



## 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

### VOCALÉS TITULARES:

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

### VOCALÉS 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

**VOCALÉS:** 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

**SECRETARÍA DE REDACCIÓN:**  
DRA. MARGARITA GASET

**RELACIONES INSTITUCIONALES:**  
DR. OSVALDO CERDÁ

### CONSEJO EDITORIAL Y DE ARBITRAJE

**Dr. Rodolfo Bado**, Expresidente de ISIM (International Society of Internal Medicine). Exprofesor Adjunto Curso Especialista en Terapia Intensiva Universidad del Salvador

**Dr. Mario Bruno**, Presidente de la Sociedad de Periodismo Médico y de la Sociedad de Cancerología. Asociación Médica Argentina

**Dr. Norberto Cardozo**, Jefe de Servicio Clínica Médica Htal. "R. Larcade de San Miguel". Prof. Adjunto de Medicina Interna

**Dr. Samuel Córdova Roca**, Prof. Emérito de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés. Jefe del Servicio de Medicina I-Cardiología Htal. de Clínicas Universitario. Bolivia

**Dr. Jorge Daruich**, Jefe Sección Hepatología, Hospital de Clínicas "José de San Martín", Facultad de Medicina, UBA y de la Fundación de la Hemofilia

**Dra. Ana María Di Lonardo**, Prof. Titular de Inmunología Básica y Clínica Facultad de Medicina UCES. Fundadora del Banco Nacional de Datos Genéticos

**Dr. Miguel Ángel Falasco**, Jefe de Servicio de Docencia e Investigación HIGA "Pedro Fiorito". Prof. Titular de Medicina Interna, Universidad Favaloro

**Dra. Viviana Falasco**, Jefa de Servicio Clínica Médica HIGA "Pedro Fiorito". Prof. Adjunta Medicina Interna Universidad de Bs. As.

**Dra. 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 Otorinolaringológico Arauz

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

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

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

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

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

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

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

EDITORIAL

**149** **MEDICINA EN IMPLOSIÓN**

*DR. JORGE MERCADO*

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**150** **CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN  
ARTERIAL EN PACIENTES  
PROVENIENTES DE 4 CIUDADES  
DE COLOMBIA; ESTUDIO CHACO**

*CONTROL OF ARTERIAL HYPERTENSION IN  
PATIENTS FROM 4 CITIES IN COLOMBIA;  
THE CHACO STUDY*

*GÓMEZ-ORTIZ ARMANDO, DAYAN EDGAR NESSIM, ROMERO-BELTRÁN  
GLORIA INÉS, CERÓN-BENAVIDES JUAN ALBERTO, VALLEJOS-NARVÁEZ  
ÁLVARO, CASTRO-OSMAN GLORIA ESPERANZA, GUERRA-RODRÍGUEZ  
NELSON*

CONGRESO

**163** **ACUERDO SOBREPESO - OBESIDAD  
ACUERDO DE TIGRE  
II CONGRESO INTERNACIONAL DE  
MEDICINA INTERNA  
CLÍNICA MÉDICA - SMIBA  
30 - 31 DE OCTUBRE Y 1 DE  
NOVIEMBRE 2023**

**168** **TRABAJOS CIENTÍFICOS  
PREMIADOS**

CONSENSO

**175** **CONSENSO DE PREVENCIÓN CAR-  
DIOVASCULAR VERSIÓN RESUMIDA  
SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA -  
ÁREA DE CONSENSOS Y NORMAS  
SEGUNDA PARTE**

ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

**179** **ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE LA  
EOSINOFILIA (EO)**

*DRA. SILVIA I. FALASCO*

## MEDICINA EN IMPLOSIÓN

Una sociedad adormecida por tantos tropiezos económicos, políticos y sociales, ve cómo la medicina argentina es tapa de los diarios, no como solía ser, por el reconocimiento con que contaba en el pasado, sino por huelgas de médicos residentes, cierre de salas de hospitales, falta de recursos materiales (problema de muchos años agravado en la actualidad) y como una preocupante novedad, la falta de profesionales. Dicho de manera simple y directa, se cierran Servicios por falta de médicos.

Las residencias médicas, que son una etapa remunerada (mal remunerada) formativa con supervisión por médicos de mayor experiencia, considerada ideal para asegurar los conocimientos para atender pacientes, no es elegida por la mayoría de los médicos argentinos. Las razones de esta realidad son múltiples: bajos salarios, largas horas de guardia con poco descanso, falta de supervisores; interpellando a esta generación de profesionales en una relación de trabajo con calidad de vida y bienestar, deficitaria. Hoy un tercio de las vacantes de las residencias médicas son cubiertas por médicos extranjeros, sin que esto signifique un juicio de valor pues los concursos son abiertos y se eligen los mejores. Lo preocupante es que muchas especialidades básicas para la atención como Pediatría, Medicina Interna o Clínica Médica, y Terapia Intensiva no llegan a cubrir las vacantes. Por otro lado, todos los días valiosos jóvenes formados en nuestras universidades, emigran buscando el reconocimiento que nuestro país les niega. ¿Es lícito que estas noticias tomen a la sociedad por sorpresa?

Valga como antecedente a destacar que el mundo acaba de tropezarse con una pandemia que expuso a los médicos a un trabajo descomunal. Gracias al sacrificio de los profesionales de la salud (no sólo a los médicos) con conocimiento y valentía aun a costa de sus propias vidas, se minimizaron los costos humanos de esta emergencia sanitaria.

Hubo aplausos, cacerolas incluidas, para reconocer el accionar de médicos, enfermeros y técnicos, pero bastó que la emergencia pasara, para tapar con un cómplice manto lo vivido. El olvido reemplazó al corto y teatral reconocimiento.

Las noticias y el insistir de las protestas de los médicos ya no son novedad. Toda la sociedad sabe lo que cobra un profesional que se forma 6 años en pregrado y al menos tres más de postgrado (casi 10 años de formación) para recibir un reconocimiento de honorarios que lo ponen en nivel de pobreza. Pareciera que la sociedad no jerarquizará su salud; si así fuera jerarquizaría a aquel que la cuida.

Los sistemas prepagos pagan los estudios y las internaciones, pero NO pagan a los médicos (salvo que uno considere que dos alfajores es un salario acorde al acto de atender un paciente).

Los argentinos debemos despertar, cuidar a aquellos que cumplieron con su deber cuando “los deberes” del resto estaban encerrados por el miedo a enfermarse, a contagiarse, a morir. Aceptar estas noticias de los diarios como una más de nuestra decadencia, es además de perpetuarla, ser cómplices de una flagrante injusticia.

Dr. Jorge Mercado  
Expresidente Sociedad de Medicina Interna  
de Buenos Aires

# CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES PROVENIENTES DE 4 CIUDADES DE COLOMBIA; ESTUDIO CHACO

## CONTROL OF ARTERIAL HYPERTENSION IN PATIENTS FROM 4 CITIES IN COLOMBIA; THE CHACO STUDY

GÓMEZ-ORTIZ ARMANDO<sup>1</sup>, DAYAN EDGAR NESSIM<sup>2</sup>, ROMERO-BELTRÁN GLORIA INÉS<sup>3</sup>, CERÓN-BENAVIDES JUAN ALBERTO<sup>4</sup>, VALLEJOS-NARVÁEZ ÁLVARO<sup>5</sup>, CASTRO-OSMAN GLORIA ESPERANZA<sup>6</sup>, GUERRA-RODRÍGUEZ NELSON<sup>7</sup>

### RESUMEN

La Hipertensión Arterial (HTA) es una patología de alta prevalencia y elevado costo para el sistema de salud al ser un factor de riesgo de diferentes enfermedades cardiovasculares, como también por su inadecuado diagnóstico y tratamiento.

**Objetivo:** Determinar en una población de pacientes diagnosticados de HTA en un período  $\geq 3$  meses, cuál es la proporción que tienen control de la presión arterial (PA) mediante diferentes modalidades de tratamiento farmacológico antihipertensivo.

**Metodología:** estudio descriptivo transversal, mediante muestreo no probabilístico, se seleccionaron 1104 pacientes  $> 18$  años hipertensos y en tratamiento farmacológico que asisten a la consulta de un panel de expertos de diferentes

### SUMMARY

*Hypertension is a pathology of high prevalence and high cost for the health system as it is a risk factor for different cardiovascular diseases, as well as due to its inadequate diagnosis and treatment.*

**Objective:** To determine in a population of patients diagnosed with AHT in a period of  $\geq 3$  months, what is the proportion that have blood pressure (BP) control through different modalities of antihypertensive drug treatment.

**Methodology:** a cross-sectional descriptive study, using non-probabilistic sampling, 1104 hypertensive patients  $> 18$  years of age and on pharmacological treatment who attended the consultation of a panel of experts from different cities in Colombia were selected. Sociodemographic and

1. Médico Internista, Hospital Militar Central. Bogotá, Cardiólogo, Escuela Colombiana de Medicina, Fundación Santafé de Bogotá. Máster en cardiología clínica. Sociedad Española de Cardiología. Universidad Católica de Murcia. Especialista clínico en hipertensión arterial. Sociedad latinoamericana de hipertensión LASH. Director servicio de Cardiología Clínica y no invasiva. Centro médico Almirante Colon. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-2696-4510>
2. Médico Internista, Universidad del Valle, Endocrinólogo, Universidad Nacional de Colombia. Docente de medicina interna y endocrinología, Universidad del Valle. Director del programa de Diabetes, Centro médico Imbanaco. Cali, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6025-6695>
3. Médica internista, Cardióloga, Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Cardiovisión LTDA. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-6835-5078>
4. Médico Internista, Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Cardiólogo, Universidad El Bosque. Especialista en Falla cardíaca, Universidad Pontificia Bolivariana. Magister en Cardiorresonancia, Universidad Francisco de Vitoria,

- Madrid. Jefe de Servicio de la unidad de Cardiología del Hospital Departamental de Nariño. Unimedica IPS, Pasto, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-4312-177X>
5. Médico Farmacólogo, Universidad Nacional de Colombia; Epidemiólogo, Universidad de Antioquia; Especialista en Educación Médica, Instituto Universitario del Hospital Italiano Buenos Aires; Doctorando en Ciencias de la Salud, Instituto Universitario del Hospital Italiano Buenos Aires. Director Maestría en Farmacología Clínica, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Director Médico, MEGALABS Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1181-5013>
6. Médico Epidemiólogo, Universidad Autónoma de Bucaramanga. Médico de producto, MEGALABS Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5318-7356>
7. Médico Farmacólogo Clínico, Universidad de La Sabana, Epidemiólogo, Universidad del Tolima, Profesor asociado a la Maestría en Farmacología Clínica de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8850-899>

e-mail: [avallejos@megalabs.com.co](mailto:avallejos@megalabs.com.co)

Fecha de recepción: 1 de Agosto de 2023  
Fecha de aceptación: 20 de Agosto de 2023

ciudades de Colombia. Se evaluaron las características sociodemográficas y clínicas, el control de la PA, el tipo de tratamiento farmacológico prescrito, la adherencia a éste y la percepción acerca de los posibles beneficios del uso de terapia combinada en única tableta frente a múltiples tabletas.

**Resultados:** en pacientes  $\geq 60$  años el 94,2% se encontraban controlados de su PA, y para los pacientes  $< 60$  años el total de controlados fue del 77,3%. Al aplicar el test de Morisky-Green, se evidenció que, en promedio, el 90% de la cohorte es adherente al tratamiento farmacológico y tienen una percepción favorable hacia la posibilidad de simplificar su régimen terapéutico a una menor cantidad diaria de tabletas.

**Conclusión:** se encontró una alta proporción de pacientes hipertensos controlados y con buena adherencia al tratamiento farmacológico. Los pacientes perciben como mejor alternativa recibir tratamiento con menor número de tabletas al día.

**Palabras clave:** hipertensión, administración del tratamiento farmacológico, cumplimiento de la medicación, terapia combinada, reacciones adversas

## INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial (HTA) es una enfermedad de alta prevalencia a nivel mundial estimándose para 2020 hasta 1,28 billones de personas que viven con esta patología (1) y con una prevalencia en países en vías en desarrollo  $\geq 30\%$  de la población adulta (2); elevada morbilidad asociada (3). En el contexto local, existen algunos registros con población colombiana (4,5) y datos provenientes del estudio PURE (The prospective Urban Rural Epidemiology) (6) que reportan una prevalencia del 40.3% en el ámbito urbano y del 34.9% en zonas rurales. En mediciones específicas en población mayor de 60 años residente en la ciudad de Bogotá, se encontró una prevalencia de hipertensión arterial del 56.9%, derivada de un subanálisis

*clinical characteristics, BP control, the type of pharmacological treatment prescribed, adherence to it and the perception of the possible benefits of the use of combined therapy in “mono-tablet” versus “multi-tablet” were evaluated.*

**Results:** *in patients  $\geq 60$  years, 94.2% had their BP controlled, and for patients  $< 60$  years the total number of controlled was 77.3%. When applying the Morisky-Green test, it was evidenced that on average, 90% of the cohort is adherent to pharmacological treatment and they have a favorable perception towards the possibility of simplifying their therapeutic regimen to a lower daily number of tablets.*

**Conclusion:** *a high proportion of controlled hypertensive patients with good adherence to drug treatment was found. Patients perceive treatment with fewer tablets per day as the best alternative.*

**Keywords:** *hypertension, medication therapy management, medication adherence, combined modality therapy, adverse drug reactions*

lisis de la encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) (7).

En Colombia, algunos estudios demuestran que a lo sumo entre el 37 a 40% de los pacientes con HTA logran un adecuado control de las cifras de Presión Arterial (PA) (8) y en áreas rurales, de acuerdo al estudio PURE, los pacientes que recibían tratamiento era de solo el 46% (6).

La hipertensión arterial, además, continúa siendo un factor de riesgo importante en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular y que produce una gran carga en morbilidad y mortalidad (9); por esta razón, las intervenciones en factores modificables (10) como el estilo de vida y el apoyo con el tratamiento farmacológico resulta clave para mejorar los desenlaces clínicos (11).



Siendo el tratamiento farmacológico un pilar en el manejo de estos pacientes, el uso de múltiples medicamentos, también denominado polifarmacia, es común en la población de hipertensos en quienes además de esta enfermedad suelen existir otras patologías asociadas, situación que se hace más frecuente en el adulto mayor. En términos cuantitativos, se alude al término polifarmacia al uso de 5 o más medicamentos prescritos y empleados por el paciente (12) e incluso se ha adoptado la definición de polimedicación extrema en aquellos pacientes que reciben 10 o más medicamentos (13), sin embargo, no sólo se deberá tener en cuenta la cantidad de medicamentos empleados por el paciente sino además la idoneidad de su uso, por ello se enfatiza en el término de polifarmacia apropiada o inapropiada (14) cuando se encuentra en una prescripción medicamentos sin indicación clara para un paciente en específico o con potenciales eventos adversos o medicamentos no adecuadamente seleccionados según los criterios BEERS (15) e incluso más de un medicamento de una misma familia farmacológica.

Para lograr mejorar la adherencia, reducir la polifarmacia y mejorar los desenlaces en los pacientes hipertensos, se han creado estrategias de combinación de fármacos antihipertensivos en una única tableta: esta propuesta inicialmente documentada en ensayos clínicos internacionales (16,17) busca reducir el número de tabletas diarias que debe tomar un paciente hipertenso mejorando la adherencia y reduciendo los eventos adversos; esta modalidad de tratamiento ha sido recomendada por expertos a nivel local (18). Esta estrategia requiere que se sigan realizando estudios clínicos para establecer su eficacia y seguridad, sin embargo ante la creciente prevalencia e incidencia de la hipertensión a nivel mundial resulta una estrategia a considerar como la base del tratamiento en esta población.

El presente estudio se desarrolla para establecer las características de una población de pacientes hipertensos de 4 ciudades de Colombia que acuden a consulta médica privada, así como también, sus cifras de presión arterial y la categorización en controlados o no controlados, sus comorbilidades, las características de su tratamiento farmacológico actual, la adherencia a éste y su perspectiva frente a la simplificación del tratamiento mediante la estrategia de tabletas combinadas.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, se selecciona mediante muestreo no probabilístico por conveniencia un total de 1104 pacientes > 18 años con diagnóstico previo de HTA y que se encuentren bajo tratamiento farmacológico, que acudieron a la consulta externa de un grupo de médicos internistas y cardiólogos de diferentes ciudades del país. El cálculo del tamaño de muestra se realizó en base a la proporción de pacientes con HTA no controlada, el cual se ha estimado en 55% en población colombiana.

Se evaluaron las variables sociodemográficas, antropométricas, antecedentes clínicos y síntomas relacionados, comorbilidades, tratamiento farmacológico, y finalmente, la evaluación de cumplimiento a las pautas de medicación y la satisfacción de los pacientes hipertensos hacia su tratamiento farmacológico (dosis individuales, tabletas combinadas). Para la definición de control de la presión arterial en los pacientes se tomó como base las directrices del *American College of Cardiology/American Heart Association* (19).

El análisis estadístico descriptivo se realiza mediante la evaluación de las medidas de tendencia central y de dispersión, aplicando la prueba de Kolmogórov-Smirnov para determinar la distribución de normalidad de las variables sociodemográficas,

antropométricas, antecedentes del paciente, tratamiento farmacológico, adherencia al tratamiento y la percepción de satisfacción con éste.

Para el procesamiento de datos y el análisis estadístico se empleó paquete de Microsoft Excel® y el software IBM SPSS® en su versión 25.

## RESULTADOS

### Características sociodemográficas

La mayor proporción de pacientes fueron de Bogotá D.C. (86%), mujeres (59%) y procedieron de estratos socioeconómicos altos. En la tabla 1, se pueden ver reflejados los datos detallados de estas variables.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los pacientes

Característica	n	%
Género		
Femenino	653	59,1
Masculino	451	40,9
Procedencia		
Bogotá	953	86,3
Cali	154	10,3
Pereira	21	1,9
Pasto	16	1,4
Nivel socioeconómico		
Estrato 1	21	1,9
Estrato 2	46	4,2
Estrato 3	94	8,5
Estrato 4	288	26,1
Estrato 5	309	28,0
Estrato 6	346	31,3

\* Estratos 1, 2 y 3: Usuarios de bajos recursos, subsidiados en servicios públicos. Estratos 5 y 6: Usuarios de altos recursos, pagan sobrecostos. Estrato 4: Sin subsidios ni sobrecostos, paga costo definido por empresa. Esta clasificación, es una aproximación a la diferencia socioeconómica jerarquizada, léase pobreza a riqueza o viceversa.

Fuente: elaboración propia

### Variables antropométricas

La cohorte de 1104 pacientes tuvo una media de peso de  $72,7 \pm 13,5$  Kg (en un rango de 37 a 119) y una talla media de  $164 \pm 10$  cm (en un rango de 130-196). Los pacientes tuvieron un índice de masa corporal (IMC) con una media de  $26,8 \pm 3,9$  (en un rango 16,4-44,8).

### Cifras de presión arterial

Se registró en la presión arterial sistólica una media de  $132,7 \pm 13,4$  mmHg (en un rango de 90-220) y en la presión arterial diastólica una media de  $79,3 \pm 9,1$  mmHg (en un rango de 40-120); la media para la presión arterial media fue de  $97,1 \pm 9,2$  mmHg (rango de 67-130).

Respecto al control de la presión arterial, el 82% de la cohorte (909/1104) se encontraban controlados; al clasificar los pacientes de acuerdo con el rango etario, el 77% (346/450) de los pacientes con edad < 65 años se encontraban controlados frente al 86% (563/654) de los pacientes con edad  $\geq$  65 años.

### Comorbilidades

La hipercolesterolemia se encontró en 702 pacientes (63,6%), cardiopatías en 513 pacientes (46,5%) y la diabetes mellitus en 150 pacientes (13,6%). La historia familiar de enfermedad coronaria se presentó en 321 pacientes (29,1%) y 685 pacientes manifestaron presentar estrés (62%). Los resultados detallados de las comorbilidades de los pacientes se describen en la tabla 2.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

### Polimedicación

Un total de 512 pacientes de la cohorte (46,4%) se encontraban polimedicados; de éstos, 25 casos (2,2%) correspondían a polimedicación extrema. En la tabla 3 se podrán visualizar de forma detallada la frecuencia y número total de medicamentos prescritos en los pacientes polimedicados de la cohorte.

**Tabla 2.** Comorbilidades diagnosticadas más frecuentes

Comorbilidad	SÍ	No	No está seguro
Historia familiar de enfermedad coronaria	321 (29,1)	776 (70,3)	7 (0,6)
Historia personal de enfermedad coronaria	111 (10,1)	990 (89,7)	3 (0,3)
Diabetes mellitus	150 (13,6)	951 (86,1)	2 (0,2)
Hipercolesterolemia	702 (63,6)	398 (36,1)	3 (0,3)
Enfermedad cardíaca	513 (46,5)	589 (53,4)	1(0,1)
Apnea del sueño	121 (11)	969 (87,8)	13 (1,2)
Estrés	685 (62)	418 (37,9)	1(0,1)
Enfermedad cerebrovascular	63 (5,7)	1041 (94,3)	---
Enfermedad vascular periférica	188 (17)	912 (82,6)	2 (0,2)
Enfermedades renales	166 (15)	938 (85)	---

Fuente: elaboración propia

**Tabla 3.** Total de medicamentos prescritos en pacientes polimedicados

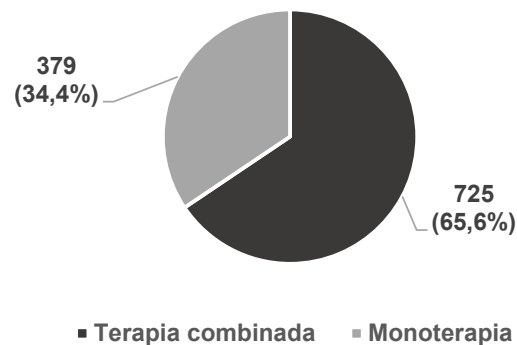
Número de medicamentos prescritos	n	%
5	149	13,5
6	141	12,8
7	92	8,3
8	72	6,5
9	33	3,0
10	16	1,4
11	7	0,6
12	2	0,2

Fuente: elaboración propia

### *Tratamiento antihipertensivo en monoterapia versus terapia combinada*

La monoterapia antihipertensiva estuvo presente en 379 (34,4%) pacientes, frente a 725 (65,6%) que recibieron terapia combinada (Figura 1); de éstos, la terapia combinada más habitual fue la terapia a dosis libre (tabletas individuales) (396/725) seguida de la terapia a dosis fija (tableta combinada) (191/725). La terapia a dosis libre estuvo presente en 138 pacientes quienes recibieron combinación mediante terapia a dosis libre (tabletas

individuales) + terapia a dosis fija (tableta combinada) (Figura 2).

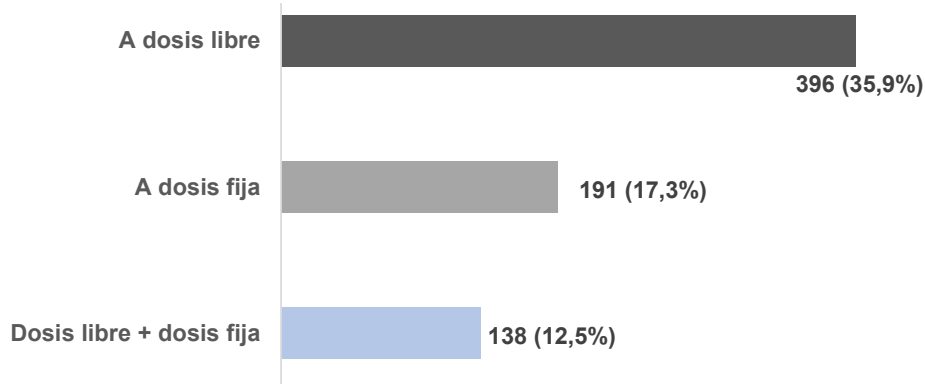
**Figura 1.** Tratamiento antihipertensivo con monoterapia vs terapia combinada (n=1104)

Fuente: elaboración propia

### *Medicamentos antihipertensivos prescritos*

Al evaluar por grupos farmacológicos, los antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA II) son el grupo antihipertensivo más frecuentemente prescrito siendo empleado por 641 (57,9%) pacientes, seguido por los diuréticos en 329 (29,7%) pacientes y los calcioantagonistas en 313 (28,4%) pacientes. Los fármacos más habitualmente usados dentro de las diferentes



**Figura 2.** Tipos de terapia antihipertensiva combinada (n=725)

Fuente: elaboración propia

familias de antihipertensivos fueron Losartán en 400 (36,2%) pacientes seguido del Amlodipino en 295 (26,7%) pacientes e Hidroclorotiazida en 105 (9,5%) pacientes. Los resultados de los antihipertensivos empleados en los pacientes se visualizan en la tabla 4.

#### *Antihipertensivos combinados*

Un total de 329 (29,6%) pacientes reciben tratamiento antihipertensivo con al menos un medicamento que combina más de un principio activo en la misma tableta.

La combinación de calcioantagonista no dihidropiridínico junto a un ARA II es la más frecuentemente prescrita siendo empleada por 226 (20,5%) pacientes; dentro de éstas destacan como las más frecuentes la combinación de Irbesartán + Amlodipino en 85 (7,7%) pacientes, seguida de las combinaciones de Losartán + Amlodipino en 60 (5,4%) pacientes y Valsartán + Amlodipino en 56 (5,0%) pacientes (ver Tabla 5).

#### *Hipolipemiantes*

En total, 690 (62,3 %) de los pacientes recibieron tratamiento hipolipemiante; 448 (40,3%) con medicamentos constituidos por un solo principio activo y 242 (22%) con medicamentos hipolipemiantes cons-

tituidos por dos principios activos. Los fármacos hipolipemiantes más prescritos fueron la Atorvastatina en 217 (19,6%) pacientes, la combinación de Simvastatina + Ezetimibe en 141 (12,8%) y Rosuvastatina en 102 (9,2%) pacientes.

#### *Tratamiento normoglicemiante*

Respecto a los normoglicemiantes, 316 (28,3%) pacientes recibieron tratamiento con al menos un medicamento de esta categoría. Al evaluar esta terapia, se evidenció que 218 (19,4%) tuvieron medicamentos con un solo principio activo y los restantes 98 (8,9%) con medicamentos combinados. Metformina correspondió al antidiabético más prescrito en 167 (15,1%) pacientes, seguido de las combinaciones de Metformina + Dapaglifozina en 42 (4,2%) y Metformina + Sitagliptina en 34 (3,1%).

#### *Otros medicamentos*

Vitamina D3 estuvo prescrita en 464 pacientes (42,1%), siendo este el fármaco más empleado en los pacientes de la cohorte; seguido por Levotiroxina, Esomeprazol, antidepresivos/ansiolíticos y alopurinol en 370 (33,5%), 122 (11,1%), 95 (8,6%) y 88 (7,9%) casos respectivamente.

**Tabla 4.** Medicamentos antihipertensivos

Medicamentos	n	%
<b>Betabloqueador</b>		
Metoprolol	72	6,5
Nebivolol	71	6,5
Carvedilol	65	5,9
Bisoprolol	50	4,5
Propranolol	14	1,2
Atenolol	2	0,2
	<b>274</b>	<b>24,8</b>
<b>ARA II</b>		
Losartán	400	36,2
Irbesartán	80	7,2
Telmisartán	72	6,5
Valsartán	54	4,9
Candesartán	20	1,8
Olmesartán	15	1,3
	<b>641</b>	<b>57,9</b>
<b>IECAs</b>		
Enalapril	37	3,3
<b>Calcioantagonistas</b>		
Amlodipino	295	26,7
Nifedipino	9	0,8
Verapamilo	8	0,8
Diltiazem	1	0,1
	<b>313</b>	<b>28,4</b>
<b>Diuréticos</b>		
Hidroclorotiazida	105	9,5
Indapamida	92	8,3
Clortalidona	61	5,5
Espironolactona	45	4,1
Furosemida	15	1,3
Eplerenone	11	1
	<b>329</b>	<b>29,7</b>
<b>Alfa 2 de acción central</b>		
Clonidina	30	2,7
Metildopa	7	0,7
	<b>37</b>	<b>3,4</b>

Fuente: elaboración propia

**Tabla 5.** Medicamentos antihipertensivos con dos o más principios activos

Combinaciones de antihipertensivos	n	%
Irbesartán + Amlodipino	85	7,7
Losartán + Amlodipino	60	5,4
Valsartán + Amlodipino	56	5,0
Losartán + Hidroclorotiazida	19	1,7
Valsartán + Hidroclorotiazida	15	1,3
Bisoprolol + Amlodipino	12	1,1
Candesartán + Amlodipino	11	1,0
Valsartán + Amlodipino + Hidroclorotiazida	11	1,0
Benazepril + Amlodipino	1	0,1
Losartán + Amlodipino + Indapamida	1	0,1
Imesartán + Hidroclorotiazida	1	0,1
Perindopril + Amlodipino	1	0,1
Perindopril + Indapamida	1	0,1
Perindopril + Amlodipino + Indapamida	1	0,1
Valsartán + Amlodipino + Hidroclorotiazida	1	0,1
Sacubitrilo + Valsartán	1	0,1
Valsartán + Clortalidona	2	0,2
Valsartán + Indapamida	3	0,3
Bisoprolol + Hidroclorotiazida	3	0,3
Amlodipino + Hidroclorotiazida	4	0,3
Olmesartán + Amlodipino	5	0,4
Candesartán + Hidroclorotiazida	8	0,7
Irbesartán + Hidroclorotiazida	9	0,8
Telmisartán + Amlodipino	9	0,8
Telmisartán + Hidroclorotiazida	9	0,8
	<b>329</b>	<b>29,6</b>

Fuente: elaboración propia

### Adherencia al tratamiento farmacológico

Al evaluar la adherencia y cumplimiento con el tratamiento farmacológico según la escala de Morisky-Green, en promedio, el 90% de los pacientes tienen una respuesta favorable en las 4 preguntas dicotómicas evaluadas por la escala. En promedio, el 90% de la cohorte de pacientes es adherente al tratamiento farmacológico que actualmente tiene prescrito. Los detalles de la escala de adherencia se observan en la Tabla 6.

**Tabla 6.** Factores de adherencia al tratamiento farmacológico

Factor de adherencia	Sí	No
Se olvida de tomar alguna vez los medicamentos para su hipertensión	97 (9,9)	1007 (90,1)
Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación	122 (11,1)	982 (88,9)
Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomar la medicación?	49 (4,4)	1055 (95,6)
Si alguna vez le sienta mal la medicación ¿deja de tomarla?	154 (13,9)	950 (86,1)

Fuente: elaboración propia

### Preferencia del paciente por el tipo de tratamiento

Los resultados demostraron que los pacientes prefieren simplificar su tratamiento antihipertensivo a la menor cantidad diaria de tabletas, por una mayor facilidad para el cumplimiento de los horarios en la toma de los medicamentos, como la auto-percepción de su estado de salud. En la figura 3 se visualizan los resultados sobre la preferencia del tratamiento antihipertensivo evidenciando una mayor favorabilidad hacia un tratamiento con menor cantidad de tabletas diarias.

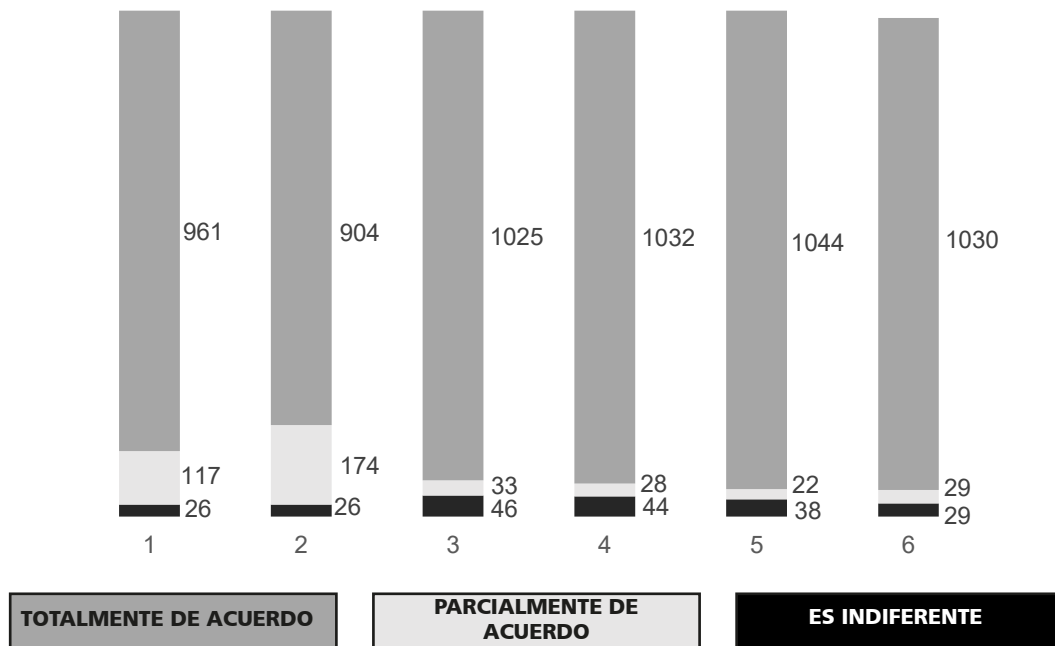
### DISCUSIÓN

La prevalencia de la hipertensión arterial en Colombia fue estimada en 24% (IC 95% 19-29%; I2 = 99.36%,  $p < 0.001$ ) de acuerdo con los resultados obtenidos en una revisión sistemática y metaanálisis donde se incluyeron diferentes estudios poblacionales (20). En los últimos años, la prevalencia de la enfermedad en Colombia ha tenido una tendencia al alza. En el 2012, un estudio estimó una prevalencia de 22% (21), lo cual contrasta con lo encontrado en un estudio poblacional de 2006 donde estimaron una prevalencia del 9.51% (20). Esta diferencia podría estar relacionada con los cambios en los estilos de vida de la población que son reconocidos como favorecedores del desarrollo de hipertensión arterial y de morbilidad cardiovascular (22).

En cuanto a las características y determinantes de la hipertensión arterial en pacientes colombianos, los datos proporcionados por el estudio *CARMELA* (23) evidenciaron que en la población colombiana a edades tempranas, la prevalencia es mayor en personas de género masculino. Sin embargo, en la adultez mayor esta tendencia se invierte, siendo más prevalente en las mujeres. Este comportamiento epidemiológico es concordante con lo reportado por el estudio de la *American Heart Association* (AHA) y del estudio *FRAMINGHAM* (24).

En el presente estudio, se evidenció que determinadas características sociodemográficas influyen en un adecuado control de la presión arterial, como lo han mostrado diversos estudios en poblaciones de hipertensos de diferentes niveles de ingresos económicos al año (25,26) una mejor posición socioeconómica puede facilitar el acceso a los servicios de salud y a una mayor cantidad de opciones de tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial (27), además, y consistente con los resultados de este estudio, los pacientes adultos

**Figura 3.** Preferencia por el tratamiento en una tableta que reúna los diferentes medicamentos en lugar de tabletas separadas.



- 1: Preferiría tomar una sola tableta 2: Ayudaría a mejorar adherencia. 3: Generaría menor preocupación o ansiedad.  
4: Ayudaría a tolerar mejor el medicamento. 5: Generaría menos complicación. 6: Me sentiría menos enfermo.

Fuente: elaboración propia

mayores con una adecuada posición económica logran incluso mejores cifras de control de la presión arterial que aquellos con edad < 60 años (28) lo cual se ha relacionado con una mayor adherencia a las recomendaciones de cambios del estilo de vida y una mejor percepción relacionada a su enfermedad (29) junto con una mayor adherencia a la terapia farmacológica y una mayor red de soporte social que apoyen en el cumplimiento del tratamiento y seguimiento médico del paciente (30). La alta cifra de control en la presión arterial en esta cohorte de pacientes se relaciona con su procedencia, al ser en su mayoría residentes en la principal ciudad del país; se ha demostrado cómo el tener la posibilidad de acceder a servicios de salud de alta

calidad y complejidad no solo mejora el control de la presión arterial sino que además se relaciona con menores desenlaces relacionados a complicaciones y mortalidad en pacientes hipertensos (31).

Acercas del tratamiento farmacológico, la población de este estudio tiene una buena adherencia al manejo farmacológico evidenciando que en promedio el 90% de los pacientes son adherentes a su tratamiento según los parámetros evaluados por el test de *Morisky-Green* (32). Esta cifra es notablemente superior a la encontrada en otros estudios previos realizados en población colombiana de pacientes hipertensos encontrando cifras entre 45 a 60% de adherencia (33); en estos estudios el común denominador fue la variabilidad en cuan-

to a las características demográficas de la población y al tipo de seguro médico que tenían los pacientes siendo que en aquellos con menor capacidad económica, mayor distancia a un hospital de alta complejidad y menor nivel educativo tenían menor adherencia al tratamiento (34), y además, relacionado a un menor nivel educativo y menor red de apoyo social (35).

Finalmente, respecto a la elección del tratamiento con antihipertensivos que combinan diferentes principios activos frente a tabletas con un único principio activo, se ha considerado una estrategia prometedora el uso de terapias combinadas y existe evidencia en cómo esta modalidad de tratamiento logra mejorar el control de la presión arterial (36) particularmente en pacientes que no logran las metas de control con modificaciones en el estilo de vida y que continúan presentando cifras  $\geq 150/90$  mmHg (37) cuando se emplean combinaciones que contienen un bloqueador del eje renina-angiotensina-aldosterona junto con un calcioantagonista o un diurético tiazídico; también se ha demostrado cómo iniciar una terapia combinada en pacientes con comorbilidades como la diabetes mellitus logra alcanzar las cifras de presión arterial a 130/80 mmHg de forma más rápida y en una mayor proporción de pacientes que cuando se emplearon monoterapias (38), y además, con menor número de efectos adversos reportados (38). Este tratamiento en el contexto regional ya ha sido probado en estrategias de administración de 2 o 3 antihipertensivos en un solo comprimido a través de la iniciativa *HEARTS* de las Américas demostrando que este tipo de tratamiento es más eficaz para el control de la presión arterial (39) en 2 centros de salud familiar del primer nivel de atención en Santiago, que comparó el control de presión arterial en adultos hipertensos logrado con el protocolo estandarizado

y simplificado, frente al protocolo habitual, según las guías nacionales. Las innovaciones del protocolo estandarizado incluyeron cambios en la coordinación del equipo de salud, inicio de tratamiento farmacológico inmediatamente después de confirmación diagnóstica, tratamiento farmacológico estandarizado con combinación de al menos 2 o 3 fármacos antihipertensivos en un solo comprimido, en una toma diaria. Se realizó seguimiento por 1 año para evaluar el porcentaje de adherencia al tratamiento y cumplimiento de metas de control de presión arterial (menor a 140/90 mmHg).

Respecto a la decisión de elegir terapia combinada con única tableta frente a múltiples tabletas se requiere mayor evidencia que demuestre la superioridad en cuanto a eficacia en la reducción de las cifras de presión arterial de esta última, sin embargo, diferentes estudios han demostrado como ésta sí puede relacionarse a un mejor control de la PA al mejorar la adherencia especialmente en adultos mayores y pacientes hipertensos que padecen de comorbilidades como dislipidemia, diabetes mellitus o coagulopatías (40), al lograr reducir el número de tabletas diarias que debe tomar el paciente, así como también una mejor percepción de su estado de salud (41).

También diferentes estudios de economía de la salud demuestran cómo esta estrategia es costo-efectiva al reducir el número de complicaciones y visitas al hospital entre los pacientes hipertensos que la emplean (42,43). Más recientemente, el estudio multicéntrico *START* ha demostrado cómo la terapia combinada en una sola tableta ha logrado reducir entre los pacientes hipertensos la morbilidad cardiovascular y la mortalidad de cualquier causa cuando se compara con los pacientes que recibieron el mismo tratamiento en tabletas separadas (44).

La organización mundial de la salud a



partir de 2019 emplea la estrategia “*Single Pill Combination*” (SPC) (45) y ha agregado diferentes combinaciones de antihipertensivos a la lista de medicamentos esenciales en países con economías emergentes como son la mayoría de los países latinoamericanos. Esta medida ha logrado que en estos países se reduzca la tendencia a prescribir monoterapias en pacientes hipertensos a favor de las terapias combinadas (46) y apoyar los mercados nacionales a tener mayor disponibilidad de terapias combinadas en única tableta para mejorar la adherencia farmacológica en esta población de pacientes (47).

Este estudio presentó algunas limitaciones, como el propio diseño retrospectivo que limita la posibilidad de establecer relaciones de causalidad entre las variables demográficas o clínicas respecto al control de la presión arterial. Adicionalmente, la muestra, como se reflejó en los datos, reúne características de una población con mejor posición socioeconómica lo cual permite que tengan más posibilidades de acceder a diferentes servicios de salud, diferentes alternativas de tratamiento farmacológico y a un mejor seguimiento clínico, por lo cual, la data obtenida no se puede generalizar a toda la población de hipertensos del país y se requiere el desarrollo

de estudios similares con poblaciones de características heterogéneas.

## CONCLUSIONES

Además de la modificación en la dieta y la actividad física, una alta proporción de pacientes hipertensos requerirá tratamiento farmacológico para alcanzar las metas de control de la presión arterial. La selección del tratamiento requiere que el médico tenga en cuenta los factores sociodemográficos del paciente y evaluar las posibilidades de acceso a los servicios de salud para garantizar la mayor adherencia. La terapia antihipertensiva combinada ha demostrado mejor control de la PA especialmente en adultos mayores y pacientes hipertensos con comorbilidades. Por esta razón, al ser pacientes que emplean más de un medicamento diario, resulta razonable optar por simplificar la toma de los medicamentos empleando tabletas que combinen antihipertensivos, no solo en búsqueda de disminuir en términos cuantitativos el número de medicamentos sino para establecer una prescripción con la que el paciente se sienta más cómodo y aumente su compromiso con la adherencia y el cumplimiento del tratamiento.

## Financiación

Los autores del presente estudio declaran haber recibido apoyo financiero para el desarrollo de la investigación por parte de MEGALABS Colombia, compañía perteneciente a la industria farmacéutica.

## Bibliografía

- Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. *Nat Rev Nephrol.* abril de 2020;16(4):223-37.
- Zhou B, Carrillo-Larco RM, Danaei G, Riley LM, Paciorek CJ, Stevens GA, et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *The Lancet.* septiembre de 2021;398(10304):957-80.
- Martín-Fernández J, Alonso-Safont T, Polentinos-Castro E, Esteban-Vasallo MD, Ariza-Cardiel G, González-Anglada MI, et al. Impact of hypertension diagnosis on morbidity and mortality: a retrospective cohort study in primary care. *BMC Prim Care.* 23 de marzo de 2023;24(1):79.
- Bautista LE, Vera-Cala LM, Villamil L, et al. Factores de riesgo asociados con la prevalencia de hipertensión arterial en adultos de Bucaramanga, Colombia. *salud publica mex.* 2002;44(5):399-405.
- Cardona Arias J, Llanes Agudelo O. Hipertensión arterial y sus factores de riesgo en indígenas Emberá-Chamí. *Rev CES Med.* 2013;27:31-43.
- Lamelas P, Diaz R, Orlandini A, Avezum A, Oliveira G, Mattos A, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in rural and urban communities in Latin American countries. *J Hypertens.* septiembre de 2019;37(9):1813-21.
- Cano-Gutiérrez C, Reyes-Ortiz CA, Samper-Terrent R, Gélvez-Rueda JS, Borda MG. Prevalence and factors associated to hypertension among older adults in Bogotá, Colombia. *J Aging Health.* 2015;27:1046-65.
- Gómez JF, Camacho PA, López-López J, López-Jaramillo P. Control y tratamiento de la hipertensión arterial: Programa 20-20. *Rev Colomb Cardiol.* marzo de 2019;26(2):99-106.
- Fuchs FD, Whelton PK. High Blood Pressure and Cardiovascular Disease. *Hypertension.* febrero de 2020;75(2):285-92.
- Weschenfelder Magrini D, Gue Martini J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enferm Glob.* abril de 2012;11(26):344-53.
- Oparil S, Davis BR, Cushman WC, Ford CE, Furberg CD, Habib GB, et al. Mortality and Morbidity During and After Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial: Results by Sex. *Hypertension.* mayo de 2013;61(5):977-86.
- Homero GE. Polifarmacia y morbilidad en adultos mayores. *Rev Médica Clínica Las Condes.* enero de 2012;23(1):31-5.
- Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr.* diciembre de 2017;17(1):230.
- Hughes C. Appropriate and inappropriate polypharmacy—Choosing the right strategy. *Br J Clin Pharmacol.* enero de 2021;87(1):84-6.
- Nemeguén Arias, Camilo Ernesto, Jaramillo Builes, Laura Manuela. Criterios de BEERS y STOPP/START para la detección de la prescripción inadecuada de medicamentos en mayores de 65 años. Revisión sistemática de la literatura. [Internet]. Universidad del Rosario; [citado 22 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/20966>
- Lazich I, Bakris G. Initial combination antihypertensives: let's ACCELERATE. *The Lancet.* enero de 2011;377(9762):278-9.
- Jamerson K, Weber MA, Bakris GL, Dahlöf B, Pitt B, Shi V, et al. Benazepril plus Amlodipine or Hydrochlorothiazide on Hypertension in High-Risk Patients. *N Engl J Med.* 4 de diciembre de 2008;359(23):2417-28.
- Moya L, Moreno J, Lombo M, Guerrero C, Ariztizabal D, Vera A, et al. Consenso de expertos sobre el manejo clínico de la hipertensión arterial en Colombia. Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía. *Rev Colomb Cardiol.* octubre de 2018;25:4-26.
- Whelton PK, Carey RM, Mancía G, Kreutz R, Bundy JD, Williams B. Harmonization of the American College of Cardiology/American Heart Association and European Society of Cardiology/European Society of Hypertension Blood Pressure/Hypertension Guidelines: Comparisons, Reflections, and Recommendations. *Circulation.* 13 de septiembre de 2022;146(11):868-77.
- Zurique Sánchez MS, Zurique Sánchez CP, Camacho López PA, Sanchez Sanabria M, Hernández Hernández SC. Prevalencia de hipertensión arterial en Colombia: Revisión sistemática y meta-análisis. *Acta Médica Colomb [Internet].* 30 de septiembre de 2019 [citado 22 de mayo de 2023];44(4). Disponible en: <http://www.actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/1293>
- García-Peña ÁA, Ospina D, Rico J, Fernández-Ávila DG, Muñoz-Velandia Ó, Suárez-Obando F. Prevalencia de hipertensión arterial en Colombia según información del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SIS-PRO). *Rev Colomb Cardiol.* 22 de febrero de 2022;29(1):8216.
- Lelong H, Blacher J, Baudry J, Adriouch S, Galan P, Fezeu L, et al. Combination of Healthy Lifestyle Factors on the Risk of Hypertension in a Large Cohort of French Adults. *Nutrients.* 23 de julio de 2019;11(7):1687.
- Schargrodsky H, Hernández-Hernández R, Champagne BM, Silva H, Vinuesa R, Silva-Ayçaguer LC, et al. for the CARMELA study. CARMELA: assessment of the CV risk in seven Latin American cities. *Am J Med* 2008; 121: 58-65.
- Andersson C, Johnson AD, Benjamin EJ, Levy D, Vasan RS. 70-year legacy of the Framingham Heart Study. *Nat Rev Cardiol.* noviembre de 2019;16(11):687-98.
- Qin Z, Li C, Qi S, Zhou H, Wu J, Wang W, et al. Association of socioeconomic status with hy-

- pertension prevalence and control in Nanjing: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. diciembre de 2022;22(1):423.
26. Leng B, Jin Y, Li G, Chen L, Jin N. Socioeconomic status and hypertension: a meta-analysis. *J Hypertens*. febrero de 2015;33(2):221-9.
  27. Hessel P, Rodríguez-Lesmes P, Torres D. Socioeconomic inequalities in high blood pressure and additional risk factors for cardiovascular disease among older individuals in Colombia: Results from a nationally representative study. Nunes BP, editor. *PLOS ONE*. 9 de junio de 2020;15(6):e0234326.
  28. Lin SF, Kuo TT, Pan W, Bai CH. Effects of socioeconomic status on the control of hypertension in patients <65 and ≥65 years of age in Taiwan: a nationwide cross-sectional study. *BMJ Open*. febrero de 2022;12(2):e050041.
  29. Arpey NC, Gaglioti AH, Rosenbaum ME. How Socioeconomic Status Affects Patient Perceptions of Health Care: A Qualitative Study. *J Prim Care Community Health*. julio de 2017;8(3):169-75.
  30. Pan J, Hu B, Wu L, Li Y. The Effect of Social Support on Treatment Adherence in Hypertension in China. *Patient Prefer Adherence*. septiembre de 2021;Volume 15:1953-61.
  31. Okuyama K, Akai K, Kijima T, Abe T, Isomura M, Nabika T. Effect of geographic accessibility to primary care on treatment status of hypertension. Palazón-Bru A, editor. *PLOS ONE*. 4 de marzo de 2019;14(3):e0213098.
  32. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saúde Pública*. abril de 2012;46(2):279-89.
  33. Castaño-Castrillón José Jaime, Echeverri-Rubio Christian, Giraldo-Cardona José Fernando, Maldonado-Mora Ángelo, Melo-Parra Jonathan, Meza-Orozco Germán Andrés et al. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en Assbasalud ESE, Manizales (Colombia) 2011. *rev.fac.med.* [Internet]. 2012 Sep [cited 2023 May 22]; 60 (3): 179-197. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-00112012000300002&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112012000300002&lng=en).
  34. Syed ST, Sharp LK, Kim Y, Jentleson A, Lora CM, Touchette DR, et al. Relationship Between Medication Adherence and Distance to Dispensing Pharmacies and Prescribers Among an Urban Medicaid Population with Diabetes Mellitus. *Pharmacother J Hum Pharmacol Drug Ther*. junio de 2016;36(6):590-7.
  35. Shahin W, Kennedy GA, Stupans I. The association between social support and medication adherence in patients with hypertension: A systematic review. *Pharm Pract*. 22 de junio de 2021;19(2):2300.
  36. Paczkowska-Walendowska M, Sip S, Staszewski R, Cielecka-Piontek J. Single-Pill Combination to Improve Hypertension Treatment: Pharmaceutical Industry Development. *Int J Environ Res Public Health*. 31 de marzo de 2022;19(7):4156.
  37. González-Gómez S, Meléndez-Gomez MA, López-Jaramillo P. Fixed-dose combination therapy to improve hypertension treatment and control in Latin America. *Arch Cardiol México*. abril de 2018;88(2):129-35.
  38. Górriz-Teruel JL, Marin-Iranzo R, De Alvaro-Moreno F, Martínez-Castelao A, Navarro-González JF. Tratamiento de la hipertensión arterial en la diabetes mellitus tipo 2. *nefroplós*. 2008;1(1):16-27.
  39. Michea L, Toro L, Alban N, Contreras D, Morgado P, Paccot M, et al. Eficacia de una estrategia estandarizada y simplificada para tratamiento de la hipertensión arterial en Chile: la Iniciativa HEARTS en las Américas. *Rev Panam Salud Pública*. 6 de septiembre de 2022;46:1. 0. Ko DT, Hebert PR, Coffey CS, Curtis JP, Foody JM, Sedrakyan A, et al. Adverse Effects of  $\beta$ -Blocker Therapy for Patients With Heart Failure: A Quantitative Overview of Randomized Trials. *Arch Intern Med*. 12 de julio de 2004;164(13):1389.
  40. Weisser B, Predel HG, Gillessen A, Hacke C, Vor Dem Esche J, Rippin G, et al. Single Pill Regimen Leads to Better Adherence and Clinical Outcome in Daily Practice in Patients Suffering from Hypertension and/or Dyslipidemia: Results of a Meta-Analysis. *High Blood Press Cardiovasc Prev*. abril de 2020;27(2):157-64.
  41. Sherrill B, Halpern M, Khan S, Zhang J, Panjabi S. Single-Pill vs Free-Equivalent Combination Therapies for Hypertension: A Meta-Analysis of Health Care Costs and Adherence: Single-Pill vs Free-Equivalent Combination Therapies for Hypertension. *J Clin Hypertens*. diciembre de 2011;13(12):898-909.
  42. Park C, Wang G, Durthaler JM, Fang J. Cost-effectiveness Analyses of Antihypertensive Medicines: A Systematic Review. *Am J Prev Med*. diciembre de 2017;53(6):S131-42.
  43. Schmieder RE, Wassmann S, Predel HG, Weisser B, Blettenberg J, Gillessen A, et al. Improved Persistence to Medication, Decreased Cardiovascular Events and Reduced All-Cause Mortality in Hypertensive Patients With Use of Single-Pill Combinations: Results From the START-Study. *Hypertension*. mayo de 2023;80(5):1127-35.
  44. Bruyn E, Nguyen L, Schutte AE, Murphy A, Perel P, Webster R. Implementing Single-Pill Combination Therapy for Hypertension: A Scoping Review of Key Health System Requirements in 30 Low- and Middle-Income Countries. *Glob Heart*. 25 de enero de 2022;17(1):6.
  45. Derington CG, King JB, Herrick JS, Shimbo D, Kronish IM, Saseen JJ, et al. Trends in Antihypertensive Medication Monotherapy and Combination Use Among US Adults, National Health and Nutrition Examination Survey 2005–2016. *Hypertension*. abril de 2020;75(4):973-81.
  46. Parati G, Kjeldsen S, Coca A, Cushman WC, Wang J. Adherence to Single-Pill Versus Free-Equivalent Combination Therapy in Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Hypertension*. febrero de 2021;77(2):692-705.

## II CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA INTERNA CLÍNICA MÉDICA - SMIBA 30 - 31 DE OCTUBRE Y 1 DE NOVIEMBRE 2023

En la Ciudad de Tigre de la Provincia de Buenos Aires, República Argentina, a los 29 días del mes de octubre de 2023, en el marco del II Congreso Internacional de Medicina Interna - Clínica Médica SMIBA, siendo las 12:30 hs los abajo firmantes, profesionales miembros de Sociedades Científicas Iberoamericanas, acuerdan intensificar las acciones en la prevención, el diagnóstico y tratamiento del sobrepeso (S) – obesidad (O) aunando esfuerzos para frenar el avance de esta enfermedad. La prevalencia estimada de obesidad en adultos en las Américas, es la más alta entre todas las regiones de la Organización Mundial de la Salud. Surge de ello trabajar en forma colaborativa en la prevención y control del S-O sobre la base de:

1. Capacitar al equipo de salud en la adquisición de competencias (conocimientos, habilidades, actitudes) para abordar la prevención, detección y tratamiento del sobrepeso-obesidad. Dimensionar el impacto del peso en la salud, concientizar sobre la morbimortalidad que ésta conlleva.
2. Fortalecer la Atención Primaria de la Salud como primer eslabón en el manejo del S-O y sobre el principio de equidad en salud trabajar en su inclusión en la Cobertura Universal de Salud, contextualizado a la situación política de cada país y adaptado regional /localmente a las necesidades y realidades propias.
3. Promover calcular el Índice de Masa Corporal (IMC) en todos los adultos para categorizar sobrepeso y grado de obesidad. Se sugiere la medición de la circunferencia de cintura (CC) en individuos con IMC entre 25 y 35 kg/m<sup>2</sup> (Sociedad Argentina de Cardiología 2023) para definir la distribución de la grasa corporal. Otras guías sugieren su cálculo en todas las personas adultas, aunque su determinación con IMC  $\geq$  35 kg/m<sup>2</sup> no modifica el nivel de riesgo estimado por IMC ya que su aumento, exteriorización de obesidad visceral, se asocia a diabetes tipo 2, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, dislipidemia, apnea del sueño, enfermedad renal, hígado graso no alcohólico, enfermedades oncológicas y a mayor morbimortalidad independiente del valor del IMC.
4. Trabajar en educación a la comunidad para comprender a la obesidad como una “enfermedad crónica” y las implicancias para la salud en términos de morbimortalidad que determinen un cambio de comportamiento brindando herramientas que permitan saber “cómo hacerlo”. Usar medios de comunicación masivos, digitales, innovadores con llegada a toda la población que promuevan un estilo de vida saludable en relación a alimentación y actividad física desde la infancia. Impulsar la participación social.
5. Promover la lactancia materna prolongada según recomendaciones vigentes.
6. Promover políticas públicas latinoamericanas para revertir la prevalencia en nuestra región.
7. Generar espacios de trabajo multidisciplinarios y difundir las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible adaptada al marco nacional, regional y local de cada país.
8. Promover intervenciones de combina-



ción de alimentación saludable, actividad física, terapia cognitivo-conductual y tratamiento farmacológico y/o quirúrgico según corresponda apoyados en la mejor evidencia científica disponible y actualizada.

9. Generar estrategias de comunicación y sensibilización contra la estigmatización social de la obesidad.
10. Fortalecer los sistemas de información de nuestros países para tener acceso a las investigaciones y estudios sistemáticamente.
11. Participación activa de las Sociedades Científicas de cada país a través de la realización de talleres, simposios, congresos, elaboración de guías, consensos, campañas centradas en el estudio, difusión, formación de profesionales, prevención y tratamiento del S-O.
12. Reconocer al S-O como un grave problema de salud pública y comprometerse personal e institucionalmente en colaborar en las políticas públicas de cada país para responder eficazmente a esta epidemia.

#### **ARGENTINA**

- Roberto Reussi. Vicepresidente de la Asociación Médica Argentina. Director del Curso Universitario de Medicina Interna – Clínica Médica de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires-Universidad Fundación Barceló. Director del Foro Iberoamericano de Educación Médica. Expresidente de SMIBA. Presidente de la Fundación Reussi.
- Mercado Jorge. Vicedirector del Curso Universitario de Medicina Interna – Clínica Médica de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires. Expresidente de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires.
- Carnelli Daniel. Presidente de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires.

Especialista Recertificado en Clínica Médica y Medicina del Trabajo. Docente Adscripto en Clínica Médica Universidad de Buenos Aires.

- Falasco Viviana. Expresidenta de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires. Fellow ACP. Prof. Adjunta Regular Medicina Interna Universidad de Buenos Aires. Prof. Titular Medicina Interna Universidad Ciencias Médicas Favaloro. Directora Carrera de Especialista Medicina Interna Universidad de Buenos Aires.
- Falasco Miguel Ángel. Docente Adscripto Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Profesor Medicina Interna Facultad de Ciencias Médicas Universidad Favaloro. Fellow Honorario American College of Physician (2011). Profesor de la Asociación Médica Argentina. Past President de la Sociedad Latinoamericana de Aterosclerosis (SOLAT). Past President de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires 2° período.
- Falasco Silvia. Presidenta de la Sociedad Argentina de Educación Médica de la Asociación Médica Argentina. Expresidenta Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires. Prof. Titular del Departamento de Medicina. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Favaloro. Prof. Adjunta Interina Medicina Interna. Facultad de Medicina. Univ. de Buenos Aires. Fellow ACP.

#### **BOLIVIA**

- Córdova Roca Samuel. Medicina Interna-Cardiología. Profesor Emérito de Medicina de la Facultad de Medicina de la UMSA. Servicio de Medicina I-Cardiología del Hospital de Clínicas Universitario. Past presidente de la Sociedad Latinoamericana de Aterosclerosis. Director de la Revista ATEROMA.



## COLOMBIA

- Arango Álvarez José Javier. Médico Internista, Nefrólogo MBA. Presidente de la Sociedad Colombiana de Medicina Interna.
- Espinosa Espitia Tatiana. Medicina Interna - Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá. Past president Asociación Colombiana de Medicina Interna. 2020-2022. Fellow ACP. Docente Universidad del Sinú.
- Sierra Ariza Iván Darío, M.D, PhD. Médico Especialista en Nutrición y Diabetes. Profesor Consultor Permanente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Director para Latinoamérica de la Revista Clínica e Investigación en Arteriosclerosis. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA). Director Ejecutivo de la Sociedad Latinoamericana de Aterosclerosis (SOLAT) desde 1997 hasta la fecha. Presidente de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD).
- Hernández Ayazo Heli. Internista y Educador Médico. PhD en Educación. Profesor Titular de Medicina, Universidad de Cartagena. Fellow American College of Physicians. Expresidente Asociación Colombiana de Medicina Interna. Expresidente Sociedad Latinoamericana de Medicina Interna.

## CUBA

- Betancourt Torres Isis. Especialista y Profesora Auxiliar de Medicina Interna. Máster en Aterosclerosis. Directora del Centro de Estudios de Historia, Arte y Medicina HistArtMed. Secretaria de la Sociedad Cubana de Medicina Interna SOCUMI.

## ESPAÑA

- Millán Núñez- Cortés Jesús. Catedrático de Medicina Interna. Profesor Emérito de la Universidad Complutense y

del Servicio Madrileño de Salud en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Director de la Cátedra de Educación Médica. Director del FIAEM (Foro Iberoamericano de Educación Médica).

## ESTADOS UNIDOS

- Valenzuela Guillermo. MD, FACR. Director Médico de Especialistas en Reumatología e Inmunología Integral, y Director Médico de Investigación y Desarrollo de IRIS ubicados en Plantatio y Miami. Profesor asociado en Reumatología en la Universidad de Miami en Miami, Florida. Miembro del Colegio Americano de Reumatología y expresidente inmediato de la Sociedad de Reumatología de Florida.
- Guarderas Juan Carlos. Profesor Emérito de la Clínica Mayo y Universidad de Florida, en práctica privada Valdosta Allergy Asthma Immunology.
- Álvarez Salvador. MD, FACP, FIDSA Consultant, International / Executive Medicine Professor of Medicine, Mayo Clinic Alix School of Medicine MAYO CLINIC.
- Crisante Cecilia. MD. Hospital Bellevue de Nueva York. Programa de World Trade Center.
- Mercado Jorge (h). MD. Clinical Associate Professor, Department of Medicine at NYU Grossman School of Medicine. Associate Section Chief, Pulmonary, Critical Care & Sleep Medicine, NYU Langone Hospital- Brooklyn.

## GUATEMALA

- Nitsch Montiel Carlos Guillermo. MD, MACP. Profesor de Medicina Interna Facultad de Medicina Interna Universidad Francisco Marroquin, Guatemala. Departamento Medicina Interna Hospital Herrera Llerandi. Expresidente Asociación de Medicina Interna de Gua-

temala. Expresidente Asociación de Medicina Interna de Centro América y Caribe.

### MÉXICO

- Akaki José Luis. Internista Certificado Expresidente del CMIM. Presidente Fundador de Sociedad Latinoamericana de Medicina Interna (SOLAMI). Presidente de la Asociación Médica Nikkei (médicos de origen japonés). Profesor de Posgrado, Facultad Mexicana de Medicina. Condecoración del Sol Naciente por el emperador de Japón.
- Cabrera Rayo Alfredo. Médico Internista. Subespecialista en Medicina Crítica. Profesor universitario de pregrado en la Universidad Nacional Autónoma de México. Presidente del Colegio de Medicina Interna de México en 2020. Presidente del Global Summit of Internal Medicine. Secretario General del Colegio de Medicina Interna de México en 2016.
- Salgado Juan Luis. Presidente del Colegio de Medicina Interna de México. Especialista certificado en Medicina Interna por el Consejo Mexicano de Medicina Interna y la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Colegiado del Colegio de Medicina Interna de México. Miembro del ACP. Miembro de la Sociedad Latinoamericana de Medicina Interna. Trabajo Clínico en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "La Raza", Instituto Mexicano del Seguro Social. Maestría en Administración de Negocios, Universidad de las Américas, México.

### PANAMÁ

- Batista Nuvia. Médico Internista, Hospital Paitilla de la Ciudad de Panamá. Expresidenta de la Sociedad Panameña de Medicina Interna. Profesora ad honorem de Propedéutica y Medicina Interna de la Universidad de Panamá.

### PARAGUAY

- Solano-López Jorge Enrique. Médico Internista. Profesor Adjunto de Medicina, Universidad Católica de Asunción. Jefe de la Cátedra de Patología Médica Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Católica de Asunción. Fellow of the American College of Physicians. Director General Médico del Grupo Asismed San Roque Medical Advisor AFS Paraguay. Past Presidente de la Sociedad Paraguaya de Aterosclerosis (SPA). Past Presidente de la Sociedad Latinoamericana de Aterosclerosis (SOLAT).
- Ruschel Fabián. Profesor. Especialista en Diabetología. Diabetólogo del Sanatorio La Trinidad, Encarnación-Paraguay. Docente escalafonado y Director de Postgrado de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Itapúa Paraguay. Director en Jefe de la Revista MEDciencia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Itapúa. Miembro de las Sociedades Paraguaya y Latinoamericana de Diabetes. Expresidente de la Sociedad Paraguaya de Aterosclerosis. Presidente de la Sociedad Latinoamericana de Aterosclerosis (SOLAT) 2022-2024.
- Celauro Hugo. MD, FACP. Past Presidente de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna. Past Presidente de la Sociedad Paraguaya de Aterosclerosis. Ex Docente de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción y de la Universidad Católica.

### PERÚ

- Penny Montenegro Eduardo. Maestro en Medicina. Especialista en Medicina Interna y en Geriátrica, expresidente de las Sociedades Peruana y Latinoamericana de Medicina Interna y de la Sociedad de Gerontología y Geriátrica del Perú.

### REPÚBLICA DOMINICANA

- Arias Claudia. Médico Internista. Nutriólogo clínico. Pasada presidente de la Sociedad de Medicina Interna de la República Dominicana. Miembro del Comité Ejecutivo de la International Society of Internal Medicine. Fellow ACP. Secretaria General Asociación Centroamericana y del Caribe de Medicina Interna. Coordinadora región este Sociedad Latinoamericana de Medicina Interna.

### URUGUAY

- Ormaechea Gorricho Gabriela. Profesora Directora de Clínica Médica "A" Hospital de Clínicas, Dr. Manuel Quintela, Universidad de la República. UdelaR. Coordinadora de la Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca (UMIC) Hospital de Clínicas, Dr. Manuel Quintela.
- Vaucher Andrea. Ex Profesora Adjunta de Clínica Médica. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Profe-

sora Asociado de Postgrado de Diabetes, Universidad Católica del Uruguay. Past President Sociedad de Medicina Interna del Uruguay.

- Graña Diego. Médico Internista. Prof. Adjunto de Clínica Médica. Máster en Enfermedades autoinmunes. Presidente de la Sociedad de Medicina Interna del Uruguay.

### VENEZUELA

- Patiño Mario. Médico Internista-Doctor en Educación. Profesor Titular de la Universidad Central de Venezuela (UCV). Decano de la Facultad de Medicina UCV.
- Salazar Virginia. Médico Internista. Ex-presidenta de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Profesora de Clínica Médica, Universidad Central de Venezuela con sede en el Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo en Caracas. Fellowship en Patología Médica del Embarazo. Fellowship ACP.

## II CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA INTERNA – CLÍNICA MÉDICA SMIBA 2023 (30-31 DE OCTUBRE Y 1 DE NOVIEMBRE)

### LOS SIGUIENTES TRABAJOS RECIBIERON EL PREMIO AL MEJOR TRABAJO CIENTÍFICO DEL CONGRESO (RESÚMENES)

#### JURADOS:

**DR. PATIÑO MARIO.**

Doctor en Educación. Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela

**DR. CARNELLI DANIEL.**

Presidente de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires

**DRA. ISRAEL ANA MATILDE.**

Expresidenta de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires

#### HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA EN UNA POBLACIÓN DE DOCENTES DE ARAUCA- COLOMBIA

Dr. Antonio Luis Castro Castro

Tipo de Trabajo: Serie de casos

Unidad Temática: 15. Hipertensión Arterial

Institución y Servicio: CEMES-Saravena

E-mail: [alcastro954@gmail.com](mailto:alcastro954@gmail.com)

**Introducción:** la hipertensión arterial es el factor de riesgo más prevalente para las enfermedades cardiovasculares. En ocasiones no se logra el control de la presión arterial hasta niveles recomendados, incluso con el uso de diversas modalidades de tratamiento y esto repercute en la salud y funcionalidad de los afectados. **Objetivos:** determinar la prevalencia de hipertensión arterial refractaria en una población de docentes de Arauca-Colombia. Evaluar la eficacia del monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) 24 horas para seguimiento de estos pacientes. Considerar factores de riesgo asociado a la hipertensión arterial refractaria. **Metodología:** es un estudio transversal, de campo, con una muestra de 442 docentes entre activos y jubilados del departamento o provincia de Arauca, Colombia. Los valores de presión arterial se obtuvieron por medio del monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA). Se realizó análisis estadístico por medio del programa estadístico SPSS versión 25, se utilizó estadística

descriptiva e inferencial. Se estimó el riesgo de hipertensión arterial refractaria según el sexo, condición de obesidad, patrón nocturno y presión de pulso. **Resultados:** el 70% de los pacientes se diagnosticaron como hipertensos, y entre ellos, el 15,5% resultó tener una hipertensión refractaria. El riesgo, medido por medio de Odds Ratio para los factores considerados fue de 1,081 (IC 95%= 0,592-1,973) para sexo, 0,942 (IC 95%= 0,504-1,761) para obesidad y 2,423 (IC 95%= 1,323-4,439) para presión de pulso. **Conclusión:** la hipertensión arterial refractaria es un problema frecuente que afecta a los docentes del departamento o provincia de Arauca-Colombia, es complejo su tratamiento y requiere del esfuerzo de los profesionales y del sistema de salud que minimice el ausentismo laboral, requiere del compromiso de los pacientes con su salud. El monitoreo ambulatorio de presión arterial sigue siendo una estrategia adecuada para el diagnóstico y seguimiento de la hipertensión arterial.

#### Bibliografía

Al Ghorani H, Götzinger F, Böhm M, & Mahfoud F. (2022). Arterial hypertension – Clinical trials update 2021. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 32(1), 21–31. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2021.09.007>

Schutte AE, Kollias A, & Stergiou GS. (2022). Blood pressure and its variability: classic and novel measurement techniques. *Nature*

Reviews Cardiology, 19(10), 643–654. <https://doi.org/10.1038/s41569-022-00690-0>

Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, Clement DL, Coca A, de Simone G, Dominiczak A, Kahan T, Mahfoud F, Redon J, Ruilope L, Zanchetti A, Kerins M, Kjeldsen SE, Kreutz R, Laurent S. Group, E. S. C. S. D. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European Heart Journal*, 39(33), 3021–3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>

### NEUTROPENIA FEBRIL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN 2022

Dra. Beatriz Arresegor [fabulando@yahoo.com.ar](mailto:fabulando@yahoo.com.ar) Médica de planta del Sanatorio Méndez

Dr. Luis Parisi [luchoparisi1@gmail.com](mailto:luchoparisi1@gmail.com)

Residente de cuarto año Sanatorio Méndez  
Dr. Antonio Del Rio [adelrioc15@gmail.com](mailto:adelrioc15@gmail.com)  
Residente de segundo año Sanatorio Méndez

Dra. Jhosseline González [jhosseline.pv@gmail.com](mailto:jhosseline.pv@gmail.com)  
Residente de segundo año Sanatorio Méndez

Tipo de Trabajo: Serie de Casos

Unidad Temática: Educación Médica/Residencias Médicas

Institución y Servicio: Sanatorio Doctor Julio Méndez, Servicio de Clínica Médica

**Objetivos:** Describir las características epidemiológicas, manifestaciones clínicas y microbiológicas, así como la terapéutica utilizada de los pacientes internados con diagnóstico de neutropenia febril en el sanatorio Dr. Julio Méndez en el período de enero a diciembre de 2022.

**Introducción:** La neutropenia febril presenta un desafío clínico debido al riesgo elevado que tienen estos pacientes de tener complicaciones graves con compromiso vital. Definimos la neutropenia como el recuento de neutrófilos  $< 500/\text{mm}^3$ , o  $< 1.000/\text{mm}^3$  cuando se prevé un descenso a  $< 500$  en las próximas 48 horas. Se define fiebre como una temperatura oral aislada

mayor que  $38,3^{\circ}\text{C}$ , o  $38,0^{\circ}\text{C}$  mantenida al menos durante una hora.

Los objetivos para el manejo inicial deben ser determinar el foco infeccioso y el riesgo de complicaciones. El sistema de puntuación MASCC, debido a su alta sensibilidad permite valorar el riesgo del paciente de una manera rápida y objetiva.

**Materiales y métodos:** Se presenta un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional de tipo transversal. Se analizaron los episodios de neutropenia febril en los pacientes hospitalizados en sala de internación indiferenciada de clínica médica en el período desde enero hasta diciembre del año 2022.

**Criterios de inclusión:** Pacientes mayores de 18 años de edad con diagnóstico de neutropenia febril al ingreso o en el curso de la internación en sala general con o sin requerimiento de internación en unidad de terapia intensiva.

Se analizaron 43 episodios de neutropenia febril en 39 pacientes, 11 hombres (28,20%), y 28 mujeres (71,79%). La edad promedio fue de 61 (18-99) años. El 61,5% se encontraba en el rango de edad de 18 a 65 años, un 28,2% entre 66 y 79 años y un 10,2% en el rango de 80 a 99 años. Con referencia a la enfermedad de base se observó el 51,16% (22) de los episodios en pacientes con enfermedad oncohematológica. Solo el 11% (5) de los episodios fueron en pacientes sin enfermedad oncológica.

En cuanto al riesgo de complicaciones y mortalidad medidos por el score MASCC, la mayoría de los pacientes (72%) presentaba riesgo bajo.

En 38 episodios se constató foco clínico (88,3%) y en 5 (11,6%) no se constató foco clínico. Corresponden a foco respiratorio (44,7%), foco gastrointestinal (31,5%), piel y faneras (13,1%), foco urinario (5,2%), faringo amigdalario y odontogénico (2,6%) y mucositis (2,6%).

Respecto a la antibioticoterapia en los 43 episodios de neutropenia febril reportados se utilizó antibiótico desde el día cero de forma empírica. El antibiótico más utilizado fue el cefepime como monoterapia en el 53,4% seguido de Piperacilina/tazobactam (11,6%).

Con respecto al destino del paciente, el 81,3% fue dado de alta, el 6,9% requirió



traslado a terapia intensiva y el 11.6% de los pacientes fallecieron.

**Conclusión:** Este estudio epidemiológico de tipo descriptivo observacional retrospectivo contó con 43 episodios de neutropenia febril en pacientes internados en el período del 2022, nos permite conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes de nuestro sanatorio y suma datos puntuales, propios y válidos que nos ayudarán a la toma de decisiones oportunas en estos casos.

### **VIRUELA SÍMICA: ANÁLISIS ENFERMEDAD REEMERGENTE EN UN HOSPITAL DE INFECCIONES**

Dr. Javier Sánchez Doncell, Dr. Ignacio Braga, Dr. José Luis Francos, Dr. Pablo González Montaner. Tipo de trabajo: Relevancia clínica.

Unidad temática: Infectología.

Hospital Muñiz, Servicio de Medicina Interna – Infectología. CABA. Buenos Aires. Uspallata 2272.

E-mail: jasdoncell@hotmail.com

**Introducción:** La viruela símica es una enfermedad zoonótica debida a un virus del género Orthopoxvirus, familia Poxviridae. En 1970 se detectó en humanos en la República Democrática del Congo. Es endémica en África. Desde el 1 de enero de 2022, se han notificado en 110 Estados Miembros de la OMS. Se presenta con fiebre, astenia, linfadenopatías dolorosas y exantema con una duración entre 2 y 4 semanas. Suele ser auto limitada y se han descrito casos graves en personas inmunocomprometidas. El presente estudio describe casos de viruela símica, entre junio de 2022 y marzo de 2023 en la Unidad Febril de Urgencias (UFU) del Hospital Muñiz, informando su clínica, epidemiología y diagnósticos diferenciales.

**Objetivo:** Describir los casos de viruela símica entre junio de 2022 a marzo de 2023, obtener información clínica y epidemiológica y diagnósticos diferenciales.

**Materiales Y Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo, donde se admitieron 340 pacientes con sintomatología compa-

tible con Viruela Símica. Finalmente, se obtuvieron 214 (63%) pacientes con PCR detectable.

**Criterios de Inclusión:** Pacientes con resultado positivo por Monkeypox (mediante PCR), entre el 1 junio 2022 al 31 de marzo 2023.

**Análisis Estadístico:** Se utilizó programa Stata 14.1. Los resultados se presentan como media para variables numéricas y porcentaje en las categóricas. Se compararon varios grupos con test de Chi cuadrado para variables categóricas. Se calcularon Odds Ratios (OR) crudos, los intervalos de confianza se calcularon para el 95% y se consideró significativo un valor  $p < 0.05$ .

**Discusión:** Las conductas sexuales de riesgo, en este estudio se consideran el principal método de trasmisión. Con un período sintomático entre 2 a 4 semanas de duración con fiebre, linfadenopatías dolorosas y lesiones en piel; se han descrito casos graves, principalmente en personas inmunocomprometidas. Lesiones en piel y mucosas similares a enfermedades de trasmisión sexual. La confirmación se realiza con la toma de muestra. El adecuado seguimiento clínico y epidemiológico es un elemento esencial. Principal comorbilidad de riesgo VIH. Se debe tener en cuenta reacciones cruzadas con varicela. Los casos positivos en población femenina no presentaron factores de riesgo.

**Conclusión:** Se realizaron 340 consultas, 214 (63%) fueron positivos, de esta muestra 211 casos (99%) sexo masculino y 3 casos (1%) sexo femenino. Los casos negativos fueron 126 (37%), 97 (77%) masculinos y 29 (23%) femeninos. **Síntomas iniciales de los casos positivos** durante dos a cinco días previos a la consulta, con lesiones en piel, fiebre, mialgia, astenia, cefalea y linfadenopatías. Las lesiones en piel comenzaron como máculas, evolucionaron a pápulas, vesículas, pústulas y costras. El cuadro evolucionó con una duración entre una a cuatro semanas. Dentro de los casos positivos se presentó un caso de mortalidad. En los análisis de resultados se presentaron dos casos de falso positivo por reacción cruzada con varicela.

### **FIBROSIS RETROPERITONEAL ASOCIADA A IGG4, COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN TUMORES RETROPERITONEALES. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Dra. Irene Isabel Ángel Romero  
Curso Universitario Trienal de Clínica Médica – Medicina Interna, 2º Año 2023  
Tipo de trabajo: Caso clínico - Unidad temática: Reumatología  
Institución: Sanatorio Sagrado Corazón -Servicio Medicina Interna  
Email: mdirene\_angelr@outlook.es

**Introducción:** La fibrosis retroperitoneal asociada a IgG4 es una entidad dentro del espectro de Enfermedades relacionadas a IgG4; poco frecuente, de evolución subaguda, caracterizada por lesiones tumefactas, infiltrado denso linfoplasmocítico con abundantes células positivas para IgG4, fibrosis y frecuentemente niveles séricos elevados de IgG4. La edad promedio de diagnóstico es 50 años y se presenta 2-3 veces más en hombres. Característicamente presenta buena respuesta al manejo con corticoides.

**Caso Clínico:** Paciente masculino de 56 años quien ingresa por cuadro de dolor lumbar izquierdo con irradiación a región inguinal ipsilateral con dificultad para la micción de semanas de evolución. A su ingreso con deterioro de la función renal (creatinina +1,56mg/dl), se realiza tomografía de abdomen que reporta discreta imagen que impresiona de partes blandas que rodea aorta abdominal infrarrenal y la bifurcación ilíaca que toma contacto con el uréter izquierdo, condicionando dilatación ureteropélica, pequeños ganglios linfáticos retroperitoneales. Se realiza colocación de catéter JJ izquierdo y biopsia de retroperitoneo con resultado de Anatomía patológica compatible con fibrosis retroperitoneal, CD45 y CD138 marcadamente positivos, IgG4 en un 10% de población plasmocitaria presente. Resultados de laboratorio: ESD 15 mm/h, PCR 12 mg/l, dosaje de IgG4 sérica de 294mg/dl, IgG 1300 mg/dl, IgM 22 mg/dl, ANCA (-) Anti Ro y La (-). Pan tomografía con hallazgo positivo de sinusopatía

etmoidal y nodulillos pulmonares inespecíficos bilaterales. Se inicia Meprednisona a 1mg/kg/día, con reevaluación tomográfica a los 2 meses, por consultorios externos con evidencia de mejoría en > 50% de la fibrosis, función renal conservada, sin agregar otra sintomatología.

**Discusión:** Se presenta este caso por su baja incidencia, reportándose una incidencia de 0,1/100.000 y prevalencia de 1,4/100.000. La fibrosis retroperitoneal puede ser idiopática o secundaria, siendo la idiopática un desorden inmunomediado que puede aparecer aislado o asociado con otras enfermedades inmunes y/o relacionado a IgG4. Debe ser parte del diagnóstico diferencial en caso de tumores retroperitoneales, presentándose como un proceso inflamatorio que involucra la zona retroperitoneal, la compresión de uno o ambos uréteres se presenta en más del 60% de los casos. Ante la ausencia de un criterio diagnóstico fehaciente, siempre debe buscarse el medio de realizar biopsia; es la suma de argumentos la que permite el diagnóstico (presentación clínica y apariencia en imágenes, IgG4 sérica elevada, histopatología). Al ser un diagnóstico de exclusión debe descartarse otras causas como las infecciones (ej. tuberculosis), enfermedades reumatológicas (ej. Síndrome de Sjögren, LES) y tumores malignos (ej. Linfomas). La corticoterapia es altamente efectiva, su inicio precoz mejora el pronóstico del órgano afectado. La recaída de la enfermedad es bastante frecuente.

### **INFECCIÓN POR HANTAVIRUS, A PROPÓSITO DE UN CASO**

Dra. Angélica María Burbano  
Curso Universitario Trienal de Clínica Médica – Medicina Interna, 2º Año 2023  
Caso Clínico  
Unidad Temática: Infectología  
Clínica Espora, Servicio de Medicina Interna  
E- mail: angelicaburbano16@hotmail.com

**Introducción:** La infección por Hantavirus se ha ido desarrollando en las últimas décadas, mejorándose su diagnóstico

y la comprensión de esta patología, cuya incidencia de brotes ha ido en aumento. Esta infección se ha descubierto en nuevos huéspedes y nuevas distribuciones geográficas. Clínicamente puede dar lugar a varios síndromes como fiebre hemorrágica con síndrome renal y síndrome cardiopulmonar por hantavirus.

**Caso Clínico:** Masculino de 20 años de edad sin antecedentes patológicos, quien consulta por cuadro clínico de 4 días de evolución consistente en cefalea intensa hemisferal derecha refractaria a analgesia, asociada a mareos, náuseas, emesis, picos febriles en repetidas ocasiones no cuantificados y disestesias en extremidades. Al examen físico de ingreso mucosa oral semihúmeda, corazón rítmico sin soplos y campos pulmonares bien ventilados sin sobreagregados. Paraclínicos de ingreso: TGO 222 TGP 100, leucocitos 4300, CPK 162, creatinina 1.3, plaquetas 50000, radiografía de tórax sin alteraciones evidentes ni consolidaciones. Al segundo día de internación con evolución tórpida con poliartalgias generalizadas, dificultad para respirar, tos húmeda con crepitantes bibasales, malestar general, leve trabajo respiratorio con taquipnea y desaturación al aire ambiente 86%, hipotensión arterial refractaria a fluidoterapia, laboratorios de control con plaquetopenia severa de 19000, por lo que se traslada a UTI con sospecha diagnóstica de dengue vs hantavirus vs leptospirosis. A su ingreso a UTI Rx. de tórax de control con progresión con infiltrados intersticiales bibasales, requirió intubación orotraqueal y soporte vasopresor con Noradrenalina, transfusión de 6 unidades de plaquetas, inicio de antibioterapia endovenosa con ampicilina como cubrimiento empírico para leptospirosis. A las 48 horas se recibe resultado de IgM e IgG para Hantavirus positivo, IgM para Dengue negativo, a los 6 días del ingreso a UTI se recibe resultado de Leptospirosis negativo. Cursó con síndrome cardiorrenal secundario a Hantavirus, recibió manejo con fluidoterapia, Ampicilina hasta descartar Leptospirosis, nutrición con Embrace por sonda k108 durante intubación, dexametasona 8 mg EV día, N-acetilcistei-

na, inhaloterapia con Ipratropio y Budesonide. Se logra extubación exitosa a los 4 días, además destete de Noradrenalina, presentó descenso de creatinina y mejoría de ritmo diurético, normalización de perfil hepático y de recuento plaquetario, con evolución satisfactoria clínica y paraclínica, se logró descomplejizar al paciente hasta su traslado a sala general, por adecuada evolución se indicó alta satisfactoria a su domicilio.

**Comentario:** Se presenta este caso por la infrecuencia de presentación de esta infección, además por la importancia de distinguir los diagnósticos diferenciales.

### Bibliografía

- Brocato RL, Hooper JW. Progress on the Prevention and Treatment of Hantavirus Disease. *Viruses*. 2019;11(7):610.
- Vaheiri A, Henttonen H, Mustonen J. Hantavirus Research in Finland: Highlights and Perspectives. *Viruses*. 2021 Jul 26;13(8):1452.
- Meier K, Thorkelsson SR, Queminn ERJ, Rosenthal M. Hantavirus Replication Cycle-An Updated Structural Virology Perspective. *Viruses*. 2021 Aug 6;13(8):1561
- Ashique S, Sandhu NK, Das S, Haque SN, Koley K. Global Comprehensive Outlook of Hantavirus Contagion on Humans: A Review. *Infect Disord Drug Targets*. 2022;22(3):e050122199975. doi: 10.2174/1871526522666220105110819. PMID: 34986775.

### POLICONDRITIS RECIDIVANTE

Dra. Alessandra Pachas Quiroz

Tipo de trabajo Caso Clínico. Unidad temática: Reumatología

Institución y Servicio: Hospital Nacional Arzobispo Loayza- Servicio de Medicina Interna

E-mail: alessandrapachas@gmail.com

Dirección: Av. José leal 1545 Lince, Lima, Perú

**Introducción:** La Policondritis Recidivante (PR) es una enfermedad poco frecuente caracterizada por inflamación recurrente del cartílago y otros tejidos en todo el cuerpo. Además de ser potencialmente destructiva, puede también comprometer

a los órganos de los sentidos. PR es considerada una patología sistémica, con base autoinmune. Jaksch Wartenhorst, internista austríaco, fue quien la describió por primera vez en el año 1923, con el nombre de policondriopatía. Es infrecuente, incidencia estimada es de 3,5/1.000.000/año. Es progresiva y con alto índice de mortalidad, dado que el cuadro afecta a estructuras cartilaginosas con alto contenido de proteoglicano, presentes en vías respiratorias altas y bajas, hasta el colapso respiratorio, además puede comprometer el área ocular, cardiovascular, renal y dérmico.

**Caso Clínico:** Paciente mujer de 37 años, natural de Callao, procedente de Lima, nutricionista de ocupación, católica, soltera. Sin antecedentes patológicos. Ingresó con tiempo de enfermedad de 2 meses de evolución, caracterizado por eritema y dolor periorbicular izquierdo. La paciente cursó con 3 días de cefalea unilateral izquierda asociada a aumento de volumen de ojo izquierdo, dolor a movimientos oculares, y disminución de agudeza visual. Refiere haber recibido cloranfenicol ungüento, ketorolaco, dicloxacilina 500 mg tabletas, cada 8 horas, además de corticoterapia por 14 días. Se asocia secreción amarillenta, lagrimeo, asociado a disminución de apertura y agudeza visual izquierda motivo por el cual acude a emergencia. Pabellón auricular derecho: Ligeramente eritema en 2/3 superiores anterior y posterior, CAE permeable, membrana timpánica íntegra no congestiva. Leucocitos 15160 mm<sup>3</sup>, ab:4% seg:76% linfocitos 14%, monocitos 6% plaquetas 394000 PCR: 9, KOH: negativo a hongos. VIH1-VIH2 anticuerpos: NR. PCR: 5,842, VSG 1 hora: 72, Anticuerpos Antinucleares: negativo. Biopsia de piel y cartílago de pabellón auricular derecho. Anatomía Patológica. Muestra constituida por tejido cartilaginoso auricular rodeado de infiltrado inflamatorio mixto compuesto por linfocitos, células plasmáticas y escasos neutrófilos hallazgos consistentes con pericondritis.

**Comentario:** La paciente cumplía con la biopsia de pabellón auricular compatible, sin embargo, no era bilateral; las fuentes mencionan que inicialmente cursa así.

**Conclusiones:** Se presenta el caso por

la poca incidencia, lo raro que es esta enfermedad, se da en mujeres en edad adulta, llegando a una alta mortalidad. La importancia de conocer el cuadro de policondritis recurrente, es identificar que se trata de una enfermedad inflamatoria/degenerativa sistémica que potencialmente puede comprometer la integridad estructural y funcional del cartílago. Los episodios inflamatorios son recurrentes e impredecibles. El diagnóstico no siempre es fácil porque no existen pruebas específicas. Incluso cuando se diagnostica, el tratamiento no está estandarizado.

### Bibliografía

- Foidart JM, Abe S, Martin GR, Zizic TM, Barnett EV, Lawley TJ, Katz SI. Antibodies to type II collagen in relapsing polychondritis. *N Engl J Med.* 1978 Nov 30;299(22):1203-7. doi: 10.1056/NEJM197811302992202. PMID: 714080.
- Knipp S, Bier H, Horneff G et al. Polychondritis recurrente en la infancia: informe de un caso y breve reseña. *Reumatología Internacional* 19, 231-234 (2000). <https://doi.org/10.1007/s002960000055>
- Lambrou G, Miller S, Matharu MS. El síndrome de la oreja roja. *J Dolor de cabeza* 2013; 14:83.
- Peebo BB, Peebo M, Frennesson C. Relapsing polychondritis: a rare disease with varying symptoms. *Acta Ophthalmol Scand.* 2004 Aug;82(4):472-5. doi: 10.1111/j.1600-0420.2004.00276.x. PMID: 15291945.
- Vitale A, Sota J, Rigante D et al. Relapsing Polychondritis: an Update on Pathogenesis, Clinical Features, Diagnostic Tools, and Therapeutic Perspectives. *Curr Rheumatol Rep* 18, 3 (2016). <https://doi.org/10.1007/s11926-015-0549-5>
- Puéchal X, Terrier B, Mouthon L, Costedoat-Chalumeau N, Guillevin L, Le Jeune C. Relapsing polychondritis. *Joint Bone Spine.* 2014 Mar;81(2):118-24

### SÍNDROME DE ASIA, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Maisonave Camila, Maldonado Segatta Thais, Quevedo Eliana, De llano Carolina, Falasco Viviana, Szyrma María Elena,



Coppotelli Sergio, Barotto Gabriela, Benavidez Federico, Rodríguez Gonzalo

Tipo de Trabajo: Caso Clínico. Unidad temática: Inmunología

Institución y Servicio: H.I.G.A. Pedro Fiorito. Servicio de Clínica Médica.

Email: camilamaisonave@hotmail.com

**Introducción:** El síndrome de ASIA (síndrome autoinmune/autoinflamatorio inducido por adyuvantes) es una patología relativamente nueva, propuesta en 2011 por Shoenfeld y Agmon-Levin, mediada por una reacción inmunológica secundaria a la exposición de adyuvantes, generando síntomas como artralgias, mialgias, artritis, fiebre, síndrome Sicca, Raynaud, etc., los cuales remiten posterior al retiro del agente causal. Siliconas y otros, como aceites minerales han sido asociados con autoinmunidad.

**Caso Clínico:** Femenina de 54 años, DBT insulinoquiriente, ERC en hemodiálisis trisemanal, HTA desde hace 3 años, prótesis mamarias y material inyectado en glúteos. Ingresa por fiebre y monoartritis de muñeca derecha. Laboratorio: leucocitosis con neutrofilia, anemia NN, PCR elevada. Ex. físico: xerostomía, mamas asimétricas, duras con áreas fluctuantes, adenopatías axilares derecha, derrame pleural, lesión necrótica plantar derecha, artritis de muñeca derecha. Inició ATB de amplio espectro por sospecha de artritis séptica. Hemocultivos (-), ETE sin vegetaciones. Serologías virales (-), anti-PPC y FR (-), Ro (+); TAC Tórax: adenopatías mediastinales y axilares, imágenes pseudonodulares bilaterales en vidrio esmeril y derrame pleural bilateral. RNM de muñeca: artropatía inflamatoria. Persistió febril. Biopsia ganglionar y de sinovial muñeca constata granuloma no caseificante, tipo sarcoidótico, PAS y Grocott (-). FBC con BAL: 85% macrófagos, sin inclusión atípica, luz polarizada y estudios microbiológicos (-). Biopsia de lesión plantar progresada a pierna: vasculitis leucocitoclástica. Con sospecha de enfermedad autoinflamatoria/autoinmune por adyuvante inició corticoides y colchicina con mejoría clínica. Se solicitó HLA siendo positivo el DRB1 y DQB1.

**Discusión:** El síndrome ASIA se produce por una interacción de un adyuvante con el sistema inmune en pacientes genéticamente predispuestos. Los implantes de silicona producen niveles elevados de PCR, índices proinflamatorios y procoagulantes significativamente altos. El mecanismo gatillante podría relacionarse a una pérdida de la tolerancia inmune y activación del inflammasoma que llevan a una piroptosis. La incompatibilidad a las siliconas, síndrome Sjögren, sarcoidosis, desordenes del tejido conectivo indiferenciado, eventos adversos inmunomediados son las 5 constelaciones que rodean a los criterios ASIA, siendo los mayores, la exposición a un adyuvante, manifestaciones clínicas típicas, y la desaparición del cuadro ante la remoción del material, y los menores, enfermedades autoinmunes, HLA específicos DQB1, DRB1 y autoanticuerpos o anticuerpos contra el adyuvante. El diagnóstico es con dos criterios mayores o uno mayor y dos menores. El tratamiento se basa en la eliminación del estímulo, observándose generalmente la remisión sin necesidad de iniciar inmunomoduladores. La paciente tiene exposición a un adyuvante, sintomatología compatible con autoinmunidad que mejoraron con corticoterapia, cumple con 2 criterios mayores y 3 menores, programándose la remoción.

### Bibliografía

- Shoenfeld Y, Agmon-Levin N. 'ASIA' autoinmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants. *J Autoimmunity* 2011; 36: 4-8.
- Sfriso P, Prior R, Valesini G, et al. Adult onset Still's disease: an Italian multicentre retrospective observational study of manifestations and treatments in 245 patients. *Clin Rheumatol* 2016; 35: 1683-9.
- Genovese M. Fever, rash and arthritis in a woman with silicone gel breast implants. *West J Med* 1997; 167: 149-58. [ Links ]
- Katayama I, Umeda T, Nishioka K. Adult Still's disease like illness in a patient with silicone breast implants. *Clin Rheumatol* 1998; 17: 81-2.
- Crétel E, Richard M, Jean R, Durand M. Still's like disease, breast prosthesis, and collagen implants. *Rheumatol Int* 2001; 20: 129-31.



# CONSENSO DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR VERSIÓN RESUMIDA

SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA - ÁREA DE CONSENSOS Y NORMAS

## SEGUNDA 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

## 11. TABAQUISMO

**Coordinadora:** María Inés Soza Liprandi<sup>MTSAC</sup>

**Grupo de redacción:** Adriana Ángel<sup>MTSAC</sup>, Julieta Cassone, Marta Eugenia Braschi, Ana Karina Hurtado Márquez

Estrategias destinadas a la cesación tabáquica	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Todo personal de salud debe estar preparado para impartir un consejo breve a las personas que fuman.	I	A
– Todo el personal de salud debe realizar consejo breve para alentar la cesación tabáquica.	I	A

Intervenciones para aumentar la motivación de dejar de fumar	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Uso intensivo de la entrevista motivacional.	I	A
– Uso de líneas telefónicas con seguimiento.	I	A
– Uso de teleconsultas individuales o grupales y de programas interactivos basados en páginas web y formatos basados en mensajes de texto.	Ila	B
– Material de autoayuda asociado a otras intervenciones (presenciales, telefónicas o telemedicina).	I	B
– Intervenciones intensivas tanto de forma individual como grupal.	I	A
– Asesoramiento para la modificación del comportamiento.	Ila	B
– Asesoramiento asociado a tratamiento farmacológico.	I	A
– Mediciones biológicas y búsqueda de daño.	III	B

## Recomendaciones

Intervenciones para personas que están listas	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– En pacientes motivados, ofrecer tratamiento farmacológico o remitirlo e iniciar seguimiento.	I	A

## Recomendaciones

Recomendaciones acerca de cannabis	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Iniciar el proceso de cesación cannábica terapéutica acompañada de un equipo multidisciplinario.	I	B
– Realizar los tests de dependencia cannábica CUDIT AR (Adultos) y CAST (Adolescentes) para evaluar la intensidad del consumo.	Ila	A
– Realizar la evaluación cognitiva MoCA de los consumidores de cannabis por presentar deterioro cognitivo leve que puede influenciar las habilidades de la vida diaria y el curso del tratamiento.	Ila	A
– Realizar prácticas de buen consumo.	Ilb	B
– Es una estrategia de reducción de daño mediante la cual se motiva al paciente para el descenso de la frecuencia del consumo y las concentraciones. Es una estrategia recomendada para pacientes precontemplativos.	Ilb	B
– Realizar evaluación cardiológica para determinar la seguridad de los psicofármacos en caso de ser utilizados para el tratamiento de la cesación cannábica.	Ila	A
– No se recomienda el uso de vapeador, debido al grave daño respiratorio.	III	B

## 12. INFLAMACIÓN COMO FACTOR DE RIESGO VASCULAR

**Coordinador:** Melina Huerin<sup>MTSAC</sup>

**Grupo de redacción:** Mariela Boccadoro, Ricardo Geronazzo<sup>MTSAC</sup>, Juan Carlos Kaski, Alberto Lorenzatti, Ignacio Seropian, Enrique Soriano, Pablo Werba

### RECOMENDACIONES DE MANEJO DE INFLAMACIÓN COMO FACTOR DE RIESGO VASCULAR

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Podría considerarse la medición de PCRus en pacientes de prevención primaria con riesgo intermedio, en quienes los valores $\geq 2$ mg/dL podrían beneficiarse de la iniciación de estatinas.	Ilb	B
– Podría considerarse la medición de PCRus en pacientes de prevención secundaria, en quienes se esté considerando iniciar tratamiento específico antiinflamatorio basado en este resultado.	Ilb	B
– En caso de resultados de PCRus $>10$ mg/L se recomienda repetir la muestra a las 2 a 3 semanas.	Ila	B
– La medición sistemática de PCRus para estimación del riesgo cardiovascular en individuos de prevención primaria no está indicada.	III	C

## 13. ANTIAGREGACIÓN PLAQUETARIA Y ANTICOAGULACIÓN EN PREVENCIÓN PRIMARIA

**Coordinador:** Juan Pablo Costabel<sup>MTSAC</sup>

**Grupo de redacción:** Alan Sigal, Gastón Procopio, Rodrigo Ocampos

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– No se recomienda el uso rutinario de aspirina en prevención primaria.	III	A
– En pacientes de entre 40-70 años de alto riesgo isquémico, con bajo riesgo hemorrágico, podría considerarse el uso de aspirina.	Ilb	A
– En los individuos con las características citadas en el punto anterior podría considerarse la búsqueda de ateromatosis subclínica para la selección de pacientes.	Ilb	C
– En pacientes que requieren anticoagulación por otras patologías no se recomienda el uso concomitante de aspirina en prevención primaria.	III	A
– No se recomienda el uso de aspirina en prevención primaria en pacientes con alto riesgo hemorrágico.	III	A
– En prevención primaria no se recomienda el uso de anticoagulación en ninguna dosis ni forma.	III	C
– No se recomienda el uso de clopidogrel en prevención primaria.	III	B

## 14. INMUNIZACIONES EN PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

**Coordinador:** Sebastián García-Zamora

**Grupo de redacción:** José M. Picco, María Gabriela Matta<sup>MTSAC</sup>, Ricardo Villarreal<sup>MTSAC</sup>, Ricardo León de la Fuente, Juan José Herrera-Paz

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
– Vacunar <b>anualmente</b> contra gripe ( <b>influenza</b> ) a toda persona <b>mayor de 65 años</b> , independientemente de los factores de riesgo (FR) que padezca.	I	A
– Vacunar <b>anualmente</b> contra gripe ( <b>influenza</b> ) a todo el <b>personal de salud</b> , independientemente de los factores de riesgo (FR) que padezca.	I	B
– Vacunar contra <b>neumococo</b> a toda persona <b>mayor de 65 años</b> independientemente de los FR que padezca	I	B
– Vacunar contra <b>neumococo e influenza</b> (anualmente) a <b>menores de 65 años con</b> al menos un <b>FR</b> de: ICC, SCA dentro de los 5 años previos, diabetes, IRC, EPOC o asma, entre otros.*	I	B
– Vacunar contra <b>neumococo e influenza</b> (anualmente) a <b>menores de 65 años con</b> al menos un FR de: cardiopatías congénitas del adulto (complejas o sin corregir), valvulopatías graves sintomáticas, reemplazo valvular o hipertensión pulmonar grave.	I	C
– Vacunar contra <b>neumococo e influenza</b> (anualmente) a todo individuo <b>trasplantado cardíaco</b> . El esquema de vacuna antineumocócica en estos pacientes incluye un <b>refuerzo adicional de VPN23</b> luego de, al menos, 8 semanas de la dosis inicial de VCN13, y posteriormente continuar con el esquema habitual.	I	C
– En personas anticoaguladas con AVK se recomienda revisar el estado de anticoagulación antes de la administración de cualquier vacuna.	I	C
– En personas anticoaguladas (AVK o AOD) que deben recibir <b>vacuna antigripal</b> se recomienda emplear la <b>vía intramuscular en la región deltoidea</b> , y realizar hemostasia local (aproximadamente 2 minutos).	I	B
– En personas anticoaguladas (AVK o AOD) que deben recibir <b>otras vacunas</b> (incluyendo <b>dT</b> ) se recomienda individualizar la vía de administración de acuerdo con el tamaño de la aguja y la experiencia del operador, haciendo especial énfasis en realizar adecuada hemostasia local (aproximadamente 2 minutos).	I	C
– Vacunar contra neumococo y contra influenza (anualmente) a <b>menores de 65 años</b> con al menos un FR: SCA de más de 5 años revascularizado, o valvulopatías graves asintomáticas, sin disfunción ventricular.	I	B
– Vacunar contra neumococo a sujetos tabaquistas activos de al menos 15 paquetes/año o ex-tabaquistas (mínimo 10 paquetes/año y abandonaron hace < 10 años).	I	B
– En personas anticoaguladas (AVK o AOD) que deben recibir <b>vacuna antineumocócica</b> se sugiere emplear la <b>vía intramuscular en la región deltoidea</b> , a excepción de que el operador se encuentre más entrenado en la vía subcutánea, y realizar hemostasia local (aproximadamente 2 minutos).	I	C
– En personas <b>anticoaguladas con AOD se deberá individualizar el manejo de acuerdo con su riesgo embólico y de sangrado, para decidir</b> si continuar el tratamiento o diferir/discontinuar algunas dosis para la administración de las vacunas.	I	C
– Vacunar contra neumococo e influenza (anualmente) a <b>menores de 65 años con</b> al menos un <b>FR</b> : angina crónica estable sin revascularización, valvulopatías moderadas asintomáticas sin disfunción ventricular, cardiopatías congénitas del adulto simples, corregidas y sin alteraciones estructurales residuales.	I <b>b</b>	C

FR: factores de riesgo; ICC: insuficiencia cardíaca congestiva; SCA: síndrome coronario agudo; IRC: insuficiencia renal crónica; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; VCN13: vacuna conjugada 13; VPN23: vacuna polisacárida 23; dT: doble adultos; AVK: antagonistas de la vitamina K; AOD: anticoagulantes orales directos.

\*Existen más comorbilidades pero, a los fines prácticos del presente consenso, se resaltan las más frecuentes en pacientes con cardiopatías.

### 15. ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Coordinación: Laura Brandani<sup>MTSAC</sup>

Grupo de redacción: Rubén Mayer, Martín Schitter

Recomendación	Clase de recomendación	Nivel de evidencia
- La medición de la adherencia debe realizarse en cada consulta médica.	I	C
- La prueba de Morisky-Green de 4 preguntas puede utilizarse para la medición clínica de la adherencia.	Ila	B
- Ante la evidencia de falta de adherencia en el paciente, considerar la identificación de factores influyentes y barreras a la adherencia, para presentar propuestas individualizadas para cada paciente.	I	C

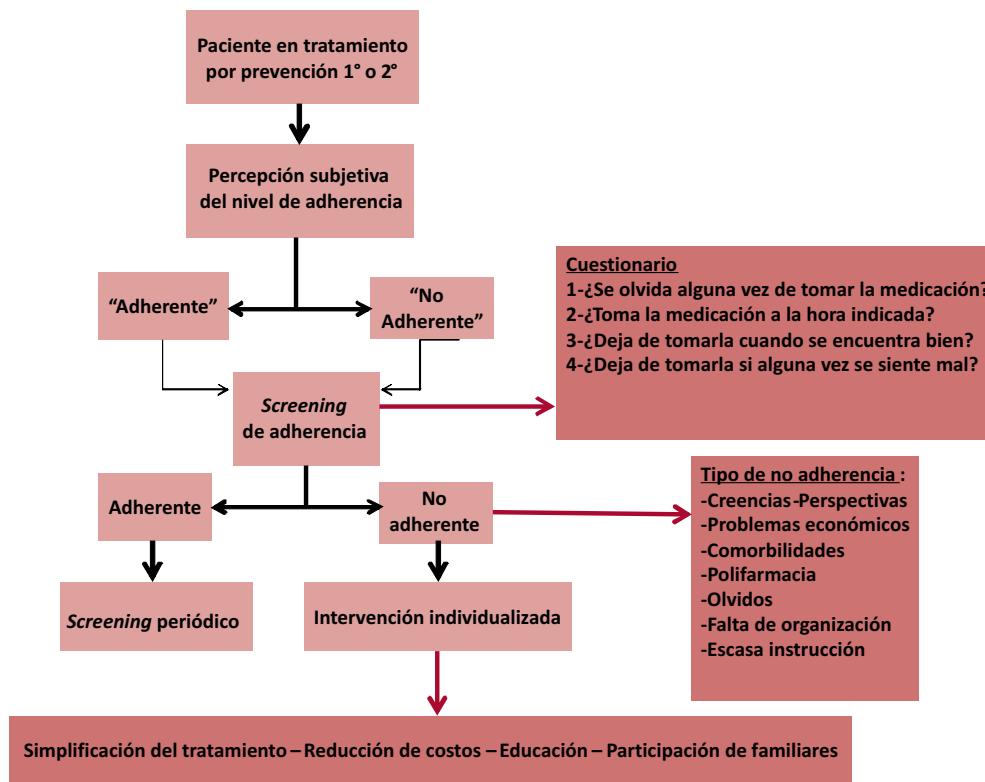


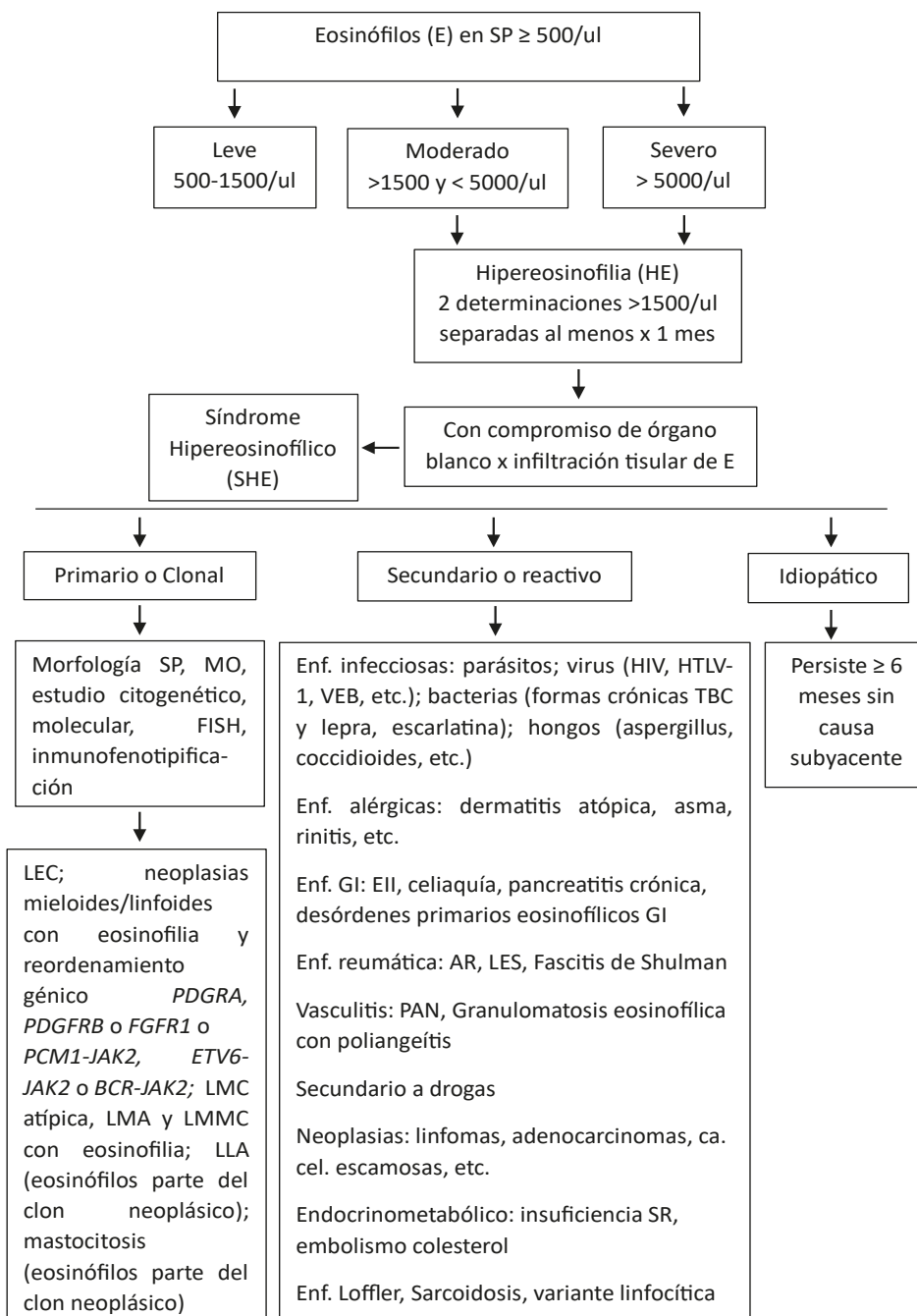
Fig. 1. Algoritmo para la evaluación y tratamiento de la no adherencia terapéutica.

# ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

FICHA Nº 4

Dra. Silvia I. Falasco

## ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE LA EOSINOFILIA (EO)



**AR:** artritis reumatoidea; **ca:** carcinoma; **cel:** célula; **E:** eosinófilos; **EII:** enfermedad inflamatoria intestinal; **Enf:** enfermedad; **GI:** gastrointestinal; **HIV:** virus inmunodeficiencia humana; **HTLV:** virus linfotrópico de células T Humanas; **LEC:** leucemia eosinofílica crónica; **LES:** lupus eritematoso sistémico; **LLA:** leucemia linfoblástica aguda; **LMA:** leucemia mieloide aguda; **LMC:** leucemia mieloide crónica; **LMMC:** leucemia mielomonocítica crónica; **MO:** médula ósea; **PAN:** panarteritis nodosa; **SP:** sangre periférica; **SR:** suprarrenal; **TBC:** tuberculosis; **VEB:** virus Epstein Barr



## ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE LA EOSINOFILIA (EO)

Los E tienen una vida media de 8 a 18 horas, tienen en su interior gránulos primarios, específicos y cuerpos lipídicos. Son 100 veces más abundantes en los tejidos que en sangre periférica donde la cifra es hasta un 40% más elevada por la noche. No hay evidencia que permita asegurar que el grado de Eo se relacione con la gravedad de la enfermedad. La HE puede ser transitoria, episódica o persistente. En el SHE la infiltración tisular de E con liberación de mediadores causa lesión en diferentes órganos (manifestaciones dermatológicas, pulmonares, gastrointestinales, cardíacas, neurológicas). La Eo secundaria a fármacos varía desde una entidad benigna, asintomática hasta el cuadro clínico de infiltración tisular sistémica potencialmente mortal. El síndrome de DRESS se presenta 3 a 6 semanas posterior a la introducción de un fármaco y se caracteriza por una tríada: erupción cutánea, fiebre y afectación de órganos internos (pulmón, hígado, riñón, ganglio linfático, neurológico o corazón) con HE. Entre alguno de los fármacos que pueden asociarse a Eo está la penicilina, cefalosporinas, quinolonas, macrólidos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonistas del receptor de la angiotensina II, antidepresivos, anticomiciales, AINEs, inhibidores de la bomba de protones, alopurinol, carbamazepina. En la variante linfocítica (L-HES) causada por una expansión clonal de células linfoides T o fenotípicamente aberrantes en sangre periférica la Eo es reactiva o secundaria.

El diagnóstico se basa en una profunda anamnesis con historial de viajes y fármacos que se hayan consumido y un exhaustivo examen físico. Inicialmente realizar hemograma completo, frotis de sangre periférica, eritrosedimentación y/o PCR, lactato deshidrogenasa, función renal, hepática, ósea, vitamina B12 (se eleva en trastorno mielóide). En pacientes con Eo leve o moderada asintomáticos puede que con estos estudios sea suficiente. En aquellos con Eo moderada y manifestaciones sistémicas descartar causas secundarias. Frente a la sospecha de una etiología alérgica solicitar Ig E, pruebas cutáneas para alergias específicas. Si se sospecha enfermedad del tejido conectivo Anticuerpos antinucleares (ANA), anti-ADN bicatenario (dsDNA), Anticuerpos contra el péptido citrulinado cíclico (CCP). Sospecha de vasculitis Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), serología para virus de la hepatitis B (VHB), virus de la hepatitis C (VHC), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), citomegalovirus (CMV) y parvovirus B19.

Microscopía de heces frescas para detectar óvulos, quistes y parásitos, pruebas serológicas para detectar infecciones parasitarias con sospecha de estrongiloidiasis, esquistosomiasis, filariasis. Sin causa clara descartar neoplasia hematológica con eosinofilia clonal. Solicitar triptasa sérica si el diagnóstico diferencial incluye leucemia eosinofílica crónica o mastocitosis sistémica.

Para evaluar el daño tisular solicitar Rx. tórax, TC de tórax, electrocardiograma, ecocardiograma, troponina T, RNM cardíaca, estudio funcional respiratorio cuando estén indicados. Tener en cuenta que un evento tromboembólico puede ser una posible manifestación de daño tisular asociado a eosinófilos.

### Bibliografía

1. Fei Li Kuang. Eosinofilia. Med Clin N Am 2020; 104 -114.
2. Butt NM, Lambert J, Ali S, Beer FA, Cross NCP, Duncombe A et al. Guideline for the investigation and management of eosinophilia. BJH 2017; 176 (4): 553-572.
3. López Juana JA, Jiménez Cremersb MD, Companya PL, Suárez Carantoñac C, Gómez del Olmoc V. Eosinofilia y fármacos. MED GEN FAM 2021; 10(6): 292-296.
4. Daiva M Mattis, Sa A Wang, Chuanyi M Lu. Contemporary Classification and Diagnostic Evaluation of Hypereosinophilia: An ACLPS Critical Review, American Journal of Clinical Pathology, Volume 154, Issue 3, September 2020: 305-318, <https://doi.org/10.1093/ajcp/aqaa056>

# 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° 4 VOLUMEN 19 SERÁ EL 30/03/2024.

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

EN QUÉ GRUPO DE POBLACIÓN ES LA HTA MÁS FRECUENTE

- A  Mujeres en todo el grupo etario
- B  Mujeres jóvenes y en varones adultos
- C  Varones jóvenes y en mujeres adultas

02

CON QUÉ CONCEPTO UD. ACUERDA EN RELACIÓN CON EL TTO. DE HTA EN DIABÉTICOS

- A  Utilizar monoterapia a dosis suficientes para controlar la TA
- B  La terapia combinada logra resultados mejores
- C  Diurético en baja dosis como monodroga es una alternativa eficaz

03

EL USO DE COMBINACIÓN DE ANTIHIPERTENSIVOS EN UN SOLO FÁRMACO

- A  No es costo efectivo
- B  Mejora la adherencia
- C  La iniciativa HEARTS encontró mayor riesgo de efectos secundarios

04

LA ESTRATEGIA "SINGLE PILL COMBINATION" SE APLICÓ

- A  En países con economías emergentes
- B  En países desarrollados
- C  En países con alta incidencia de HTA

05

EL PROYECTO DE LA PÍLDORA COMBINADA EN HTA BUSCA

- A  Mejorar la adherencia
- B  Reducir los eventos adversos
- C  A y B

06

SEÑALE LA OPCIÓN CORRECTA SOBRE NEUTROPE- NIA FEBRIL

- A  Neutrófilos < 500/ul y fiebre aislada > 37.3 °C
- B  Neutrófilos < 1500/ul y fiebre aislada > 38.3 °C
- C  Neutrófilos < 500/ul y fiebre aislada > 38.3 °C

07

LA VIRUELA SÍMICA

- A  Es una zoonosis viral causada por un virus del género Orthopoxvirus
- B  Presenta fiebre, exantema, linfadenopatías indoloras
- C  A y B

08

LA FIBROSIS RETROPERITONEAL ASOCIADA A Ig G4

- A  Es más frecuente en mujeres
- B  Tiene mala respuesta a los glucocorticoides
- C  Es de evolución subaguda

09

LA POLICONDritis RECIDIVANTE

- A  Es una afección de origen autoinmune
- B  Es recurrente, hay inflamación crónica y multisistémica del tejido cartilaginoso
- C  A y B

10

SEÑALE LA OPCIÓN FALSA SOBRE SÍNDROME DE ASIA

- A  Es una enfermedad infecciosa secundaria a la exposición a adyuvantes
- B  El HLA específico es DQB1 y DRB1
- C  El cuadro clínico desaparece con la remoción del adyuvante

11	ANTE UN PACIENTE FUMADOR QUE DESEA DEJAR DE FUMAR:	<p>A <input type="checkbox"/> Recomendar el uso de vapeador y tratamiento farmacológico</p> <p>B <input type="checkbox"/> Ofrecer tratamiento farmacológico</p> <p>C <input type="checkbox"/> Ofrecer consejo breve para motivarlo a cesar tabaquismo</p>
12	LA EVALUACIÓN MoCA ES	<p>A <input type="checkbox"/> Un score que evalúa el grado de adherencia al tratamiento de cesación tabáquica/cannábica</p> <p>B <input type="checkbox"/> Un score de riesgo cardiovascular para evaluar al consumidor de cannabis</p> <p>C <input type="checkbox"/> Una evaluación cognitiva para detectar deterioro cognitivo en consumidores de cannabis</p>
13	EL USO DE VAPEADOR EN CESACIÓN TABÁQUICA/CANNÁBICA PRESENTA UNA RECOMENDACIÓN DE CLASE	<p>A <input type="checkbox"/> Clase IIb</p> <p>B <input type="checkbox"/> Clase IIa</p> <p>C <input type="checkbox"/> NO está recomendado</p>
14	LA PRUEBA DE MORISKY-GREEN	<p>A <input type="checkbox"/> Es un cuestionario para evaluar el grado de dependencia al cannabis</p> <p>B <input type="checkbox"/> Se recomienda utilizarla en toda consulta para evaluar el grado de motivación</p> <p>C <input type="checkbox"/> Es un cuestionario para evaluar adherencia del paciente a un determinado tratamiento farmacológico</p>
15	¿QUÉ ESQUEMA VACUNATORIO RECOMENDARÍA A UN PACIENTE DE 60 AÑOS CON ANTECEDENTE DE IAM HACE 4 AÑOS, EX TABAQUISTA HACE 4 AÑOS (5 PAQUETES/AÑO)?	<p>A <input type="checkbox"/> Vacuna contra neumococo e influenza anualmente</p> <p>B <input type="checkbox"/> Vacuna contra influenza anualmente</p> <p>C <input type="checkbox"/> Vacuna contra neumococo por única vez</p>
16	¿QUÉ FR SON CONSIDERADOS CON MAYOR FUERZA (CLASE I) PARA RECOMENDAR VACUNACIÓN ANTIGRI PAL?	<p>A <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva</p> <p>B <input type="checkbox"/> SCA de más de 5 años revascularizado</p> <p>C <input type="checkbox"/> A y B</p>
17	¿QUÉ ESQUEMA VACUNATORIO RECOMENDARÍA A UN PACIENTE DE 69 AÑOS, NO TABAQUISTA, CON ANTECEDENTE DE ANGINA CRÓNICA ESTABLE SIN REVASCULARIZACIÓN?	<p>A <input type="checkbox"/> Antigripal anualmente</p> <p>B <input type="checkbox"/> Antigripal y antineumocócica anualmente</p> <p>C <input type="checkbox"/> Ninguna es correcta</p>
18	EN PACIENTES ANTICOAGULADOS SE RECOMIENDA	<p>A <input type="checkbox"/> Evaluar estado de anticoagulación antes de administrar vacunas</p> <p>B <input type="checkbox"/> Se prefiere la vía subcutánea a la intramuscular</p> <p>C <input type="checkbox"/> Suspender anticoagulación antes de administrar vacunas</p>
19	COMO PREVENCIÓN CV MEDIR PCRUS	<p>A <input type="checkbox"/> Siempre como prevención primaria</p> <p>B <input type="checkbox"/> En prevención secundaria para iniciar tto. farmacológico</p> <p>C <input type="checkbox"/> Si el valor es de 1 mg/dl repetir a las 2 semanas</p>
20	ES CIERTO SOBRE ANTIAGREGACIÓN PLAQUETARIA EN PREVENCIÓN PRIMARIA	<p>A <input type="checkbox"/> No se recomienda el uso rutinario</p> <p>B <input type="checkbox"/> Recomendar su uso en mayores de 50 años</p> <p>C <input type="checkbox"/> Asociar con clopidogrel</p>

21

UN RECUENTO DE EOSINÓFILOS DE 1200/UL CORRESPONDE A UNA EOSINOFILIA

- A  Leve
- B  Moderada
- C  Severa

22

DEFINE EL TÉRMINO "HIPEREOSINOFILIA"

- A  Una determinación de E mayor a 5000/ul
- B  2 determinaciones  $>1500/ul$  separadas al menos x 1 mes
- C  El compromiso de órgano blanco x infiltración tisular de E

23

SEÑALE LA AFIRMACIÓN CORRECTA SOBRE EOSINOFILIA

- A  Puede ser transitoria, episódica o persistente
- B  Los E predominan en SP con respecto a los tejidos
- C  El valor más elevado de E es por la mañana

24

EL SÍNDROME DE DRESS

- A  Se presenta 48 hs posterior a la administración de un fármaco
- B  Es una afección de evolución benigna
- C  Se caracteriza por erupción cutánea, fiebre y afectación de órganos internos

25

UNA EOSINOFILIA SE CLASIFICA COMO IDIOPÁTICA

- A  Cuando persiste  $\geq 6$  meses sin causa subyacente
- B  Cuando persiste  $\geq 6$  semanas sin causa subyacente
- C  Cuando persiste  $\leq 6$  meses sin causa subyacente

26

SEÑALE V O F EN LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES

- A  Los anticomiciales pueden dar eosinofilia
- B  E entre 1500 y 5000 corresponden a una eosinofilia moderada
- C  Los eosinófilos tienen una vida media de 8 a 18 horas

27

NO ES CAUSA DE EOSINOFILIA SECUNDARIA

- A  Linfomas
- B  LEC
- C  Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis

28

LA VARIANTE LINFOCÍTICA DE HE

- A  La E es reactiva
- B  Está causada por una expansión clonal de linfocitos T o fenotípicamente aberrantes en SP
- C  A y B

29

EN UN PACIENTE CON SHE CON SOSPECHA DE FIBROSIS ENDOMIOCÁRDICA SOLICITARÍA (SEÑALE EL ESTUDIO MÁS SENSIBLE)

- A  RNM cardíaca
- B  ECG
- C  Ecocardiograma Doppler

30

SEÑALE LA OPCIÓN FALSA

- A  El grado de eosinofilia se relaciona con la gravedad de la enfermedad
- B  AR, LES, Fascitis de Shulman pueden ocasionar una E reactiva
- C  Solicitar microscopía de heces frescas para detectar óvulos, quistes y parásitos



	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 2024



SOCIEDAD  
DE MEDICINA INTERNA  
DE BUENOS AIRES

\_\_\_\_\_ FIRMA



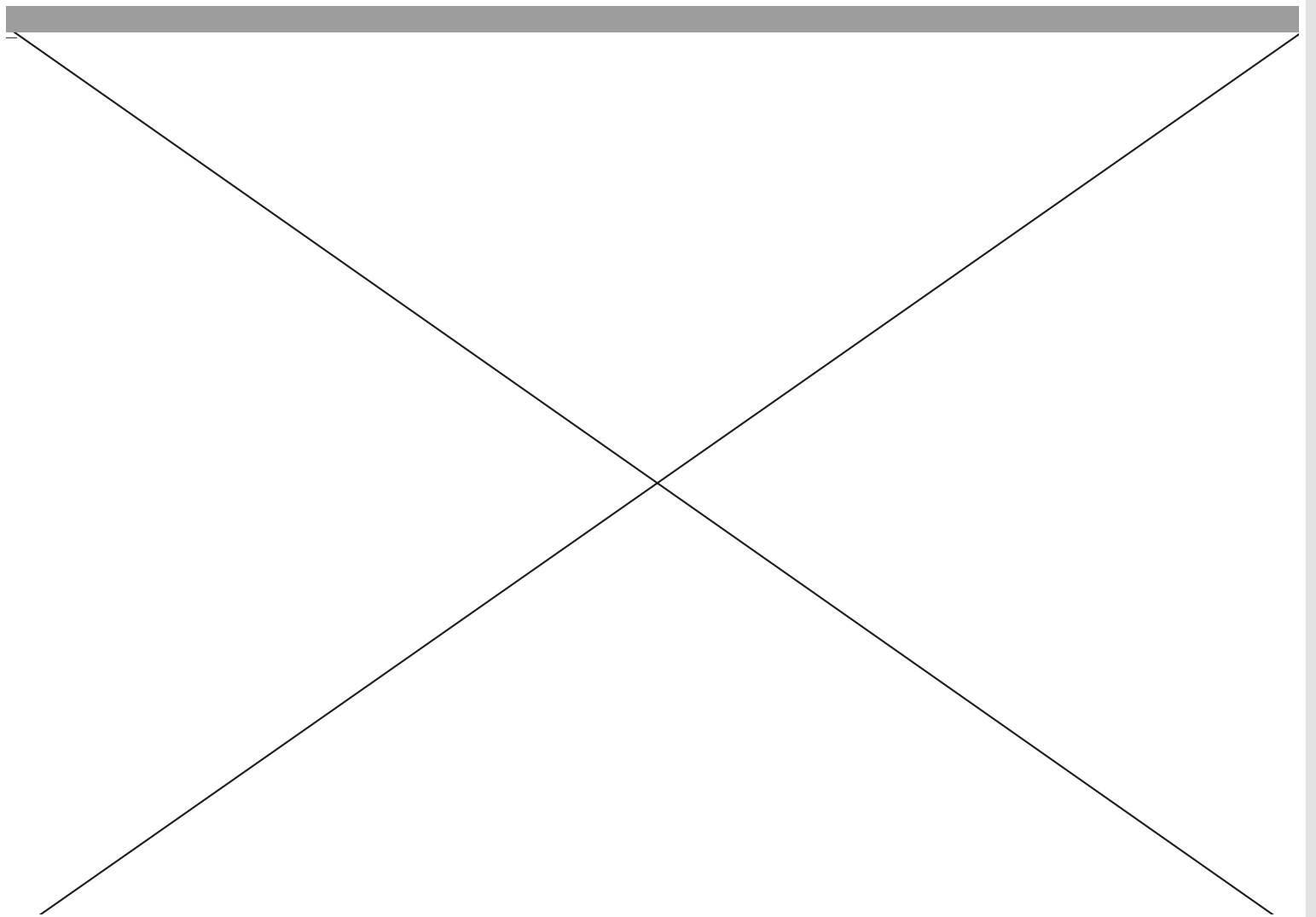
**RESPUESTAS POSTALES PAGADAS**

**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 REVISITA DE MEDICINA INTERNA"

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

3. EL TRABAJO DEBE SER INÉDITO, ESCRITO EN CASTELLANO, COMO DOCUMENTO DE WORD, A DOBLE ESPACIO, EN HOJAS TAMAÑO CARTA O A4, CON MÁRGENES DE AL MENOS 2.5 CM. TODAS LAS HOJAS SE NUMERARÁN EN EL ÁNGULO SUPERIOR DERECHO. FUENTE ARIAL 10.

4. LA EXTENSIÓN DE LOS TRABAJOS DEBERÁ AJUSTARSE A:

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

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

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

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

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

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

A) PÁGINA DEL TÍTULO

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

⊙ APELLIDO Y NOMBRE DE LOS AUTORES.

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

⊙ NOMBRE Y DIRECCIÓN ELECTRÓNICA DEL AUTOR CON QUIEN ESTABLECER CORRESPONDENCIA.

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

B) RESUMEN

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

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

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

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

⊙ INTRODUCCIÓN:

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

⊙ MATERIAL Y MÉTODO:

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

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

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

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

⊙ RESULTADOS:

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

⊙ DISCUSIÓN:

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

# SMI

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

## Ⓞ AGRADECIMIENTOS:

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

## Ⓞ FINANCIAMIENTO:

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

## Ⓞ CONFLICTO DE INTERÉS:

DEBERÁN LOS AUTORES DECLARAR SI TIENEN O NO ALGÚN CONFLICTO DE INTERÉS

## D) BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

A CONTINUACIÓN EL TÍTULO COMPLETO DEL ARTÍCULO.

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

EN LIBROS: APELLIDO E INICIAL DEL NOMBRE DEL O LOS AUTORES. TÍTULO DEL LIBRO. EDICIÓN. CIUDAD Y PAÍS: CASA EDITORA; AÑO DE PUBLICACIÓN. SI ES CAPÍTULO DE UN LIBRO: AUTORES. TÍTULO DEL CAPÍTULO.

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

LOS AUTORES SON RESPONSABLES DE LA EXACTITUD DE SUS REFERENCIAS.

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

SOBRE CADA COLUMNA COLOQUE UN ENCABEZAMIENTO CORTO O ABREVIADO. 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, AGRÉGUENLAS AL PIE DE LA TABLA. USE NOTAS ACLARATORIAS PARA TODAS LAS ABREVIATURAS NO ESTÁNDAR. CITE CADA TABLA EN SU ORDEN CONSECUTIVO DE MENCIÓN EN EL TEXTO DE TRABAJO.

FIGURAS: DENOMINE “FIGURA” A CUALQUIER ILUSTRACIÓN QUE NO SEA TABLA (EJS: GRÁFICOS, RADIOGRAFÍAS, ELECTROCARDIOGRAMAS, ECOGRAFÍAS, ETC.). PARA LOS GRÁFICOS EMPLEAR UN PROGRAMA INFORMÁTICO ADECUADO. EN LAS FOTOGRAFÍAS LAS LETRAS, NÚMEROS, FLECHAS O SÍMBOLOS DEBEN VERSE CLAROS Y NÍTIDOS Y DEBEN TENER UN TAMAÑO SUFICIENTE COMO PARA SEGUIR SIENDO LEGIBLES CUANDO LA FIGURA SE REDUZCA DE TAMAÑO EN LA PUBLICACIÓN.

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

SI UNA FIGURA REPRODUCE MATERIAL YA PUBLICADO, INDIQUE SU FUENTE DE ORIGEN Y OBTENGA PERMISO ESCRITO DEL AUTOR Y DEL EDITOR ORIGINAL PARA REPRODUCIRLA EN SU TRABAJO. LAS FOTOGRAFÍAS DE PACIENTES DEBEN CUBRIR PARTE(S) DEL ROSTRO PARA PROTEGER SU ANONIMATO. A MENOS QUE SEA ESENCIAL PARA LOS PROPÓSITOS CIENTÍFICOS EN CUYO CASO SE ADJUNTARÁ CONSENTIMIENTO INFOR-

MADO DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR PARA SU PUBLICACIÓN.

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

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

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

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

TRANSMISIÓN DE LOS DERECHOS DE AUTOR SE INCLUIRÁ CON EL MANUSCRITO UNA CARTA FIRMADA POR TODOS LOS AUTORES, CONTENIENDO EL SIGUIENTE PÁRRAFO. “EI/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 TENDRÁ VALIDEZ EN EL CASO DE QUE EL TRABAJO FUERA PUBLICADO POR LA REVISTA. NO SE PODRÁ REPRODUCIR NINGÚN MATERIAL PUBLICADO EN LA REVISTA SIN AUTORIZACIÓN

**Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires**

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

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

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



## Talleres DE MEDICINA INTERNA 2023

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

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

13/4: Hidratación Parenteral. Dr. Martín Deheza

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

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

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

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

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

18/5: Asma. Dr. Sebastián Lamari

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

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

Dr. Federico Bottaro

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

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

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

31/8 Hipertensión pulmonar. Dr. Nicolás Atamaniuk

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

7/9: Cefaleas

14/9: Demencias

21/9: ACV

28/9: Enfermedad de Parkinson

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

2/11: Congreso SMIBA

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

16/11: Concepto de partícula aterogénica.

LDL-C, LDL-P, Colesterol no-HDL, ApoB.

Lp(a). Riesgo Residual. Casos clínicos. Prof.

Dr. Samuel Cordova Roca (Bolivia)

23 /11: Efectos de los componentes

nutricionales sobre el perfil

lipídicolipoproteico y el riesgo

cardiovascular. Inflamación crónica,

Adipocitoquinas y otros biomarcadores.

Metaloproteinasas. Mecanismo de acción

de los macronutrientes en relación a las

dislipemias: hidratos de carbono, proteínas animales y vegetales, grasas y aceites.

Superalimentos y suplementos dietarios:

¿Son útiles? Casos clínicos Prof. Dr. Lucio

Criado (Argentina)

30/11: Estrategias y actualizaciones en el

tratamiento de las hipercolesterolemias.

Prof. Dr. Ivan Darío Sierra (Colombia)





## ► ESCUELA ARGENTINA DE MEDICINA INTERNA

### ► Curso Bial 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 primitivas y metastásicas de los tumores gonadales

**18:00 a 20:00 hs.** Módulo de Endocrinología. Dr. Oscar Levalle Enfermedades de las glándulas suprarrenales. Síndromes cushingoides y Enfermedad de Addison.

Manejo clínico de las hiponatremias

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

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

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

El ovario poliquístico y el síndrome metabólico. La menopausia y la andropausia. A quién ofrecer terapia hormonal sustitutiva  
Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación de los contenidos del día

#### NOVIEMBRE

**7/11: 17:00 a 18:00 hs.** Examen del Módulo de Endocrinología. Análisis al finalizar el examen  
Casos clínicos introductorios al Módulo de Neumonología. Dr. Jorge Mercado

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

Asma bronquial y EPOC. Conductas diferenciadas  
Casos clínicos interactivos. Aprovechamiento y evaluación diaria de los contenidos del día

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**20:00 hs.** Examen del Módulo de Neumonología

#### DICIEMBRE

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

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

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



## Formación Docente

### Curso de Formación Docente. Herramientas para mejorar la calidad 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)

## ► Premio Anual “SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE BUENOS AIRES” Creado el 14 de marzo de 1947

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

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

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

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

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

## CURSOS ON LINE

### Curso Online de Emergencias Clínicas 2023

Coordinadores

Dr. Daniel N. Romano / Dr. Daniel Carnelli

Objetivo

- Actualizar el conocimiento de la patología clínica de emergencias y brindarle al médico internista una herramienta de suma utilidad que le permita poder atender a este tipo de patologías.

Marco Contextual

- Es por todos conocida la creciente demanda que las urgencias médicas están sufriendo en los últimos años. Dicho aumento conlleva una creciente conflictividad social, que sitúa a los servicios de urgencias tanto hospitalarios como extrahospitalarios en el punto de mira de la sociedad, solicitándose una mejora en este tipo de asistencial. Es por este motivo que consideramos que el médico internista debe actualizar constantemente los conocimientos de este grupo de patologías para poder brindar una atención de calidad en emergencias a nuestra población.

Dirigido

- A médicos clínicos en todas las etapas de formación y especialidades afines.

Metodología

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

Evaluación al final de cada módulo

- Otorga 10 puntos para la recertificación por cada módulo aprobado.

Carga Horaria: 200 horas

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

Socios de SMIBA al día: SIN CARGO

No socios de SMIBA: \$9000

Extranjeros: Consultar por Mail

### Curso Online Patología Ambulatoria del Adulto Mayor 2023

Coordinadores

Dr. Daniel N. Romano / Dr. Daniel Carnelli

Objetivo

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

Marco Contextual

- En la segunda mitad del siglo XX la esperanza de vida al nacer aumentó considerablemente y llegó a los 66 años, en nuestro país estos valores siguieron aumentando llegando al año 2011 a 75,8 años y se prevé que siga aumentando hacia el año 2050 por lo menos un 10% más. Obviamente este cambio es consecuencia del progreso tecnológico, el mayor conocimiento científico y de la mejoría de los sistemas de salud.

- Este aumento de la expectativa de vida hace que en la actualidad la población mayor de 60 años se encuentre en constante crecimiento y se espera que para el año 2050 alcance los 2000 millones de personas. Este cambio demográfico provoca sin dudas un impacto de relevancia en el ámbito sanitario, de hecho los adultos mayores tienen más enfermedades crónicas, consultan con mayor frecuencia y presentan características propias del envejecimiento que no precisamente serán consideradas patológicas.

Dirigido

- A médicos clínicos en todas las etapas de formación y especialidades afines.

Metodología

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

Evaluación al final de cada módulo

- Otorga 10 puntos para la recertificación por cada módulo aprobado.

Carga Horaria: 200 horas

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

Socios de SMIBA al día: SIN CARGO

No socios de SMIBA: \$9000

Extranjeros: Consultar por Mail



**REVISTA DE MEDICINA INTERNA**  
**TRABAJOS PUBLICADOS EN EL VOLUMEN 19, 2023**

Nº1

**EDITORIAL**

El internado anual rotatorio (IAR) en la República Argentina  
*Dr. Carlos R. Troddler*

**TRABAJO DE REVISIÓN**

Enfermedad de Parkinson. Consideraciones Terapéuticas  
*Sacristán Horacio E, Serra Fulles Julieta Alejandra*

**CASO CLÍNICO**

Injuria anóxica cerebral como presentación inicial de la intoxicación por monóxido de carbono. Revisión de la literatura a propósito de un Caso  
*Pérez Hornos G, Rivero González S, Gaye Saavedra A*

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Vigilancia epidemiológica: Control de Covid-19 y otras infecciones respiratorias agudas en el Hospital Muñiz  
*Sánchez Doncell Javier, Sotelo Carina A, Tucciarelli Luciana A, Francos José L, González Montaner Pablo*

**ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS**

Algoritmo diagnóstico del virus Chikungunya  
*Dra. Falasco Silvia I.*

Nº2

**EDITORIAL**

¿Cómo estamos envejeciendo en Latinoamérica y en el Caribe?  
*Dr. Eduardo Penny Montenegro*

**TRABAJO DE REVISIÓN**

El paciente con disnea  
*Ludueña María Guillermina, Pisarevsky Ana Andrea, Lasala Fernando*

**CASO CLÍNICO**

Neoplasia intraepitelial vulvar (VIN). A propósito de un caso  
*Duran-Flores Dayana E, Bruges Oriana A, Pinoagote Dalli, Segui Sofía, Ferroni Rosana, Iglesias Carlos, Nicolini Luciano*

Recidiva local de carcinoma escamoso de ano. A propósito de un caso  
*Dres. Galante Becerra Antonella, Gatti Sebastián, Doso María de los Angeles*

**ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS**

Algoritmo diagnóstico del Dengue  
*Dra. Falasco Silvia I.*

Nº3

**EDITORIAL**

Salud pública y privada en deuda  
*Dr. Jorge H. Giannattasio*

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Alteraciones visuales en pacientes obesos con hipertensión intracraneana idiopática  
*Trujillo Beltrán Yilian, Guevara Rodríguez Marbelys, Bosch Rodríguez Bettsy Bell*

**CASO CLÍNICO**

Hematoma subcapsular hepático post colangiografía retrógrada endoscópica (CRE)  
*Corpaci Agostina, Rodríguez Albornoz Agustina Florencia, Sisti Juan Ignacio, García López de Murnain Fernanda, Churrurrin Daza A. Gonzalo*

**CONSENSO**

Consenso de prevención cardiovascular versión resumida Sociedad Argentina de Cardiología - Área de consensos y normas. Primera parte

**ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS**

Algoritmo terapéutico del Dengue  
*Dra. Falasco Silvia I.*

Nº 4

**EDITORIAL**

Medicina en implosión  
*Dr. Jorge Mercado*

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Control de la Hipertensión arterial en pacientes provenientes de 4 ciudades de Colombia; Estudio CHACO  
*Gómez-Ortiz Armando, Dayan Edgar Nessim, Romero-Beltrán Gloria Inés, Cerón-Benavides Juan Alberto, Vallejos-Narváez Álvaro, Castro-Osman Gloria Esperanza, Guerra-Rodríguez Nelson*

**CONGRESO**

**ACUERDO SOBREPESO-OBESIDAD.**

**ACUERDO DE TIGRE**

II Congreso Internacional de Medicina Interna Clínica Médica - SMIBA 30 - 31 de octubre y 1 de Noviembre 2023

Trabajos Científicos premiados

**CONSENSO**

Consenso de prevención cardiovascular versión resumida Sociedad Argentina de Cardiología - Área de consensos y normas. Segunda parte

**ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS**

Algoritmo diagnóstico de la Eosinofilia (Eo)  
*Dra. Falasco Silvia I.*