MTSAC</sup>

### POR ÁREA DE NORMAS Y CONSENSOS

ARIEL KRASELNIK

### REVISORES

JORGE LERMAN<sup>MTSAC</sup>,

RICARDO IGLESIAS<sup>MTSAC</sup>,

ALBERTO CAFFERATA<sup>MTSAC</sup>,

VERÓNICA VOLBERG<sup>MTSAC</sup>

### COORDINACIÓN EDITORIAL

PATRICIA LÓPEZ DOWLING

## 1. PREVENCIÓN PRIMORDIAL

**Coordinador:** Alejandro Di Cío Gimena

**Grupo de redacción:** Diana Millan, Lorena Helman, María Isabel Rodríguez Acuña

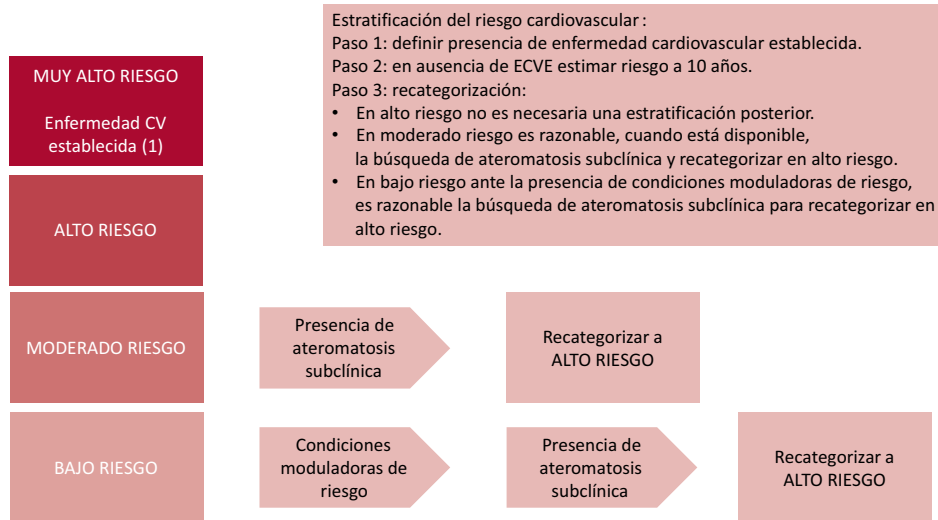
Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Pesquisar como antecedente positivo la presencia de ECV diagnosticada (coronaria, cerebrovascular, vascular periférica) o muerte de causa cardiovascular en un familiar de primer grado masculino <55 años o femenino <65 años.	I	B
– Constatar en la historia clínica del paciente los antecedentes familiares positivos que permitan detectar un perfil de riesgo aumentado para ECV (obesidad, dislipidemias, HTA, diabetes) en familiares de 1.º grado	I	B
– Si se identifican en el paciente FR para ECV, debe considerarse la evaluación de padres, hermanos o convivientes para dichos factores.	I	B
– Promocionar la salud cardiovascular en el paciente y en su grupo familiar a través de cambios alimentarios, actividad física, cesación tabáquica y estimular la detección temprana de los factores de riesgo cardiovasculares (diabetes, hipertensión arterial, dislipidemia).	I	C
– A nivel escolar se debe trabajar a través de la inclusión familiar, la promoción de la actividad física, la oferta de alimentos nutritivos, la capacitación para docentes y cuidadores y el ambiente favorecedor de hábitos saludables.	I	B

## 2. ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

**Coordinador:** Mariano Giorgi<sup>MTSAC</sup>

**Grupo de redacción:** Ignacio Bluro<sup>MTSAC</sup>, Daniel Comtesse, Gabriel Cejas, Diego Manente<sup>MTSAC</sup>, Emiliano Salmeri<sup>MTSAC</sup>, Lucas Leonardo Suárez

Esquema propuesto de estratificación de riesgo.



\*Cardiopatía isquémica (IAM, revascularización coronaria, enfermedad coronaria), accidente cerebrovascular o accidente isquémico transitorio, enfermedad vascular periférica (carotídea, miembros inferiores).

### 3. ALIMENTACIÓN SALUDABLE

**Coordinador:** Ariel Kraselnik

**Grupo de redacción:** María Florencia Aguilo Iztueta, Gabriela Flores, Evelyn Gitz, Jorgelina Latorraga

#### RECOMENDACIONES GENERALES DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Se recomienda limitar el consumo de alimentos fuentes de ácidos grasos saturados y reemplazarlos por fuentes de ácidos grasos mono y poliinsaturados, para la prevención de eventos cardiovasculares.	I	A
– Se recomienda evitar un consumo mayor de 2000 mg de sodio por día (5 g de sal), para reducir el riesgo de hipertensión arterial.	I	A
– Se recomienda que los carbohidratos de la dieta provengan de alimentos naturales o mínimamente procesados, y limitar la ingesta de carbohidratos refinados y azúcares libres, para la prevención de eventos cardiovasculares.	I	B
– Es razonable limitar la ingesta de colesterol, especialmente en personas con factores de riesgo cardiovascular.	IIa	B
– Se recomienda evitar la ingesta de ácidos grasos trans* para la prevención de eventos cardiovasculares.	III	B

\* El objetivo propuesto por la OMS es que no superen el 1% de la energía total.

#### RECOMENDACIONES DE PATRONES ALIMENTARIOS

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Se recomienda un patrón alimentario de tipo mediterráneo, para la prevención de eventos cardiovasculares.	I	A
– Se recomienda fomentar la incorporación de hortalizas, frutas, legumbres, frutos secos, semillas y granos integrales como componentes centrales de un patrón alimentario cardiosaludable.	I	B
– Los patrones alimentarios de tipo DASH y vegetariano se recomiendan para la reducción del riesgo y la prevención de eventos cardiovasculares.	I	B
– Una restricción moderada de carbohidratos podría reducir el riesgo cardiovascular, siempre que no aumente significativamente el consumo de grasas saturadas y colesterol, se mantenga un aporte adecuado de fibra y se prioricen las proteínas y grasas de origen vegetal y marino.	IIa	B

#### 4. ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO

**Coordinador:** Roberto Peidro<sup>MTSAC</sup>

**Grupo de redacción:** Gonzalo Díaz Babio<sup>MTSAC</sup>, Graciela Brión<sup>MTSAC</sup>, Ignacio Dávalos<sup>MTSAC</sup>, Diego Iglesias<sup>MTSAC</sup>

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Se recomienda realizar actividad física aeróbica de intensidad leve-moderada al menos 150-300 minutos/semana, o intensa 75-150 min/semana.	I	A
– Para mayores beneficios en adultos sin enfermedades asociadas, se recomienda incrementar gradualmente la cantidad de ejercicio aeróbico de intensidad moderada a 300 minutos/semana, o vigorosa a 150 minutos/semana.	I	A
– Se recomienda incorporar ejercicios de fuerza muscular en intensidad moderada o vigorosa que involucren grandes grupos musculares, durante 2 o más días a la semana para obtener beneficios cardiovasculares adicionales.	I	A
– Se recomienda realizar controles y asesoramiento periódico regular para promover adherencia y ayudar a sostener en el tiempo la realización de actividad física.	I	B
– En niños y adolescentes se recomienda realizar al menos un promedio de 60 minutos/día de actividad física moderada-vigorosa, predominantemente aeróbica.	I	B
– En infantes y adolescentes se recomienda realizar ejercicios de fortalecimiento osteomuscular acordes con su etapa de desarrollo, al menos 3 veces a la semana.	I	B
– Como parte de su actividad diaria, se recomienda en adultos mayores realizar ejercicios de moderada-vigorosa intensidad, que mejoren su equilibrio y fuerza muscular, al menos 3 veces/semana para optimizar la capacidad funcional y evitar caídas.	I	B
– El entrenamiento de alta intensidad con intervalos (HIIT) puede ser considerado como una herramienta efectiva y eficaz para mejorar la salud y la prevención cardiovascular a través de sesiones más cortas de ejercicio.	Ila	B
– El entrenamiento intervalado aeróbico submáximo podría ser útil y con bajo riesgo para personas con obesidad, sedentarias, adultos mayores o con enfermedad cardiovascular, siempre y cuando se realicen los controles médicos correspondientes y se ajuste la intensidad de manera individualizada.	Ilb	B
– No se recomiendan los períodos prolongados de inactividad física y tiempo recreativo frente a pantallas, especialmente en niño/as y adolescentes.	III	B

#### 5. CONTAMINACIÓN AMBIENTAL

**Coordinador:** César Berenstein<sup>MTSAC</sup>

**Grupo de redacción:** Ezequiel Forte<sup>MTSAC</sup>, Gustavo Giunta<sup>MTSAC</sup>, Daniel Suárez<sup>MTSAC</sup>, María Florencia Pérez

#### RECOMENDACIONES RELACIONADAS A CONTAMINACIÓN

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Evitar la quema ineficiente de la biomasa para calefacción doméstica. En caso de no ser posible, asegurar un tiraje externo y una ventilación adecuados.	I	C
– Conocer los niveles de ruido y contaminación atmosférica a los que están expuestos nuestros pacientes.	I	C
– Priorizar las zonas de menor nivel de contaminación ambiental para realizar actividad física.	Ila	C

#### 6. DISLIPIDEMIAS

**Coordinador:** Walter Masson<sup>MTSAC</sup>

**Grupo de redacción:** Fernando Brites, Pablo Corral<sup>MTSAC</sup>, Gerardo Elikir, Gustavo Giunta<sup>MTSAC</sup>, Alfredo Lozada<sup>MTSAC</sup>, Diana Millan, Ricardo Rey<sup>MTSAC</sup>, Laura Schreier, Daniel Siniawsky<sup>MTSAC</sup>

**RECOMENDACIONES DE MEDICIÓN DE FRACCIONES LIPÍDICAS**

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Se recomienda <b>el tamizaje universal en niños entre los 6 y 11 años de edad, para la detección de dislipidemias primarias.</b>	I	C
– <b>Se recomienda la medición sistemática de lípidos en adultos a partir de los 18 años.</b>	I	C
– En los individuos de bajo riesgo, con valores lipídicos considerados adecuados, se recomienda reevaluar cada 3 años hasta la cuarta década de la vida y luego anualmente.	I	C
– El estudio de lípidos debe incluir la medición de colesterol total, TG, C-HDL y C-LDL, así como el cálculo del C-no HDL.	I	C
– En pacientes de alto riesgo y con hipertrigliceridemia se recomienda la medición de Apo B para verificar el cumplimiento de las metas lipídicas.	I	C
– Se recomienda la medición de Lp(a) al menos una vez en la vida.	I	C
– Se recomienda la búsqueda sistemática de causas secundarias de dislipidemias.	I	C

**OBJETIVOS DE TRATAMIENTO**

Indicaciones de tratamiento y metas lipídicas recomendadas según el riesgo cardiovascular.

**Indicaciones de tratamiento y metas lipídicas recomendadas según el riesgo cardiovascular**

Población	Tratamiento	Clase de recomendación	Nivel de C-LDL sugerido como meta (mg/dL)	Nivel de C-no HDL sugerido como meta (mg/dL)
<b>Prevención secundaria</b>				
Prevención secundaria de <b>muy alto riesgo.</b>	Estatinas de alta intensidad.	I A	<55 y 50% de reducción	<85
Antecedentes cardiovasculares con alguna de las siguientes características asociadas: -Diabetes. -Hipercolesterolemia familiar. -Síndrome isquémico agudo. -Recurrencia de eventos. -Enfermedad panvascular.	Agregar ezetimibe cuando, a pesar de la máxima dosis tolerada de estatinas, no se cumple la meta lipídica.  Agregar inhibidores de iPCSK9 cuando, a pesar del tratamiento con la máxima dosis tolerada de estatinas y ezetimibe, el C-LDL persiste >70 mg/dL.	I A  I A		
Prevención secundaria (sin las características citadas).	Estatinas de alta intensidad.  Agregar ezetimibe cuando, a pesar de la máxima dosis tolerada de estatinas, no se cumple la meta lipídica.  Agregar iPCSK9 cuando, a pesar del tratamiento con la máxima dosis tolerada de estatinas y ezetimibe, el C-LDL persiste arriba de 100 mg/dL	I A  I A  I A	<70 y 50% de reducción	<100
<b>Prevención primaria</b>				
Hipercolesterolemia familiar de <b>alto riesgo.</b>	Estatinas de alta intensidad.	I C	<70 y 50% de reducción	<100
Alguna de las siguientes características asociadas: -Ateromatosis subclínica. -Lp(a) >50 mg/dL -Diabetes. -Otros dos o más FR asociados (HTA, TBQ, obesidad, sexo masculino).	Agregar ezetimibe cuando, a pesar de la máxima dosis tolerada de estatinas, no se cumple la meta lipídica.  Agregar iPCSK9 cuando, a pesar del tratamiento con la máxima dosis tolerada de estatinas y ezetimibe, el C-LDL persiste por encima de 100 mg/dL.	I C  I C		
Hipercolesterolemia familiar de <b>moderado riesgo.</b> Sin las características de alto riesgo.	Estatinas de alta intensidad.  Agregar ezetimibe cuando, a pesar de la máxima dosis tolerada de estatinas, no se cumple la meta lipídica.  Agregar iPCSK9 cuando, a pesar del tratamiento con la máxima dosis tolerada de estatinas y ezetimibe, el C-LDL persiste arriba de 130 mg/dL.	I C  I C  I C	<100 y 50% de reducción	<130

C-LDL >190 mg/dL (sin hipercolesterolemia familiar)	Estatinas de alta intensidad.	I B	<100	<130
	Agregar ezetimibe cuando a pesar de la máxima dosis tolerada de estatinas no se cumple la meta lipídica.	I C		
IRC moderada (TFG 30-59 mL/min/1,73 m <sup>2</sup> ) sin hemodiálisis	Estatinas de moderada/alta intensidad.	I B	<100	<130
	Agregar ezetimibe cuando, a pesar de la máxima dosis tolerada de estatinas, no se cumple la meta lipídica.	I B		
IRC grave (TFG <30 mL/min/1,73m <sup>2</sup> ) sin hemodiálisis	Estatinas de moderada/alta intensidad.	I B	<70	<100
	Agregar ezetimibe cuando, a pesar de la máxima dosis tolerada de estatinas, no se cumple la meta lipídica.	I B		
Diabético con 1 o más factores de riesgo asociados o daño de órgano blanco.	Estatinas de alta intensidad.	I A	<70	<100
	Agregar ezetimibe cuando, a pesar de la máxima dosis tolerada de estatinas, no se cumple la meta lipídica.	I B		
Diabético sin 1 factores de riesgo asociados o daño de órgano blanco.	Estatinas de moderada/alta intensidad	Ila A	<100	<130
	Agregar ezetimibe cuando, a pesar de la máxima dosis de estatinas tolerada, no se cumple la meta lipídica.	Ila B		
Riesgo CV alto o muy alto por puntaje de riesgo.	Estatinas de moderada o alta intensidad.	I B	<70	<100
	Agregar ezetimibe cuando, a pesar de la máxima dosis tolerada de estatinas, no se cumple la meta lipídica.	Ila C		
Riesgo CV moderado por puntaje de riesgo con 1 o más FR o PCR >2 mg/L	Estatinas de moderada a alta intensidad.	Ila B	<100	<130
	Agregar ezetimibe cuando, a pesar de la máxima dosis tolerada de estatinas, no se cumple la meta lipídica.	Ila C		
Ateromatosis subclínica: – Placa arterial detectada por ultrasonido – Puntaje de calcio coronario >percentil 75 o >100 unidades Agatston – Placa coronaria en angiotomografía	Estatinas de moderada a alta intensidad.	Ila C	<70 y 50% de reducción	<100
	Agregar ezetimibe cuando, a pesar de la máxima dosis tolerada de estatinas, no se cumple la meta lipídica.	Ila C		

### Recomendaciones del manejo de pacientes con hipertrigliceridemia

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– En el paciente con hipertrigliceridemia leve a moderada se recomienda priorizar la disminución del C-LDL y el C-no HDL con estatinas/ezetimibe, según el riesgo cardiovascular.	I	C
– Ante la persistencia de TG elevados a pesar del tratamiento no farmacológico y farmacológico, es razonable asociar fibratos y/u omega 3, fundamentalmente ante pacientes con TG > 500 para disminuir el riesgo de pancreatitis.	I	C
– En pacientes con diabetes que, a pesar del tratamiento con estatinas ± ezetimibe, persisten con hipertrigliceridemia >200 mg/dL y HDLc <35 mg/dL, el uso de fenofibrato podría reducir el riesgo de eventos cardiovasculares.	Ila	B
– En los casos de hipertrigliceridemia grave (>880 g/dL) se recomienda priorizar el uso de fibratos para reducir el riesgo de pancreatitis, derivar el paciente a un especialista en lípidos y asociar estatinas/ezetimibe cuando la condición clínica lo requiera.	I	B
– Se debe evitar la combinación de estatinas y gemfibrozil.	III	B

## 7. DIABETES MELLITUS

**Coordinador:** Hugo Sanabria

**Grupo de redacción:** Ezequiel Forte<sup>MTSAC</sup>, Carolina Gómez Martín, Dr. Augusto Lavalle Cobo<sup>MTSAC</sup>, Matías Re, Emiliano Salmeri<sup>MTSAC</sup>



**Tabla 1.** Criterios diagnósticos de diabetes

- Síntomas característicos de DM (poliuria, polidipsia y pérdida de peso) junto a una glucemia plasmática aislada  $\geq 200$  mg/dL.
- Glucemia plasmática en ayunas  $\geq 126$  mg/dL (posterior a un ayuno de 8 horas).
- Glucemia plasmática obtenida a las 2 horas de la ingestión de 75 g de glucosa anhidra disuelta en 375 mL de agua en el contexto de una prueba de tolerancia oral a la glucosa  $\geq 200$  mg/dL.
- Hemoglobina glucosilada A1c  $\geq 6,5\%$ \*

\*La hemoglobina glucosilada es otro parámetro sugerido para el diagnóstico de diabetes. Sin embargo, en nuestro medio, la falta de estandarización de los métodos de medición dificulta muchas veces su utilización glucosilada como método diagnóstico.

**Tabla 2.** Criterios diagnósticos de disglucemia

- Glucemia de ayuno alterada: glucemias de ayuno entre 100 mg/dL y 125 mg/dL.
- Intolerancia a la glucosa: glucemia de ayuno menor de 126 mg/dL pero a las 2 horas, luego de la sobrecarga con 75 g de glucosa anhidra en 375 mL de agua, se encuentra entre 140 mg/dL y 199 mg/dL.

### Objetivos de control glucémico

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Se recomienda individualizar objetivos de control glucémico de acuerdo con el riesgo de hipoglucemias.	I	A
– Se sugiere un objetivo de A1c menor del 7% minimizando el riesgo de hipoglucemias.	I	A
– Se sugiere A1c menor de 6,5% siempre que se evite la utilización de fármacos con riesgo de hipoglucemias.	I	B

### RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO EN DIABETES

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– En pacientes con DM2 con alto riesgo cardiovascular o enfermedad cardiovascular establecida, independientemente del control metabólico, se recomienda el uso de iSGLT2 con beneficio cardiovascular demostrado para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares.	I	A
– En pacientes con DM2 con alto riesgo cardiovascular o enfermedad cardiovascular establecida, independientemente del control metabólico, se recomienda el uso de arGLP-1 con beneficio cardiovascular demostrado para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares.	I	A
– En pacientes con DM2 e insuficiencia cardíaca se recomienda el uso de iSGLT2 con beneficio cardiovascular demostrado.	I	A
– En caso de utilizar sulfonilureas, se desaconseja la utilización glibenclamida para el tratamiento de la hiperglucemia del paciente con DM2.	III	A
– En pacientes con DM2 y alto riesgo de desarrollar IC se desaconseja el uso de saxagliptina.	III	B
– En pacientes con DM2 con riesgo de desarrollar IC se desaconseja el uso de tiazolindinedionas.	III	A

### 8. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

**Coordinador:** Ramiro Sánchez<sup>MTSAC</sup>

**Grupo de redacción:** Jessica Barochiner, Carol V Kotliar, Ana Constanza Lagos, Agustín Ramírez

**Tabla 1.** Clasificación de la presión arterial en consultorio (adultos)

Categoría	Sistólica (mm Hg)		Diastólica (mm Hg)
PA normal	< 130	y	<85
PA limítrofe	130-139	y/o	85-89
<b>Hipertensión</b>			
HTA nivel 1	140-159	y/o	90-99
HTA nivel 2	160-179	y/o	100-109
HTA nivel 3	$\geq 180$	y/o	$\geq 110$
<b>HTA sistólica aislada</b>	$\geq 140$	y	<90

**Tabla 2.** Umbrales de definición de HTA

		PAS/PAD (mm Hg)
PA de consultorio		≥140 y/o ≥90
MAPA	Promedio de 24 horas	≥130 y/o ≥80
	Promedio en vigilia	≥135 y/o ≥85
	Promedio durante el sueño	≥120 y/o ≥70
MDPA		≥135 y/o ≥85

MAPA, monitoreo ambulatorio de presión arterial; MDPA, monitoreo domiciliario de presión arterial; PAD, presión arterial diastólica; PAS, presión arterial sistólica.

## RECOMENDACIONES DE CAMBIO DEL ESTILO DE VIDA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL

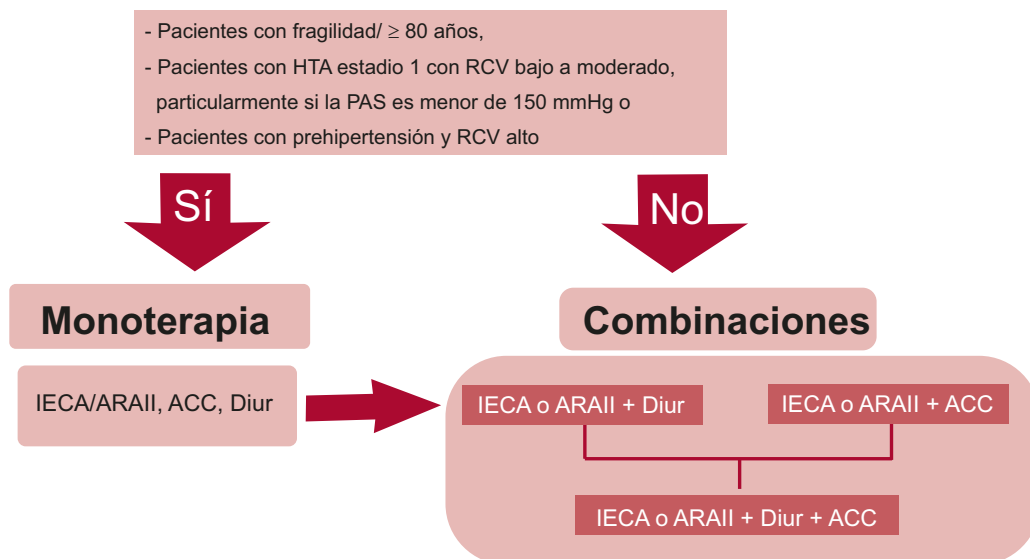
Recomendación		Clase de recomendación	Nivel de evidencia
Cambio en el estilo de vida	Sugerencia		
Disminución de la ingesta de sodio	Menos de 2 gramos de sodio (5 gramos de sal)	I	A
Aumento de ingesta de alimentos ricos en potasio	Al menos 3,5 g/día	I	A
Patrón alimentario saludable	Dieta DASH	I	A
Consumo de alcohol moderado **	Menos de 20 a 40 g/d alcohol en mujeres y de 40 a 60 g/d en varones	I	A
Mantenimiento de peso adecuado	Perímetro de cintura < 94 cm en varones y < 80 cm en mujeres	I	A
Ejercicio aeróbico	Al menos 150 minutos de ejercicio aeróbico de intensidad moderada, o 75 minutos de alta intensidad, entre 3 y 5 días/semana	I	A
Ejercicio de resistencia dinámica	2-3 series de 8-12 repeticiones con una intensidad del 60-80%, al menos 2 días/semana	Ila	B
Ejercicio isométrico		Ilb	C

(\*) Véase capítulo 3: Alimentación saludable. La dieta DASH está compuesta por frutas, verduras, cereales, lácteos descremados, ácidos grasos monoinsaturados, pescados, aves, nueces; es pobre en ácidos grasos saturados, carne roja, dulces y bebidas azucaradas. La dieta mediterránea se basa en frutas, legumbres, pan, nueces, aceite de oliva y dosis moderada de vino tinto. Otras modificaciones en la alimentación: incorporar suplementos de calcio y magnesio, dieta vegetariana, restricción de ácidos grasos saturados e hidratos de carbono, consumo de proteínas vegetales, fibras, ácidos grasos monoinsaturados, omega 3 y 6. (\*\*\*) No debe indicarse iniciar el consumo de alcohol como medida de prevención cardiovascular, pues la recomendación afecta a aquellos individuos que consumen alcohol habitualmente.

## RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Recomendaciones en función de los valores de PA	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Rápida iniciación del tratamiento de la PA en aquellos pacientes con estadio 2 de HTA con cualquier nivel de RCV asociado simultáneamente con el inicio de los cambios de hábito de vida.	I	A
– En pacientes HTA estadio 1: Se recomienda iniciar con cambios de estilo de vida y evaluar si la PA se normaliza.	II	B
– En los pacientes con HTA estadio 1 con un riesgo cardiovascular bajo o moderado y sin evidencias de daño de órgano blanco, se recomienda el tratamiento farmacológico si su PA no se normaliza luego de 30 días bajo cambios de hábito de vida.	I	A
– En pacientes con HTA estadio 1 y con alto RCV o evidencia de daño de órgano blanco (DOB), se recomienda que el tratamiento farmacológico se inicie rápidamente en simultáneo a los cambios del estilo de vida.	I	A
– En aquellos pacientes mayores de 65 años, sin fragilidad y con HTA, aun en aquellos mayores 80 años, se recomienda comenzar el tratamiento farmacológico cuando su presión arterial sistólica sea igual a 160 mm Hg o mayor.	I	A

– En los pacientes ancianos sin fragilidad con edad entre los 65 y 80 años se recomienda la reducción de la PA y los cambios de estilo de vida, cuando la presión arterial sistólica se ubique en el estadio 1 (140-159 mm Hg) en la medida en que el tratamiento sea bien tolerado.	I	A
– No se recomienda retirar el tratamiento farmacológico sobre la base de la edad, aun en pacientes mayores de 80 años, siempre y cuando el tratamiento sea bien tolerado.	III	A
– En pacientes con hipertensión limitrofe o normal alta (130-139/85-89 mm Hg) deben indicarse los cambios de hábito de vida y controles periódicos.	I	A
– En estos pacientes puede considerarse el tratamiento farmacológico cuando el riesgo cardiovascular sea muy alto debido a ECV establecida, tal como la enfermedad coronaria.	IIb	A



IECA/ARAI: inhibidores de la enzima de conversión/Antagonistas de los receptores de angiotensina II; ACC: antagonistas de los canales de calcio; Diur: diurético.

Fig. 2. Recomendación para el inicio del tratamiento farmacológico

## 9. OBESIDAD

**Coordinación:** Paola Harwicz<sup>MTSAC</sup>

**Grupo de redacción:** Carla Gauna, Susana Gutt, Juliana Mociulsky, Susana Fuentes

### RECOMENDACIONES DE VALORACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Se sugiere medir, pesar y realizar el cálculo de IMC en todos los individuos adultos para categorizar el riesgo cardiometabólico, según el grado de sobrepeso y obesidad.	IIa	B
– Se sugiere medir el perímetro de cintura en los individuos con IMC entre 25 y 35 kg/m <sup>2</sup> para definir la distribución de la grasa corporal.	IIb	B

### RECOMENDACIONES DE ESTILO DE VIDA

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Se recomienda, en los individuos con sobrepeso y comorbilidades o con obesidad, iniciar cambios en el estilo de vida con el objetivo de lograr un descenso del 5-10% del peso corporal en el transcurso de 6-12 meses, sostenido en el tiempo para reducir el riesgo cardiovascular y optimizar el control de los factores de riesgo asociados.	I	A
– Se recomienda implementar un plan nutricional con un déficit calórico de entre 500 y 1.000 kcal/día con respecto al requerimiento calórico previo del paciente.	I	B

– Para prevenir la ganancia de peso y mejorar la salud cardiovascular se recomienda la práctica de 30 minutos de actividad física o más, cinco a siete días a la semana.	I	B
– Los individuos con obesidad deben recibir consejo nutricional individualizado a cargo de un especialista en nutrición, para mejorar el control de peso y alcanzar las metas terapéuticas en el tratamiento de diabetes, hipertensión arterial y dislipidemias.	I	A

### RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO EN OBESIDAD

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Puede considerarse el inicio de farmacoterapia en el paciente con IMC $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> o $\geq 27$ kg/m <sup>2</sup> con comorbilidades asociadas a la obesidad, como complemento de los cambios de estilo de vida, plan alimentario hipocalórico y actividad física e intervención psicológica, con el fin de lograr el descenso de peso y reducir el riesgo de complicaciones asociados.	Ila	B
– Puede considerarse el tratamiento con liraglutida, orlistat o naltrexona- bupropión para descenso de peso, mantenimiento o prevenir la reganancia de peso.	Ila	B
– Debe considerarse el uso de liraglutida en pacientes con DM2 e IMC $\geq 27$ kg/m <sup>2</sup> asociado a cambios en el estilo de vida y descenso de peso para mejorar el control glucémico.	I	A
– Debe considerarse la cirugía de la obesidad en los individuos con IMC $\geq 35$ asociado con comorbilidades $\geq 40$ sin comorbilidades.	Ila	B

## 10. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES

**Coordinador:** Julio C. Giorgini<sup>MTSAC</sup>

**Grupo de redacción:** Alejandra Ávalos Oddi<sup>MTSAC</sup>, Casandra Lilién Godoy Armando<sup>MTSAC</sup>

### Anamnesis psicosocial del paciente en el consultorio de cardiología (4)

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Se recomienda preguntar durante la anamnesis, además de los factores de riesgo cardiovascular modificables convencionales, sobre la existencia de los factores de riesgo psicosocial: Estrés laboral y/o financiero Estrés familiar y/o marital Episodios de ira o enojo Red de soporte social Aislamiento social y soledad	I	B
– En caso de detectar factores de riesgo psicosociales, poner al paciente en contacto con el Servicio de Salud Mental para su mejor caracterización.	I	C

### RECOMENDACIONES SOBRE REGULACIÓN DEL ESTRÉS

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Derivar a los pacientes con estrés a participar de programas basados en psicología positiva.	I	A
– Indicar meditación a pacientes con estrés percibido, ansiedad y afectividad negativa puede ser útil para disminuir la tensión arterial y aumentar las tasas de abandono del cigarrillo.	Ila	B
– El <i>mindfulness</i> puede ser útil para disminuir la reactividad en pacientes con estrés.	Ila	B

### RECOMENDACIONES SOBRE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE AISLAMIENTO SOCIAL Y SOLEDAD

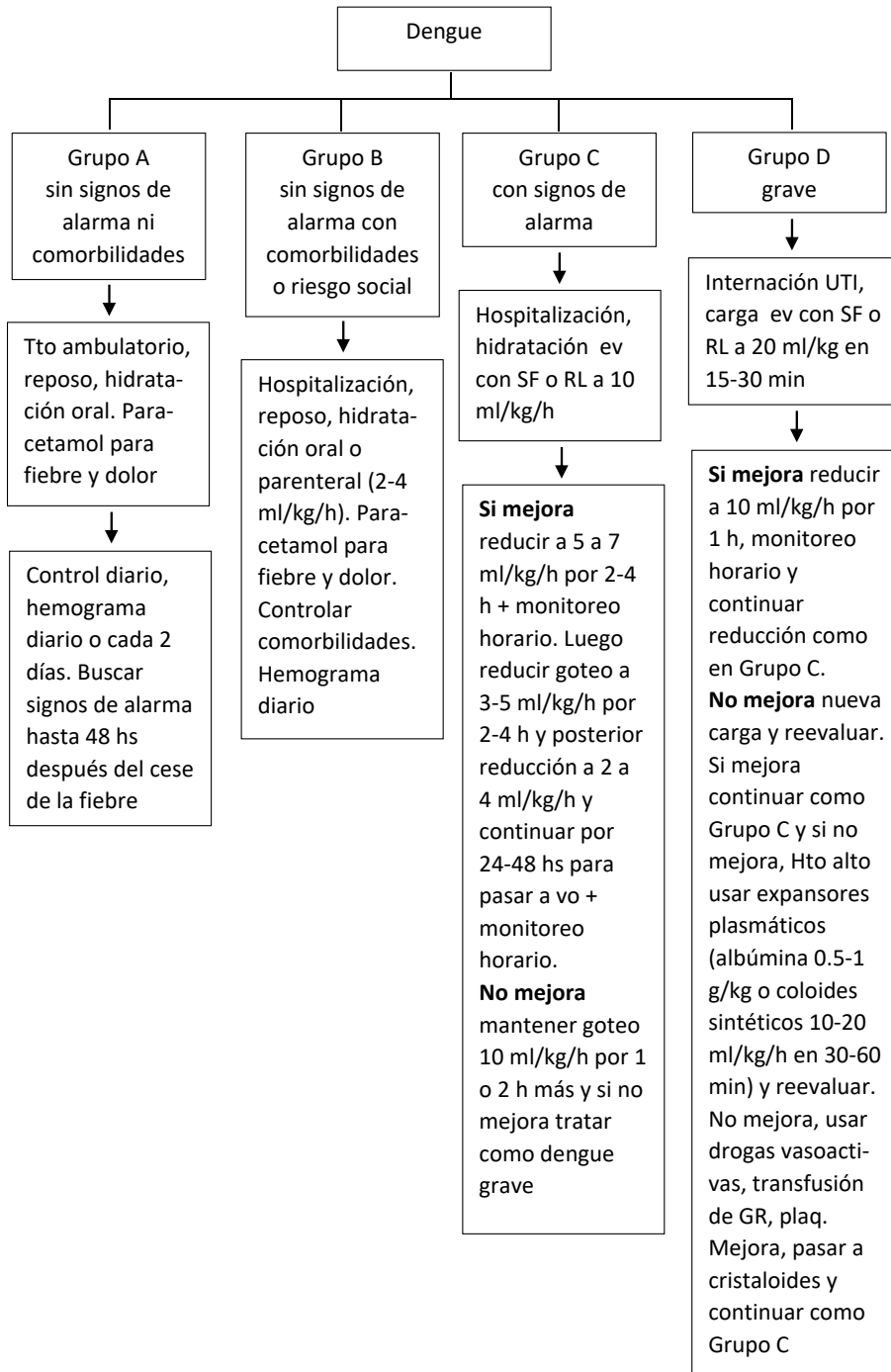
Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Utilizar escalas validadas para detectar poblaciones en riesgo de soledad.	Ila	C
– Promover la autonomía de los pacientes con sentimientos de soledad impulsando intervenciones con el objetivo de reestructurar pensamientos sociales desadaptativos, a fin de conseguir su participación en actividades desarrolladas dentro de la comunidad que favorezcan su socialización.	Ila	C
– En pacientes con soledad, el tratamiento de la depresión podría ser útil en pacientes con diagnóstico de esta.	Ila	C

# ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

FICHA Nº 3

Dra. Silvia I. Falasco

## ALGORITMO TERAPÉUTICO DEL DENGUE



ev: endovenoso; GR: glóbulos rojos; Hto: hematocrito; plaq: plaquetas; RL: ringer lactato; SF: solución fisiológica; Tto: tratamiento; UTI: Unidad Terapia Intensiva; vo: vía oral

## ALGORITMO TERAPÉUTICO DEL DENGUE

Mientras el paciente se encuentra febril hay que protegerlo de la picadura de mosquitos para evitar la transmisión viral (se aconseja mantener por 10 días). No debe usarse la vía intramuscular, no indicar otros AINEs fuera de paracetamol, corticoides ni antibióticos. Se incluye dentro de las comorbilidades o condiciones asociadas: embarazo, niños menores de 5 años, adultos  $\geq$  65 años, obesidad mórbida, hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma bronquial, enfermedad renal, enfermedades hemolíticas, hepatopatía crónica, úlcera péptica, gastritis de cualquier etiología, pacientes en tratamiento con anticoagulantes o inmunosupresores. Presentan riesgo social: quien vive solo o alejado de los centros de atención médica, carecer de transporte o quien vive en pobreza extrema.

Los signos de alarma son indicadores indirectos de la existencia de extravasación de líquidos. Dengue con signos de alarma y en dengue grave se debe iniciar el tto. en el sitio de atención y durante el traslado.

En el primer trimestre del embarazo el dengue puede ocasionar aborto y teratogénesis y si se contrae en el último trimestre parto prematuro, bajo peso al nacer y dengue neonatal. En la madre puede provocar complicaciones hemorrágicas.

El uso de ácido acetil salicílico debe evitarse por el riesgo de plaquetopenia sin embargo, en pacientes con alto riesgo de trombosis, éste se mantendrá al igual que el clopidogrel con monitoreo estricto de plaquetas. La warfarina será reemplazada por heparina. En presencia de hemorragia, shock o con menos de 50.000 plaquetas/mm<sup>3</sup> la antiagregación y anticoagulación se suspende. En pacientes anticoagulados o antiagregados con bajo riesgo de trombosis se suspende dicho tratamiento por una semana.

En dengue con signos de alarma controlar signos vitales y perfusión periférica cada 1-4 horas, hemograma completo durante la rehidratación y cada 12 horas hasta 24-48 horas posterior al inicio de la vo. Controlar glucemia, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina activada, fibrinógeno, enzimas hepáticas, proteínas totales/albumina. En formas graves agregar grupo y factor Rh, ecografía abdominal, Rx. tórax y otros exámenes complementarios que se consideren necesarios según la situación clínica del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Algoritmos para el Manejo Clínico de los Casos de Dengue. Programa Regional de Enfermedades Arbovirales. Junio 2020
2. Frantchez Victoria, Fornelli Richard, Sartori Graciela Pérez, Arteta Zaida, Cabrera Susana, Sosa Leonardo, Medina Julio. Dengue en adultos: diagnóstico, tratamiento y abordaje de situaciones especiales. Rev. Med. Urug 2016; 32(1): 43-51
3. Guía para el equipo de salud. Enfermedades infecciosas. Dengue. 4ta edición, 2015. Ministerio de Salud <https://www.sadi.org.ar/rss/item/713-guia-para-el-equipo-de-salud-sobre-dengue>

# 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](mailto:medicina@smiba.org.ar) O [smiba@fibertel.com.ar](mailto:smiba@fibertel.com.ar). LA FECHA LÍMITE PARA LA RECEPCIÓN DE LOS CUPONES CORRESPONDIENTES AL N° 1 VOLUMEN 19 SERÁ EL 30/12/2023.

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 HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA

- A  Se acompaña de hidrocefalia
- B  Se denomina también pseudotumor cerebri
- C  Es de evolución benigna

02

UNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS/ SÍNTOMAS NO EXCLUYE EL DIAGNÓSTICO DE HII

- A  Parálisis del VI par craneal
- B  LCR con anomalías citológicas y químicas
- C  TC con lesión expansiva cerebral

03

NO ES UN FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE HII

- A  Obesidad
- B  Menopausia
- C  Uso de anticonceptivos hormonales

04

ES CIERTO SOBRE LAS ALTERACIONES VISUALES EN HII

- A  La pérdida de la visión central es un hallazgo temprano
- B  Las alteraciones cromáticas son más sensibles que la agudeza visual para evaluar daño del nervio óptico
- C  A y B

05

LA CRE

- A  Tiene una mortalidad de hasta un 8%
- B  Puede ser diagnóstica y/o terapéutica
- C  Las complicaciones alcanzan al 0.3%

06

CUÁL ES LA COMPLICACIÓN MÁS FRECUENTE DE LA CRE

- A  Perforación intestinal
- B  Hemorragia subcapsular hepática
- C  Pancreatitis aguda

07

EL SÍNTOMA MÁS FRECUENTE DEL HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO ES

- A  Dolor abdominal
- B  Fiebre
- C  Leucocitosis

08

EL ESTUDIO GOLD STANDARD PARA EL DIAGNÓSTICO DEL HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO ES

- A  TC abdomen y pelvis sin contraste iodado ev
- B  TC abdomen y pelvis con contraste iodado ev
- C  Ecografía abdominal

09

SEÑALE V O F EN LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE HEMATOMA SUBCAPSULAR POST CRE

- A  La localización más frecuente es el lóbulo izquierdo
- B  Requieren siempre drenaje percutáneo
- C  87% de los pacientes presentan fiebre

10

SEÑALE LA AFIRMACIÓN CORRECTA SOBRE ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR

- A  En sujetos con alto riesgo no es necesario recategorizar
- B  Sujeto de bajo riesgo con ateromatosis subclínica pasa a ser moderado riesgo
- C  A y B



11	SEÑALE LA OPCIÓN INCORRECTA SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE	<p>A <input type="checkbox"/> Limitar la ingesta de carbohidratos refinados y azúcares libres</p> <p>B <input type="checkbox"/> Evitar un consumo mayor a 2000 mg de sal/día</p> <p>C <input type="checkbox"/> Los ácidos grasos que sean mono o poliinsaturados</p>
12	SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA PARA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR	<p>A <input type="checkbox"/> Leve a moderada 75 min/sem</p> <p>B <input type="checkbox"/> Intensa 300 min/sem</p> <p>C <input type="checkbox"/> Leve a moderada 150-300 min/sem</p>
13	EN UN ADULTO MAYOR SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FÍSICA	<p>A <input type="checkbox"/> Ejercicios que mejoren el equilibrio y fuerza muscular</p> <p>B <input type="checkbox"/> Al menos la actividad física se realizará 3 veces por semana</p> <p>C <input type="checkbox"/> A y B</p>
14	A PARTIR DE QUÉ EDAD SE INICIA EL TAMIZAJE DE LÍPIDOS EN LOS ADULTOS	<p>A <input type="checkbox"/> 18 años</p> <p>B <input type="checkbox"/> 35 años</p> <p>C <input type="checkbox"/> 40 años</p>
15	A QUÉ PACIENTE LE SOLICITARÍA APO B	<p>A <input type="checkbox"/> A todo paciente con dislipemia</p> <p>B <input type="checkbox"/> A pacientes con elevación de C-LDL en tratamiento con estatinas</p> <p>C <input type="checkbox"/> Paciente de alto riesgo con hipertrigliceridemia para verificar cumplimiento de metas lipídicas</p>
16	EN UN PACIENTE CON IFG DE 35 ML/MIN. SEÑALE OPCIÓN CORRECTA	<p>A <input type="checkbox"/> Usar estatinas de alta intensidad con meta de C-LDL de 130 mg/dl</p> <p>B <input type="checkbox"/> Usar estatinas de alta intensidad con meta de C-LDL menor 100 mg/dl</p> <p>C <input type="checkbox"/> Comenzar con ezetimibe con meta de C-LDL de 130 mg/dl</p>
17	SEÑALE V O F EN LAS AFIRMACIONES SOBRE HIPERTRIGLICERIDEMIAS	<p>A <input type="checkbox"/> Tg mayor 880 g/dl dar fibratos</p> <p>B <input type="checkbox"/> Evitar la combinación estatinas con gemfibrosil</p> <p>C <input type="checkbox"/> Si es leve o moderada priorizar reducción de C-LDL</p>
18	UNO DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS NO ES DIAGNÓSTICO DE DIABETES	<p>A <input type="checkbox"/> Hb A1c <math>\geq</math> 6,5%</p> <p>B <input type="checkbox"/> Prueba de tolerancia oral a la glucosa entre 140 y 199 mg/dl</p> <p>C <input type="checkbox"/> Glucemia en ayunas <math>\geq</math> 126 mg/dl</p>
19	EN PACIENTES CON DM 2 Y ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR SE RECOMIENDA	<p>A <input type="checkbox"/> Inhibidores SGLT2</p> <p>B <input type="checkbox"/> Uso de arGLP1</p> <p>C <input type="checkbox"/> A y B</p>
20	EN PACIENTES CON DM TIPO 2 Y RIESGO DE IC SE DESACONSEJA EL USO	<p>A <input type="checkbox"/> Tiazolindiendionas</p> <p>B <input type="checkbox"/> Saxagliptina</p> <p>C <input type="checkbox"/> A y B</p>

21

¿CUÁL ES EL UMBRAL DE DEFINICIÓN DE HTA EN MDPA?

- A   $\geq 140$  y/o  $\geq 90$  mmHg
- B   $\geq 135$  y/o  $\geq 85$  mmHg
- C   $\geq 130$  y/o  $\geq 80$  mmHg

22

PACIENTE CON TA 155/95 MMHG Y RETINOPATÍA HIPERTENSIVA GII INDICARÍA

- A  Cambio del estilo de vida
- B  Tratamiento farmacológico
- C  A y B

23

SEÑALE V O F

- A  Medir PC en todos los individuos
- B  Paciente con fragilidad  $\geq 80$  años HTA iniciar fármaco con monoterapia
- C  Investigar sobre estrés familiar, marital, laboral y financiero como FRCV

24

ES CIERTO SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

- A  Es válido el tratamiento con liraglutida, orlistat o naltrexona- bupropión
- B  Se indica cirugía bariátrica con IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>
- C  Para prevenir ganancia de peso es suficiente 15 min de actividad física semanal

25

EN UN PACIENTE CON SOBREPESO Y COMORBILIDADES EL OBJETIVO DE DESCENSO DE PESO ES

- A  15 % en 6 meses
- B  5 a 10 % en 6 a 12 meses
- C  20 % en 6 meses

26

¿CUÁL ES EL IMC CON EL CUAL SE SUGIERE MEDIR PC?

- A  Mayor a 40 kg/m<sup>2</sup>
- B  25 y 35 kg/m<sup>2</sup>
- C  18.5 y 24 kg/m<sup>2</sup>

27

EN UN PACIENTE CON DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA NI COMORBILIDADES

- A  Internar en sala general
- B  Administrar ibuprofeno como antitérmico
- C  Indicar reposo e hidratación oral en el domicilio

28

EN DENGUE GRAVE

- A  Internar en UTI, carga ev con SF o RL a 20 ml/kg en 15-30 min
- B  Internar en UTI, hidratar con SF o RL a 10 ml/kg/h
- C  Ninguna es correcta

29

SEÑALE LA OPCIÓN INCORRECTA SOBRE DENGUE

- A  En el primer trimestre del embarazo puede provocar aborto
- B  Con menos de 100.000 plaquetas/mm<sup>3</sup> la antiagregación y anticoagulación se suspende
- C  No usar la vía intramuscular

30

EN DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA

- A  Iniciar el tto. en el sitio de atención y durante el traslado
- B  Administrar glucocorticoides
- C  Controlar signos vitales y perfusión periférica cada 6 horas

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@FIBERTEL.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.

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. SEPARE CON LÍNEAS HORIZONTALES SOLAMENTE LOS ENCABEZAMIENTOS DE LAS COLUMNAS Y LOS TÍTULOS GENERALES. LAS COLUMNAS DE DATOS DEBEN SEPARARSE POR ESPACIOS Y NO POR LÍNEAS VERTICALES. CUANDO SE REQUIERAN NOTAS ACLARATORIAS, AGRÉGUelas AL PIE DE LA TABLA.

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

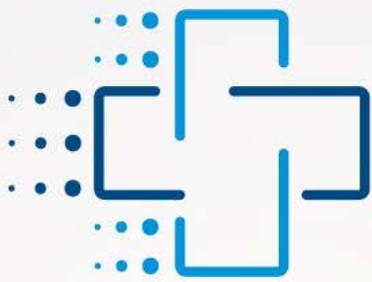
**7. LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA ASIGNARÁ EL MANUSCRITO A DOS MIEMBROS DEL COMITÉ DE ARBITRAJE PARA SU REVISIÓN POR PARES, PUDIENDO EL TRABAJO SER APROBADO, RECHAZADO O SOLICITAR CAMBIOS DE CORRECCIÓN AL O A LOS AUTORES. LOS COMENTARIOS DE LOS EVALUADORES SERÁ ANÓNIMOS.**

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)

Secretaría: 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

Secretaría: 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 CASAIS

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

Secretaría: 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 LYLK (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. LIS 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 CUIDADOS PROGRESIVOS EN SALUD EN HOSPITALES 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 ATROSCLEROSIS 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 oncología de precisión.  
DRA. MARIA VIRGINIA BLUTHGEN  
Inmunoterapia, terapias blanco, drogas conjugadas, 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 SCETTINO  
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  
Secretaría: 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  
Secretaría: 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  
Secretaría: 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 consultorio.  
Extrasístoles asintomáticas.

---

12.30 a 13.45 Hs

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

Presidenta: DRA. ANA MATILDE ISRAEL  
Secretaría: 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 antifosfolipídico. 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

### 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 primarias 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 1ra y 2ra. 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 multiresistente. 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 educativa

**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 responsabilidad 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](http://www.ama-med.org.ar/login)  
Pagomiscuentas a través de homebanking  
Cuponera rapipago  
Consultas [sifalasco@intramed.net](mailto: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](mailto:egama-semipresencial@ama-med.org.ar)