



Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires

PRESIDENTE: DR. DANIEL NORBERTO ROMANO

VICEPRESIDENTA: DRA. GRACIELA NORA FERNÁNDEZ

SECRETARIO: DR. JORGE CASTAGNINO

PROSECRETARIA: DRA. MARÍA INÉS VÁZQUEZ

TESORERA: DRA. ANA ANDREA PISAREVSKY

PROTESORERO: DR. OSCAR CANTELI

VOCALÉS TITULARES:

DR. JOAQUÍN MERCADO, DR. ALEJANDRO CAROSIO, DRA. GUILLERMINA LUDUEÑA

VOCALÉS SUPLENTE:

DRA. ANA MATILDE ISRAEL, DRA. MARÍA DE LOS ANGELES DOSSO, DRA. GRACIELA SUÁREZ

ÓRGANO DE FISCALIZACIÓN:

DR. RODOLFO JORGE BADO, DRA. VIVIANA FALASCO

COMITÉ DE DOCENCIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS

DIRECTORES: Dr. Roberto Reussi, Dr. Miguel Ángel Falasco

SUBDIRECTORES: Dr. Jorge Mercado, DRA. Viviana Falasco

SECRETARIOS: Dr. Rodolfo Bado, DRA. Silvia Falasco

VOCALÉS: Dr. Rodolfo Maino, Dr. Federico Marongiu, DRA. Ana Matilde Israel

MIEMBROS HONORARIOS: Dr. Florencio Olmos, Dr. Oscar Canteli



Revista de Medicina Interna

DIRECTORA: DRA. SILVIA I. FALASCO	SECRETARIA DE REDACCIÓN DRA. MARGARITA GASET	RELACIONES INSTITUCIONALES DR. OSVALDO CERDÁ
---	--	--

CONSEJO EDITORIAL Y DE ARBITRAJE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Editada por GPS Editores. E-mail: rogapa62@gmail.com - Impresa en Collevicchio Hnos. S.A - Abraham J. Luppi 1641 (1437) CABA / Tel.: 4919-668

99

EDITORIAL

**CINCUENTENARIO DEL CURSO
UNIVERSITARIO DE LA SOCIEDAD DE
MEDICINA INTERNA DE BUENOS AIRES
(SMIBA)**

FEDERICO A. MARONGIU

102

TRABAJO DE REVISIÓN

**REVISIÓN NARRATIVA CON PROPUESTA
CONCEPTUAL IATROGENIA POR OPTIMIZA-
CIÓN: RIESGOS CLÍNICOS EN LA BÚSQUE-
DA BIOMÉDICA DEL BIENESTAR**

NARRATIVE REVIEW WITH A CONCEPTUAL
PROPOSAL IATROGENESIS THROUGH
OPTIMIZATION: CLINICAL RISKS IN THE
BIOMEDICAL PURSUIT OF WELL-BEING
DR. CASTAGNINO JORGE

108

CONSENSO

CONSENSO DE SALUD DIGITAL
SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA
ABRIL 2026 SEGUNDA PARTE

122

ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

**ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE
POLIURIA**

DRA. SILVIA I. FALASCO

124

PROGRAMA 2026

**IV CONGRESO INTERNACIONAL DE
MEDICINA INTERNA – CLÍNICA MÉDICA**
SMIBA - 24 AL 28 DE OCTUBRE DE 2026
SEDE: ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

CINCUENTENARIO DEL CURSO UNIVERSITARIO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE BUENOS AIRES (SMIBA)

En este año 2026 conmemoramos y celebramos el **Cincuentenario del Curso Universitario** de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires (SMIBA), filial fundamental de la Asociación Médica Argentina (AMA). Todo hecho que cumple cinco décadas es singular y digno de encomio, más aún en el ámbito de la docencia, y por añadidura, en un país joven como el nuestro. Hecho tan laudable tiene una génesis y ha tenido una encomiable evolución que aquí trataremos de narrar.

Así, comenzaremos aquí con **Avicena** (980-1037), filósofo, polímata y médico árabe, persa, considerado el Padre de la Clínica y la Medicina Interna: sus descripciones de hace mil años de entidades nosológicas como Diabetes, Parálisis de los Pares Craneales, Derrame Pleural, son motivo, aún hoy, de asombro. **William Osler** (1849-1919), otro de los poco sabios, el más grande clínico que nació en América, Canadá, lo tiene como tal.

Para una adecuada ubicación temporal del nacimiento del Curso cabe recordar el 4 de agosto de 1891, día en el cual en el antiguo Colegio Nacional de Buenos Aires se reunieron unos cien médicos que fundaron la “Sociedad Médica Argentina”. En su seno, el 18 de marzo de 1892 se crearon once secciones, entre ellas la de “Medicina”, por entonces y hoy sinónimo de “Clínica”, que con la conducción de Julio Méndez perduró hasta 1919. El 31 de agosto de 1915, bajo la presidencia de Horacio G. Piñero,

se modificó el estatuto de la sociedad que pasó a la denominación de hoy: “**Asociación Médica Argentina**” (AMA).

En sus inicios AMA tuvo varios domicilios transitorios hasta que el 1° de julio de 1917 la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires le cedió el terreno de la Avenida Santa Fe que hoy ocupa por un lapso de cincuenta años con la condición de construir un edificio propio de un determinado valor económico, lo que se cumplió con celeridad mediante colecta de sus socios; costó 82.000 pesos, el aporte más importante de 5.000 pesos fue de Julio Méndez (1858-1947) el edificio fue inaugurado el 7 de mayo de 1918. En este inmueble, el actual, se realizaron las sesiones fundacionales de SMIBA y, hoy en día, se dicta el Curso.

El **27 de diciembre de 1919**, la Comisión Directiva de AMA creó, a su vez, diez filiales: la primera de Biología con la conducción de **Bernardo Houssay** (1887-1941), nuestro primer Premio Nobel, la segunda de “Medicina Interna” presidida por **Mariano R. Castex** (1886-1948), por iniciativa de Castex, Carlos Bonorino Udaondo (1884-1951) y Tiburcio Padilla (1884-1963). Es de señalar que todas las filiales fueron denominadas “de Argentina”, salvo la nuestra que la nombraron “de Buenos Aires” por un error de sus fundadores, dando por sentado, quizá en forma implícita, su carácter nacional. Por ejemplo, con este criterio, ya en los primeros años Houssay fuese su asiduo

participante y en donde fue presentando sus investigaciones, entre ellas la del rol de la hipofisis en la función endocrina pancreática por la cual recibió el ecuménico Premio (1932). Así nació la “**Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires**”.

Cabe recordar que 1918, el año previo, fue de una gran importancia histórica: se firmó el fin de la Primera Guerra Mundial (1914-1918), el inicio de la Pandemia de Gripe denominada “española” que ocasionó alrededor de 100 millones de muertes en el mundo (15.000 en Argentina) y en nuestro país el de la “Reforma Universitaria” que dio nacimiento a la libertad de cátedra.

Por esos años actuaban ya en el país grandes clínicos: **Luis Agote** (1868-1954), pionero de la transfusión sanguínea, maestro de Merlo; **Abel Ayerza** (1861-1918), el de los “cardíacos negros”, quien estudió en París con Charcot y Potain; **Luis Güemes** (1856-1927), una figura muy conocida, popular, literalmente famosa, había repetido la carrera en París con Charcot; Jaccoud, médico de presidentes y bienhechor de necesitados, a quien el Papa Pío X, hoy santo, distinguió con la orden de San Gregorio Magno. Otro clínico destacado fue **Julio Méndez** (1858-1947), estudió en Europa con Pasteur, Koch, Virchow, semiólogo y bacteriólogo, de gran trascendencia en la existencia de AMA y de SMIBA.

Asimismo, con la idea de una adecuada ubicación, pero esta vez espacial, es de señalar que el entorno urbano de la sede de AMA difería muchísimo del actual: salvo el Teatro Colón inaugurado en 1908, no existía el Obelisco fundado el 23 de mayo de 1936, ni la Avenida 9 de Julio inaugurada recién el 12 de julio de 1937 y la Avenida Santa Fe era muy angosta, ensanchada a partir de 1930 hasta 1970.

SMIBA fue dirigida siempre por una Comisión Directiva y un presidente de un año de duración, hasta 1994 en que pasó a ser por dos

años; es por ello que en 106 años ha tenido sólo 94 presidentes. En su centenaria existencia, SMIBA tuvo dos personalidades descollantes: **Mariano R. Castex**, su fundador, en las primeras décadas; luego, en las siguientes, **Carlos Reussi** (1909-1993), su refundador: con sus obras y pléyades de discípulos plasmaron su grandeza. El último discípulo de Castex en ocupar la presidencia fue Jorge M. Remolar (1968), mientras que de C. Reussi perviven Rodolfo Maino (1982), Roberto Reussi (1989), Rodolfo Bado (1993), Jorge Mercado (1994) y Ana Matilde Israel (2009-2010).

Presidentes de SMIBA fueron los más destacados clínicos e internistas; como ejemplos se citan a: Mariano C. Castex (1920); Carlos Bonorino Udaondo (1921), padre de nuestra Gastroenterología; Ernesto V. Merlo (1925); José W. Tobías (1929), el del “Síndrome del Ápice Pulmonar”; Julio Palacio (1938); Egidio S. Mazzei (1944); Antonio Battro (1948); Norberto Quirno (1948); Carlos Reussi (1951); Alfredo Pavlovsky (1954), padre de nuestra hematología; Víctor R. Miatello (1961), padre de nuestra Nefrología; José E. Burucúa (1964); Julián Pisarevsky (1991) y Miguel Falasco (1992), verdadero maestro quien aportó además sus hijos –discípulos– con vigores nuevos. De sus sesiones participaron además innumerables figuras no clínicas, tales como el ya citado Houssay y hasta grandes cirujanos como Enrique y Ricardo Finochietto y René Favaloro. Desde sus inicios, SMIBA recibió a notables clínicos de los países vecinos: P. A. Barcía (1923) de Uruguay, R.A. Magalanes (1933), M.A. Abreu de Brasil, A. Garretón Silva (1941) de Chile, que, con seguridad, fueron mojoneros iniciales en la actual “SOLAMI”.

SMIBA recibió desde sus inicios la visita de figuras de relieve mundial, como Manuel de Abreu (1937) de Brasil, Henri Vaquez (1924), Emile Sergent (1937) y P. Morawitz (1931) de Francia, Gregorio Marañón (1937), Carlos

Jiménez Díaz (1964) y Ciril Rozman (1981) de España, G. Di Guglielmo (1952) de Italia, Ludwig Heilmeyer (1952) de Alemania, Nanna Svartz (1964) de Suecia, Jerome Conn (1969), el del Síndrome epónimo, de EEUU, S. Watanabe (1962) de Japón, y muchos otros, nombrados luego Miembros Correspondientes Extranjeros.

Tanto en AMA como en SMIBA no hubo nunca ningún tipo de discriminación, de creencias, nacimiento, ni género. AMA fue presidida por José Ingenieros (1909-1910) nacido en Italia, Marcelino Herrera Vegas (1907-1908) en Venezuela, Marcelo Viñas (1913-1914) y Elías Hurtado Hoyo (1998-2016) en España; SMIBA por Antonio Battro en Uruguay y Felipe Morán Miranda (1952) en España. En cuanto a género la primera mujer, nuestra Prócer, fue Teresa Malamud, discípula y jefa de Clínica de Castex y de Battro; inició su actividad en SMIBA ya en 1923. La primera presidenta fue Ester E. Yussem (1973); le siguieron Josefa Izquierdo (1980), Viviana Falasco (2003-2004), Silvia Falasco (2007-2008), Ana M. Israel (2009-2010), Margarita Gaset (2013-2014) y Salomé Pilheu (2019-2020).

En dos oportunidades la Sociedad Internacional de Medicina Interna (ISIM), Ginebra, Suiza, designó a la Argentina sede de su congreso y a SMIBA la filial organizadora. El primero se realizó en 1964, su presidente fue Mariano R. Castex, vicepresidentes Egidio S. Mazzei y Carlos Reussi, y contó con la presencia de Carlos Jiménez Díaz como presidente de ISIM. La sesión inaugural se realizó en el Teatro Colón. El segundo fue en 2008: Presidente Roberto Reussi, Secretario Rodolfo Bado, tuvo un éxito enorme, con miles de participantes de 52 países; reconocimiento del mismo fue la designación de SMIBA para la presidencia de ISIM en el bienio 2013-2014, primera filial latinoamericana con esta distinción.

En 1976 se creó, por inspiración de Carlos Reussi, la Escuela Argentina de Medicina

Interna y su **Curso Superior de Medicina Interna**, en el inicio bienal, en la actualidad trianual y universitario. Jorge E. Andreozzi, discípulo de Carlos Reussi y presidente de SMIBA dio la clase inaugural el **6 de mayo de 1976**. Reussi, Andreozzi y Galcerán fueron los ideólogos del Curso. Desde entonces se dictó con éxito siempre creciente y expansión latinoamericana, hasta hoy su cincuentenario. En las últimas décadas es de resaltar la muy eficaz conducción de Roberto Reussi y la destacada labor, diligente, tenaz y capacitada de Jorge Mercado, además del Comité Docente y de la Secretaría (1). El Curso consta de módulos que cubren todo el espectro de la Medicina Interna, hasta los avances más recientes; para cumplimentarlos son convocados los más ilustres internistas y especialistas nacionales y también extranjeros. Tiene hoy en su haber alrededor de cuatro mil quinientos graduados de Argentina y de varios países de América Latina. Sus directores fueron Carlos Reussi (1976-1993), Jorge H. Pilheu (1993-2010), Miguel Falasco y desde 2014 hasta la actualidad Roberto Reussi, (hoy con Miguel A. Falasco como codirector).

Desde sus inicios, de Castex y de Reussi, y luego de cada uno de todos sus miembros, en el pasado y en el presente, fue manando el sutil pero acerado hilo con el cual se fue tejiendo la red que cohesionó a SMIBA a lo largo de los años hasta adquirir sus genuinas características actuales: identidad, fortaleza, prestigio y éxito y, de igual modo, en cada uno de sus emprendimientos, entre éstos el Curso.

Dr. Federico A. Marongiu

Expresidente de SMIBA

(1) Es justo resaltar la muy importante labor administrativa, personificada en los últimos más de veinte años en la Sra. Antonia Valor y el Sr. Gregorio Pisarevsky, quienes la ejercen con gran capacidad, eficiencia e indudable cariño por la Sociedad y por el Curso

REVISIÓN NARRATIVA CON PROPUESTA CONCEPTUAL IATROGENIA POR OPTIMIZACIÓN: RIESGOS CLÍNICOS EN LA BÚSQUEDA BIOMÉDICA DEL BIENESTAR

NARRATIVE REVIEW WITH A CONCEPTUAL PROPOSAL IATROGENESIS THROUGH OPTIMIZATION: CLINICAL RISKS IN THE BIOMEDICAL PURSUIT OF WELL-BEING

DR. CASTAGNINO JORGE

RESUMEN

En los últimos años se observa una expansión de intervenciones biomédicas orientadas no al tratamiento de enfermedades definidas, sino a la optimización de la energía, el rendimiento, el envejecimiento, la composición corporal, la inflamación, la función mitocondrial y el bienestar general. Estas prácticas incluyen suplementos dietarios, productos herbales, vitaminas en altas dosis, precursores hormonales, adaptógenos, tratamientos intravenosos y estrategias antienvjecimiento, muchas veces indicadas o autoindicadas en personas sin diagnóstico médico claro. Este artículo desarrolla el concepto de **iatrogenia por optimización** como marco interpretativo para analizar los daños potenciales derivados de estas intervenciones cuando se aplican sin indicación validada, relación beneficio-riesgo favorable ni criterios claros de seguimiento y suspensión. Se plantea una revisión narrativa orientada a integrar evidencia sobre daño por suplementos, medicalización, sobrediagnóstico y prevención cuaternaria con un modelo clínico basado en tres dominios superpuestos: enfermedad, carencia/disfunción y desadaptación al entorno contemporáneo. Se concluye que la medicina debe ofrecer una respuesta más rigurosa al malestar inespecífico, validando los síntomas del paciente sin traducirlos automáticamente en déficits, biomarcadores alterados o intervenciones acumulativas de beneficio incierto.

Palabras clave: iatrogenia, suplementos dietarios, medicalización, sobrediagnóstico, bienestar, medicina antienvjecimiento, prevención cuaternaria

SUMMARY

In recent years, biomedical interventions aimed not at treating defined diseases but at optimizing energy, performance, aging, body composition, inflammation, mitochondrial function, and general well-being have become increasingly common. These practices include dietary supplements, herbal products, high-dose vitamins, hormonal precursors, adaptogens, intravenous treatments, and anti-aging strategies, often prescribed or self-administered in individuals without a clear medical diagnosis. This article develops the concept of optimization-related iatrogenesis as an interpretive framework to analyze potential harms arising from these interventions when used without a validated indication, a favorable benefit-risk balance, or clear criteria for monitoring and discontinuation. A narrative review is presented, integrating evidence on supplement-related harm, medicalization, overdiagnosis, and quaternary prevention with a clinical model based on three overlapping domains: disease, deficiency/dysfunction, and maladaptation to the contemporary environment. The article concludes that medicine should provide a more rigorous response to nonspecific distress, validating patients' symptoms without automatically translating them into deficiencies, abnormal biomarkers, or cumulative interventions of uncertain benefit.

Keywords: iatrogenesis, dietary supplements, medicalization, overdiagnosis, well-being, anti-aging medicine, quaternary prevention

Médico especialista en Terapia Intensiva, Medicina Interna, Ciencias del Deporte. Cardiólogo Universitario

e-mail: jcastagnino@intramed.net

Fecha de recepción: 5 de junio de 2026

Fecha de aceptación: 9 de junio de 2026

INTRODUCCIÓN

Se propone el término **iatrogenia por optimización** para describir el daño clínico derivado de intervenciones biomédicas aplicadas en personas sin enfermedad definida, con el objetivo de mejorar energía, rendimiento, envejecimiento, composición corporal, inflamación, función mitocondrial o bienestar general, en ausencia de una indicación médica validada, una relación beneficio-riesgo favorable y criterios claros de seguimiento, suspensión y seguridad.

A diferencia de la lesión hepática o renal atribuible a suplementos, que cuenta con evidencia clínica documentada, la iatrogenia por optimización se propone aquí como una categoría clínica y conceptual más amplia. Su objetivo no es reemplazar diagnósticos establecidos, sino integrar en un mismo marco fenómenos biomédicos, culturales y conductuales que suelen presentarse de manera fragmentada: consumo acumulativo de suplementos, medicalización del bienestar, uso expansivo de biomarcadores, interpretación excesiva de hallazgos marginales y búsqueda de rendimiento superior a la normalidad.

Si bien se realizó una revisión de la literatura, este artículo no pretende constituir una revisión sistemática ni estimar prevalencias. Su propósito es integrar evidencia clínica y marcos conceptuales para proponer una categoría interpretativa aplicable a la práctica médica, especialmente en el abordaje de pacientes con malestar inespecífico, estudios normales o hallazgos menores, y exposición creciente a intervenciones de optimización.

Observaciones clínicas recientes

En la práctica clínica reciente se observa con frecuencia creciente la consulta de pacientes con alteraciones hepáticas, deterioro de la función renal o trastornos digestivos vincula-

dos al consumo acumulativo de suplementos, antioxidantes, hormonas, precursores hormonales, complejos vitamínicos, adaptógenos, cámaras hiperbáricas, y tratamientos intravenosos. Estas intervenciones son indicadas por profesionales o, en algunos casos, autoindicadas por los propios pacientes con objetivos tan amplios como “optimizar la energía”, “combatir la inflamación”, “mejorar las mitocondrias” o “desintoxicar el organismo”.

Inicialmente, estos casos podrían interpretarse como efectos previsibles de indicaciones poco rigurosas, modas pasajeras o prácticas alejadas de la medicina basada en evidencia. Sin embargo, esa explicación resulta insuficiente. La mayoría de estos pacientes no son personas ingenuas. Muchos tienen formación universitaria, profesiones complejas, acceso a información y una actitud muy comprometida respecto de su salud. Leen, investigan, preguntan y, en muchos casos, conocen detalles de fisiología o bioquímica. En otros casos utilizan plataformas de IA.

Comparten, además, una característica común: no están enfermos, pero tampoco se sienten bien. Al indagar los motivos que llevaron al consumo de suplementos o intervenciones de optimización, aparece una lista de síntomas que cualquier médico reconoce con facilidad: cansancio, menor energía, dificultades para concentrarse, sueño poco reparador, pérdida de vitalidad, aumento de peso, disminución de la motivación, menor rendimiento físico o la sensación persistente de no ser la misma persona que años atrás.

En muchos casos, los pacientes llegan con un número considerable de estudios complementarios que resultan normales o muestran hallazgos marginales. Sin embargo, refieren una pérdida subjetiva de calidad de vida. El problema, por lo tanto, no reside solamente en los tratamientos ni exclusivamente en los pacientes, sino también en una zona de malestar

que la medicina no siempre aborda de manera satisfactoria.

El territorio entre la salud y la enfermedad

La medicina contemporánea ha aprendido a diagnosticar enfermedades cada vez más precozmente, tratarlas con mayor eficacia y prolongar la expectativa de vida como nunca en la historia. Sin embargo, mientras la medicina se volvió cada vez más sofisticada para estudiar enfermedades, no desarrolló con la misma profundidad herramientas clínicas para abordar el territorio de las personas que no cumplen criterios diagnósticos claros y, aun así, experimentan una pérdida subjetiva de bienestar.

La medicina dispone de recursos extraordinariamente eficaces para diagnosticar y tratar enfermedades definidas, pero suele encontrar mayores dificultades para atender, en consultas breves y con categorías diagnósticas tradicionales, el malestar inespecífico de personas sin patología objetivable.

Allí puede encontrarse una de las razones por las cuales tantas personas comenzaron a buscar respuestas fuera de la medicina convencional. No necesariamente porque hayan rechazado la medicina científica, sino porque ésta no siempre ofrece respuestas satisfactorias a preguntas frecuentes de la vida contemporánea: ¿por qué me siento menos vital que antes?, ¿por qué tengo menos energía si mis estudios son normales?, ¿por qué siento que envejezco más rápido de lo que esperaba?, ¿por qué me cuesta adaptarme a la vida que llevo?

Tres formas de interpretar el malestar

Muchos de los síntomas manifestados por estos pacientes pueden entenderse a partir de tres grandes dominios: enfermedad, carencia/disfunción y desadaptación.

El primero es el dominio de las enfermedades. Es el territorio clásico de la medicina.

Anemia, hipotiroidismo, depresión, insuficiencia cardíaca, cáncer, diabetes y muchas otras patologías pueden producir síntomas como fatiga, pérdida de energía, disminución del rendimiento físico o deterioro de la calidad de vida. En este dominio, la relación entre enfermedad y síntoma suele ser relativamente clara o, al menos, clínicamente abordable mediante métodos diagnósticos establecidos.

El segundo dominio es el de las carencias y disfunciones. En este terreno no siempre existe una enfermedad manifiesta, pero pueden identificarse déficits nutricionales, alteraciones metabólicas iniciales, pérdida de masa muscular, variaciones hormonales, hallazgos genéticos de significado clínico incierto o insuficiencias funcionales que, sin constituir necesariamente una enfermedad definida, pueden influir sobre el bienestar. El riesgo en este dominio es sobredimensionar hallazgos marginales y transformarlos en explicaciones causales de síntomas inespecíficos.

El tercer dominio es el de la desadaptación. Se refiere al choque entre una biología moldeada durante cientos de miles de años y un entorno moderno radicalmente diferente, caracterizado por privación de sueño, sobrecarga cognitiva, estrés sostenido, incertidumbre económica, sedentarismo, pérdida de vínculos, aislamiento social, falta de propósito y exceso de estímulos. En este dominio, la responsabilidad médica no consiste en medicalizar condiciones de vida, sino en reconocer su impacto sobre la experiencia subjetiva de salud.

La mayoría de los pacientes no habita exclusivamente uno de estos dominios, sino sus zonas de superposición. Allí aparece una dificultad clínica central: los síntomas más frecuentes son compartidos por los tres. La fatiga puede surgir de una enfermedad, de una carencia o de una desadaptación. Lo mismo ocurre con la disminución de energía, la niebla mental, el insomnio, la pérdida de motivación o la

reducción de la libido. Esta superposición explica, al menos en parte, por qué estos pacientes resultan difíciles de clasificar.

La necesidad de una explicación

Cuando una persona se siente mal, necesita una explicación. En este punto aparece un fenómeno particularmente relevante: suele ser más sencillo pensar “me falta algo” que pensar “quizás mi forma de vida no se adapta bien a mi naturaleza biológica”. La primera explicación es concreta, medible y promete una solución. La segunda es incómoda, porque obliga a revisar hábitos, expectativas, prioridades y formas de vivir.

Por eso las narrativas basadas en carencias poseen tanta fuerza. La pregunta deja de ser “¿qué enfermedad tengo?” y pasa a ser “¿qué me falta?”. Esa transición abre un campo enorme para la medición de biomarcadores, la búsqueda de déficits, la interpretación de variaciones biológicas menores y la indicación de intervenciones acumulativas.

Las teorías que explican todo

Durante los últimos años ganaron enorme popularidad ciertas explicaciones basadas en inflamación crónica, estrés oxidativo, disfunción mitocondrial o alteraciones de la microbiota. Todas ellas se apoyan en fenómenos biológicos reales. El problema no reside en la inexistencia de estos mecanismos, sino en la extrapolación desde fenómenos fisiopatológicos reales hacia diagnósticos clínicos imprecisos e intervenciones no validadas.

Muchas veces estos conceptos funcionan más como marcos interpretativos amplios que como diagnósticos verificables. Cuando una teoría puede explicar prácticamente cualquier síntoma, corre el riesgo de volverse difícil de refutar. Y cuando una teoría resulta difícil de refutar, siempre aparece una nueva oportunidad para intervenir.

Ése es parte de su atractivo. Brindan algo que los seres humanos valoran profundamente: una explicación y un plan de acción. Frente al malestar inespecífico, una explicación bioquímica ofrece alivio cognitivo. Si el problema es la inflamación, el estrés oxidativo, la microbiota o la mitocondria, entonces existe una vía concreta para intervenir. El riesgo es confundir plausibilidad biológica con eficacia clínica demostrada.

Una autocrítica necesaria

El crecimiento de la medicina funcional, ortomolecular y antienvjecimiento arrastra un problema de evidencia, pero también revela una demanda clínica que la medicina convencional no siempre logró atender. Mientras la medicina se ocupaba cada vez mejor de diagnosticar y tratar enfermedades, otros discursos comenzaron a ocuparse de la energía, el envejecimiento, la vitalidad, la adaptación, el bienestar y la calidad de vida.

Aunque muchas de esas explicaciones sean discutibles o insuficientemente validadas, responden a preguntas auténticas formuladas por personas reales. Preguntas que la medicina convencional frecuentemente contestó con una frase técnicamente correcta pero emocionalmente insuficiente: “sus estudios son normales, no encuentro ninguna enfermedad”.

Reconocer esta limitación no implica aceptar intervenciones de eficacia incierta ni abandonar la medicina basada en evidencia. Implica admitir que el malestar inespecífico, aun cuando no constituya una enfermedad definida, requiere una respuesta clínica más elaborada que la simple normalidad de los estudios complementarios.

Más allá del placebo

Muchos pacientes refieren beneficios reales luego de iniciar procesos de optimización. Sin embargo, esos beneficios no siempre pa-

recen guardar relación con la potencia biológica específica de las intervenciones recibidas. Durante mucho tiempo estas mejorías fueron atribuidas al efecto placebo. Sin negar esa posibilidad, el fenómeno merece una descripción más amplia.

Una proporción de los beneficios atribuidos a estas intervenciones podría explicarse por mecanismos contextuales, expectativas, mayor adherencia a conductas saludables y reactivación del autocuidado, más que por un efecto farmacológico específico de cada suplemento. Cuando una persona decide iniciar un proceso de optimización, suele ocurrir algo más que la incorporación de una cápsula. Empieza a prestar atención a su alimentación, mejora el descanso, hace actividad física, reduce excesos, se proyecta más y recupera objetivos.

En ese contexto, la intervención puede funcionar como catalizador. No necesariamente porque modifique directamente la biología por un mecanismo específico, sino porque modifica la conducta, y la conducta termina modificando la biología. Muchas personas podrían mejorar no porque toman suplementos, sino porque al iniciar ese proceso decidieron empezar a cuidarse. Esa decisión puede explicar una parte sustancial de los cambios observados.

Una crisis de la normalidad

El problema no gira solamente alrededor de vitaminas, hormonas, antioxidantes, biomarcadores o respuestas de inteligencia artificial. Es posible que estemos atravesando algo más profundo: una crisis de la normalidad. Una dificultad creciente para distinguir entre enfermedad, carencia, disfunción, desadaptación y condición humana.

Vivimos en una época que tolera cada vez menos el cansancio, la incertidumbre, la frustración, el envejecimiento y las fluctuaciones normales del bienestar. Cuando desaparece la

tolerancia al malestar, aparece inevitablemente la necesidad de encontrar algo para corregir, optimizar o mejorar; algo que explique por qué no nos sentimos como creemos que deberíamos sentirnos.

La búsqueda del bienestar es tan antigua como la medicina. Lo novedoso de nuestro tiempo es la convicción de que todo malestar tiene una explicación bioquímica y que toda explicación bioquímica habilita una intervención capaz de corregirla. A esto se suma la ilusión de algunos prescriptores de poder modular la fisiología humana para lograr resultados superiores a la normalidad mediante intervenciones acumulativas de beneficio incierto.

La búsqueda permanente de optimización puede producir, como en los casos que motivan este artículo, exactamente lo contrario: una nueva forma de iatrogenia. Esa es una de las paradojas centrales de la medicina contemporánea: que algunas personas pueden sufrir daño clínico como consecuencia de intervenciones destinadas, paradójicamente, a mejorar su bienestar.

CONCLUSIÓN

La iatrogenia por optimización permite nombrar un fenómeno clínico emergente en el que personas sin enfermedad definida son expuestas a intervenciones biomédicas acumulativas con el objetivo de mejorar energía, rendimiento, envejecimiento o bienestar general, sin una indicación validada, una relación beneficio-riesgo favorable ni criterios claros de seguimiento y suspensión.

Reconocer esta forma de iatrogenia no implica negar el malestar del paciente ni desestimar sus síntomas. Por el contrario, exige validarlos sin traducirlos automáticamente en déficits, biomarcadores alterados o intervenciones de beneficio incierto. La medicina debe recuperar un rol activo en el abordaje del malestar

inespecífico, ofreciendo respuestas rigurosas, prudentes y clínicamente significativas, capaces de distinguir enfermedad, carencia, disfunción, desadaptación y condición humana.

El desafío consiste en acompañar la búsqueda legítima de bienestar sin convertir cada fluctuación de la experiencia vital en una alte-

ración bioquímica corregible. En esa frontera se juega una parte relevante de la prevención cuaternaria contemporánea: reducir los daños derivados de intervenciones innecesarias, preservar la prudencia clínica y evitar que el deseo de optimización se transforme en una nueva fuente de enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Fontana RJ, Liou I, Reuben A, Suzuki A, Fiel MI, Lee W, et al. AASLD practice guidance on drug, herbal, and dietary supplement-induced liver injury. *Hepatology*. 2023;77(3):1036-1065. doi:10.1002/hep.32689.
- Geller AI, Shehab N, Weidle NJ, Lovegrove MC, Wolpert BJ, Timbo BB, et al. Emergency department visits for adverse events related to dietary supplements. *N Engl J Med*. 2015;373(16):1531-1540. doi:10.1056/NEJMsal1504267.
- Navarro VJ, Khan I, Björnsson E, Seeff LB, Serrano J, Hoofnagle JH. Liver injury from herbal and dietary supplements. *Hepatology*. 2017;65(1):363-373. doi:10.1002/hep.28813.
- Wani M, Wani I, Banday K, Ashraf M. The other side of vitamin D therapy: a case series of acute kidney injury due to malpractice-related vitamin D intoxication. *Clin Nephrol*. 2016;86(11):236-241. doi:10.5414/CN108904.
- Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ*. 2012;344:e3502. doi:10.1136/bmj.e3502.
- Hofmann B. Medicalization and overdiagnosis: different but alike. *Med Health Care Philos*. 2016;19(2):253-264. doi:10.1007/s11019-016-9693-6.
- Pizzino G, Irrera N, Cucinotta M, Pallio G, Mannino F, Arcoraci V, et al. Oxidative stress: harms and benefits for human health. *Oxid Med Cell Longev*. 2017;2017:8416763. doi:10.1155/2017/8416763.
- Vogt H, Hofmann B, Getz L. The new holism: P4 systems medicine and the medicalization of health and life itself. *Med Health Care Philos*. 2016;19(2):307-323. doi:10.1007/s11019-016-9683-8.
- Trętowicz MM, Scantlebury AML, Schomakers BV, Eroğlu KD, et al. Human whole-blood NAD⁺ levels do not vary with age or lifestyle interventions. *Nat Metab*. 2026 May 14. doi:10.1038/s42255-026-01537-5.

CONSENSO DE SALUD DIGITAL

SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA

ABRIL 2026 SEGUNDA PARTE

DIRECTORES

SEBASTIÁN S. BENITEZ MTSAC
MARIANO BENZADÓN MTSAC

SUB DIRECTOR

FEDERICO CINTORA MTSAC

SECRETARIO

GABRIEL PEREA MTSAC

COORDINADORES

GUSTAVO DAQUARTI

EDUARDO FILIPINI MTSAC

ROCIO BLANCO

IGNACIO RÍOS MTSAC

JORGELINA MEDUS MTSAC

MARINA BAGLIONI MTSAC

AGUSTINA MIRAGAYA

COMITÉ DE REDACCIÓN

JUAN MARTÍN ADJIGOGOVIC

SEBASTIÁN AGUIAR

FRANCO BALLARI

MAICO BERNAL

JUAN PABLO BONIFACIO

GUILLERMO BOREL

CARLOS DAVID BRUQUE

LUCRECIA BURGOS MTSAC

DANIELA CARDILLO

ADRIÁN CARLESSI

FLAVIO COLAVECCHIA

PABLO ELISSAMBURU MTSAC

MARIEL FOTI

ENRIQUE GÓMEZ MTSAC

MARIANA GUERCHICOFF

NEIVA MACIEL MTSAC

SILVINA MANUELA MANSILLA

GERMAN MATTO

LUCAS MÜLLER

SEBASTIÁN OBREGÓN MTSAC

CARLOS OTERO

LUCAS SUÁREZ

JUAN MANUEL RODRÍGUEZ PLATAS

NICOLÁS VECCHIO

VICTORIA SAEZ

DANIEL ZAFFORA

REVISORES

SILVIA MAKHOUL MTSAC

MARÍA LUZ FERNÁNDEZ RECALDE MTSAC

POR ACN

GUADALUPE PAGANO

Marco Legal y Ético para el uso de Inteligencia Artificial en Cardiología

Introducción

La implementación de IA en cardiología ha revolucionado el diagnóstico y tratamiento de enfermedades cardiovasculares, aunque también presenta importantes desafíos éticos y legales para asegurar un uso seguro, transparente y equitativo (11).

Dado que el uso de la IA es relativamente reciente, su marco regulatorio evoluciona rápidamente, impulsado por organismos internacionales como la OMS, la Unión Europea (UE) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (1, 6,7). A nivel local, cada país debe adaptar estas regulaciones internacionales a su contexto, como ocurre en Argentina a través de la “Guía para Entidades Públicas y Privadas en Materia de Transparencia y Protección de Datos Personales para una Inteligencia Artificial Responsable” (10). Regulaciones sobre protección de datos personales como GDPR (UE), HIPAA (EE.UU.) y la Ley argentina de Protección de Datos Personales también respaldan este marco legal existente.

Principios Éticos de la OMS para la IA en Salud

La OMS establece seis principios esenciales que se recomienda implementar (6);

- **Proteger la autonomía humana:** Mantener supervisión humana sobre las decisiones médicas tomadas por IA, así como garantizar privacidad y confidencialidad.
- **Seguridad y eficacia:** Los sistemas de IA deben ser precisos, seguros y sometidos a controles continuos de calidad y mejora.
- **Transparencia e inteligibilidad:** Los algoritmos deben ser comprensibles y auditables. Es clave conocer los datos con que fueron entrenados y cómo se toman las decisiones.
- **Responsabilidad y rendición de cuentas:** Debe haber supervisión humana clara y mecanismos definidos para identificar responsables ante posibles daños causados por la IA, desde desarrolladores hasta usuarios finales.
- **Equidad e inclusividad:** La IA debe garantizar acceso equitativo y evitar sesgos mediante entrenamientos con datos representativos.
- **Sostenibilidad:** Las tecnologías deben integrarse al sistema de salud minimizando su impacto ambiental, optimizando recursos ener-

géticos y capacitando continuamente a los profesionales de la salud.

Contexto Internacional y Local

La relevancia global de la IA en salud impulsó regulaciones clave como la “IA Act” de la Unión Europea, que clasifica la IA médica como tecnología de “alto riesgo”, imponiendo auditorías y estrictos controles sobre privacidad y transparencia (8). Argentina, alineada a estas iniciativas internacionales, publicó en 2023 la guía local mencionada anteriormente, asegurando principios de privacidad, transparencia y supervisión continua durante todo el ciclo de vida de la IA (10).

Entes regulatorios

Es importante destacar que los sistemas de IA utilizados para diagnóstico, pronóstico, tratamiento o soporte a la decisión clínica en cardiología son considerados como dispositivos médicos ante los principales entes reguladores (FDA12 / CE Mark - Agencia Europea de Medicamentos EMA). Asimismo, estos sistemas se clasifican en categorías de riesgo, donde la mayoría de aplicaciones cardiológicas se consideran al menos Clase II (riesgo moderado a

medio-alto). Esta clasificación implica requisitos regulatorios más estrictos, incluyendo evaluaciones clínicas y certificaciones específicas antes de su implementación en la práctica clínica (9,12).

Desafíos Actuales y Futuros

La rápida evolución de la IA plantea desafíos éticos, legales y técnicos significativos, como:

- Responsabilidad compartida ante errores en diagnósticos realizados por IA, donde tradicionalmente la responsabilidad recae exclusivamente sobre los profesionales médicos, pero esta responsabilidad debería ser compartida incluyendo a desarrolladores, fabricantes, instituciones de salud y usuarios finales, según el análisis de cada caso (11).
- Impacto en la relación médico-paciente y la importancia de mantener supervisión humana en decisiones médicas críticas (11).

En síntesis, la IA representa una gran oportunidad en cardiología, pero requiere una implementación responsable que equilibre innovación, seguridad y respeto por los derechos fundamentales de pacientes y profesionales.

Recomendaciones sobre principios éticos y regulatorios para IA en cardiología	Clase	Nivel de evidencia
Se sugiere implementar los principios de la OMS para el desarrollo e implementación de modelos de IA: protección de autonomía humana, bienestar y seguridad, transparencia, responsabilidad, inclusividad y sostenibilidad. (6)	I I III	C C C
Se sugiere que los modelos de IA para uso diagnóstico, asistencia en la decisión clínica, medición de signos vitales y todo aquel que puede interpretarse como un dispositivo médico deben tener certificación de FDA y/o CE Mark II para su uso en pacientes en la práctica clínica. (9,12)		
Se desaconseja el uso de modelos de IA como dispositivo médico si no cuentan con una certificación emitida por un ente independiente validado. (9,11,12)		

BIBLIOGRAFÍA

1. OECD. Recommendations of the Council on Artificial Intelligence. Paris: OECD; 2019.

2. Global Solutions Initiative. Economy, Employment, and Education in the Digital Age. Berlin: GSI; 2021.

3. China Daily. Governance Principles for the New Generation Artificial Intelligence. China Daily; 2019.

4. Singapore Computer Society. AI Ethics & Governance Body of Knowledge. Singapore: SCS; 2020.

5. Department of Health and Social Care. Code of Conduct for Data-Driven Health and Care Technology. London: DHSC; 2019.

6. World Health Organization. Ethics and Governance of Artificial Intelligence for Health. Geneva: WHO; 2022.

7. UNESCO. Recomendación sobre la ética de la inteligencia artificial. Geneva: UNESCO; 2021.

8. Diario Oficial de la Unión Europea. Reglamento de Inteligencia Artificial (AI Act). Bruselas: UE; 2024.

9. Unión Europea. Reglamento (UE) 2017/745 relativo a los productos sanitarios. Diario Oficial de la Unión Europea. 2017; L117:1-175.

10. Agencia de Acceso a la Información Pública. Guía para Entidades Públicas y Privadas en Materia de Transparencia y Protección de Datos Personales para

una Inteligencia Artificial Responsable. Buenos Aires: AAIP; 2023.

11. Gerke S, Minssen T, Cohen G. Ethical and Legal Challenges of Artificial Intelligence-Driven Healthcare. Elsevier; 2020.

3.2 - Teleconsulta

Introducción

La teleconsulta en cardiología se ha convertido en una pieza central del modelo de atención contemporáneo, no por “moda digital”, sino porque responde a un problema viejo con herramientas nuevas (garantizar acceso oportuno, continuidad del cuidado y toma de decisiones clínicas de calidad cuando la presencialidad no siempre es posible, eficiente o necesaria). En un contexto de alta carga de enfermedad cardiovascular, sistemas de salud tensionados y pacientes cada vez más crónicos, la teleconsulta permite sostener seguimiento, educación, ajuste terapéutico y coordinación entre niveles de atención, reduciendo tiempos de espera, traslados evitables y fragmentación de la información clínica.

Sin embargo, su valor real depende menos de la plataforma y más de las reglas del juego: seguridad y confidencialidad de datos, calidad asistencial, registro en historia clínica, consentimiento informado, trazabilidad, y un marco normativo que proteja a pacientes y profesionales. Por eso, este capítulo aborda la teleconsulta como lo que es: un acto médico completo, con indicaciones y límites claros. Se revisan su definición y evolución en la práctica cardiológica, sus beneficios clínicos y organizacionales (incluyendo el impacto potencial en hospitalizaciones y costos, y su aporte a la sostenibilidad), y sus modalidades (sincrónica, asincrónica e interprofesional).

Además, se desarrollan escenarios específicos como la teleconsulta de primera vez, el empoderamiento del paciente, la personalización del seguimiento mediante integración con historia clínica e inteligencia artificial, y el uso en contextos de urgencia como herramienta inicial y protocolizada, sin sustituir la atención presencial cuando ésta es imprescindible.

12. Food and Drug Administration. Artificial Intelligence and Machine Learning in Software as a Medical Device. Silver Spring: FDA; 2023

3.2.1 Definición de teleconsulta en cardiología

La teleconsulta es una modalidad de atención médica a distancia que utiliza tecnologías de la información y comunicación (TICs) para conectar a profesionales de la salud con sus pacientes sin necesidad de un encuentro presencial (1). Forma parte del ecosistema de la salud digital y se ha consolidado como una herramienta clave en la telemedicina, facilitando el acceso oportuno y equitativo a la atención médica (2).

Este modelo permite la evaluación, el diagnóstico, el seguimiento y la toma de decisiones clínicas mediante el uso de videoconferencias, plataformas de telemedicina, aplicaciones móviles y registros electrónicos interoperables (3).

Su implementación ha demostrado beneficios en la reducción de tiempos de espera, optimización de recursos y mejora en la adherencia terapéutica, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas como las cardiovasculares (4).

Para su adecuada aplicación, la teleconsulta debe garantizar seguridad, confidencialidad y calidad asistencial, cumpliendo con normativas nacionales e internacionales, como las establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1,5).

En Argentina, su regulación ha evolucionado con la Ley de Receta Digital (27.553) y las normativas de telesalud vigentes (6). La teleconsulta no reemplaza la atención presencial, sino que la complementa, integrándose en un modelo híbrido que mejora la eficiencia del sistema de salud y promueve la continuidad del cuidado (7).

3.2.2 Importancia y evolución de la teleconsulta en la práctica cardiológica

La teleconsulta ha ganado un rol protagónico en la cardiología al facilitar el acceso a

la atención especializada, permitiendo el seguimiento proactivo de pacientes con enfermedades cardiovasculares sin la necesidad de traslados innecesarios (1,2,8).

Su evolución ha estado marcada por el avance en la tecnología de la comunicación (TICs) y dispositivos de monitoreo remoto, como los sensores portátiles y relojes inteligentes, que permiten el control en tiempo real de parámetros como la presión arterial y el ritmo cardíaco (3,4,10). Además, la pandemia de COVID-19 aceleró su adopción a nivel mundial, consolidándola como una herramienta eficaz para la evaluación clínica y la optimización de la gestión hospitalaria (5,10).

En Argentina, su implementación ha sido variable y aún enfrenta desafíos relacionados con la equidad en el acceso a tecnologías y la capacitación profesional (12). No obstante, su integración en modelos híbridos de atención está redefiniendo la práctica cardiológica, optimizando tiempos de respuesta y reduciendo costos para el sistema de salud (2,4,8).

3.2.3 Beneficios de la teleconsulta en cardiología

Accesibilidad y continuidad del cuidado

Accesibilidad en telemedicina cardiovascular: La posibilidad de brindar atención especializada de manera oportuna, especialmente para pacientes en zonas rurales o con dificultades de movilidad (4). Superando barreras geográficas y optimizando recursos.

Favorece la colaboración en red, permitiendo una integración efectiva con el sistema sanitario e incorporando al médico local como mediador o interconsultante. Esto optimiza el seguimiento, la adherencia al tratamiento y la toma de decisiones en tiempo real (5).

Prevención de descompensaciones y hospitalizaciones

La teleconsulta asociada a los datos obtenidos del monitoreo remoto a través de dispositivos portátiles, como tensiómetros digitales y sensores de ritmo cardíaco, permite una detección temprana de anomalías en pacientes con insuficiencia cardíaca, hipertensión o arritmias (4).

Esto contribuye a una reducción significativa en las hospitalizaciones y reingresos, al optimizar la toma de decisiones médicas de forma anticipada (5).

Optimización del tiempo, reducción de costos y beneficios ecológicos

La teleconsulta evita desplazamientos innecesarios, reduciendo costos tanto para el paciente como para el sistema de salud (4). Además, permite optimizar los tiempos de consulta, mejorando la eficiencia del flujo de trabajo en los centros de salud y hospitales (5).

La teleconsulta cardiovascular ofrece beneficios ecológicos al reducir la necesidad de traslados de pacientes y profesionales de la salud, disminuyendo así la huella de carbono asociada al uso de vehículos y transporte público. Además, optimiza los recursos hospitalarios al permitir un mejor manejo de la demanda sin generar desplazamientos innecesarios, lo que también reduce el consumo de energía en los centros médicos. Según el World Heart Federation Roadmap for Digital Health in Cardiology, el uso de tecnologías digitales en la salud cardiovascular no solo mejora el acceso y la eficiencia del tratamiento, sino que también contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario al minimizar el impacto ambiental (20).

3.2.4 Teleconsulta de primera vez

Se considera la teleconsulta de primera vez como una herramienta valiosa para mejorar la accesibilidad y eficiencia de los servicios de salud, como complemento a la atención presencial. Esto es especialmente relevante para la atención de primera vez, donde la interacción inicial puede realizarse a distancia para evaluar la necesidad de una visita presencial (1).

Es imprescindible que la atención sea brindada por profesionales calificados, utilizando herramientas seguras que garanticen la confidencialidad, la protección de los datos personales y la adecuada comunicación con el paciente (1,3).

El profesional interviniente es quien tiene la potestad de determinar si la atención puede continuar por vía remota o si debe ser suspendida y derivada a una consulta presencial. En

cualquier momento de la teleconsulta, el profesional podrá interrumpirla si considera que no se reúnen las condiciones adecuadas para garantizar la seguridad del paciente o la calidad de la atención (1).

La guía OMS insiste en la necesidad de proteger la confidencialidad de los datos de los pacientes durante las teleconsultas. Esto es crucial para la confianza de los usuarios y garantizar que la información sensible no sea vulnerada (1).

El éxito de la telemedicina depende del contexto en el que se implementa, incluyendo la infraestructura disponible, las necesidades específicas de la población y la facilidad de uso de la tecnología. En el caso de la atención de primera vez, es importante adaptar las herramientas y protocolos a las condiciones locales (1-3).

Se recomienda formar adecuadamente a los profesionales de la salud para que puedan adoptar y utilizar eficazmente las tecnologías digitales en la atención de primera vez. Esto incluye el uso de dispositivos móviles, historias clínicas digitales, plataformas digitales y herramientas de comunicación a distancia (1-3).

La telemedicina puede ampliar el acceso a los servicios de salud, especialmente para personas en zonas remotas o con limitaciones de movilidad. Sin embargo, es necesario abordar las desigualdades en el acceso a la tecnología para garantizar que todos los grupos puedan beneficiarse y así reducir la brecha digital (1).

La atención de urgencias y emergencias no debe ser resuelta mediante teleconsulta de primera vez, salvo que no exista otra alternativa inmediata y segura de atención presencial, y se trate de una estrategia transitoria para orientar o contener al paciente hasta su derivación (1-3).

3.2.5 Educación y empoderamiento del paciente

A través de la teleconsulta, los pacientes pueden recibir información detallada sobre su condición, hábitos saludables y tratamiento, fomentando un rol más activo en su autocuidado (4). Esto es clave en la prevención de complicaciones y la promoción de cambios en el estilo de vida, como la adherencia a la dieta y el ejercicio (5).

3.2.6 Personalización del seguimiento médico

La integración de la teleconsulta con la historia clínica electrónica y herramientas de inteligencia artificial permite un seguimiento personalizado, adaptado a las necesidades específicas de cada paciente (9).

3.2.7 Teleconsulta en situaciones de urgencia

La teleconsulta en contextos de urgencia cardiovascular ofrece múltiples aplicaciones. Puede emplearse para el triage inicial ante una solicitud de atención, ya sea realizada por pacientes, familiares, profesionales de enfermería, técnicos o personal prehospitalario. También puede surgir a partir de una interconsulta remota entre profesionales, facilitando decisiones clínicas ágiles (11,14).

La teleconsulta, en contexto de urgencia, realizada por videollamada o vía telefónica, permite establecer un primer contacto clave, siendo el primer eslabón en el algoritmo de atención. Esta interacción temprana permite evaluar la situación clínica, contener al paciente, y decidir si se requiere atención presencial inmediata o activación del sistema de emergencias. Por ejemplo, ante una alerta generada por dispositivos de monitoreo remoto (wearables) que detectan arritmias o hipoglucemias, la comunicación entre paciente y profesional puede activarse de forma inmediata, posibilitando una reevaluación precoz y, si corresponde, la preactivación del equipo de emergencia o la unidad de hemodinamia, optimizando así los tiempos de derivación y tratamiento (11-15).

Ejemplos de aplicación:

- **Síndromes coronarios agudos:** La teleconsulta como parte de estrategias de telemedicina ha demostrado mejorar la adherencia a protocolos y reducir tiempos de reperfusión en infartos agudos de miocardio (15, 18,19).

- **Insuficiencia cardíaca:** La telemonitorización combinada con teleconsultas de seguimiento ha mostrado beneficios en la reducción de hospitalizaciones, mejoría en calidad de vida y control clínico (12,16,17).

- **Emergencias hipertensivas:** Estudios comparativos han evidenciado que el abordaje ini-

cial mediante teleconsulta puede mejorar la adherencia a las guías clínicas frente a modelos tradicionales (13-18).

Nota: Las teleconsultas en urgencias no reemplazan la atención presencial, pero pueden ser una herramienta válida en etapas iniciales, cuando no existe otra alternativa inmediata. Siempre deben estar lideradas por profesionales habilitados, y su uso debe enmarcarse en protocolos establecidos que garanticen calidad, seguridad y trazabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Ethics and governance of artificial intelligence for health. Ginebra: OMS; 2024.
- Tromp J, Jindal D, Redfern J, Bhatt A, Séverin T, Bannerjee A, et al. World Heart Federation Roadmap for Digital Health in Cardiology. *Glob Heart* 2022;17:61. <https://doi.org/10.5334/gh.1141>
- Meskó B. Prompt Engineering as an Important Emerging Skill for Medical Professionals: Tutorial. *J Med Internet Res* 2023;25:e50638. <https://doi.org/10.2196/50638>
- Mazon P, Iglesias-Alvarez D, Rey Aldana D, et al. Eficacia y seguridad de una consulta electrónica en los pacientes con enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2021;40:17-3.
- Diálogo Empresarial de las Américas. Recomendaciones políticas y regulatorias para la salud digital en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo (BID); 2021.
- Ley 27.553. Receta Electrónica o Digital. Argentina; 2020. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/>
- Friedrich GR, Ardenghi JR. Telemedicina: aprovechando las tecnologías para favorecer el impacto social. *EJIS – Electronic Journal of Information Systems*. 2006;9(3):1-12.
- Filipini E, Benincasa F, Agustoni O. Telemedicina en Argentina y críticas. Buenos Aires: Hospital Militar Central; 2020.
- Organización Panamericana de la Salud. Marco normativo para la telemedicina en América Latina. OPS; 2021.
- Ministerio de Salud de Argentina. Estrategia Nacional de Salud Digital. Buenos Aires; 2022.
- Donnellan E, Watts A. Tele-emergency medicine: a systematic review of the impact of telemedicine on emergency medicine on quality of care, time to treatment, and accessibility versus traditional care. **Emerg Med J**. 2024;41(Suppl 2):A5.2.
- Gagneux-Brunon A, Flocard F, Botelho-Nevers E. Telemedicine: a new tool for managing patients with heart failure. **Rev Med Suisse**. 2016.
- Brokmann JC, Rossaint R, Müller M, Fitzner C, Villa L, Beckers SK, et al. Blood pressure management and guideline adherence in hypertensive emergencies and urgencies: A comparison between telemedically supported and conventional out-of-hospital care. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2017;19:704-12. <https://doi.org/10.1111/jch.13026>
- Koehler F, Koehler K, Deckwart O, Prescher S, Wegscheider K, Kirwan BA, et al. Efficacy of telemedical interventional management in patients with heart failure (TIM-HF2): a randomised, controlled, parallel-group, unmasked trial. *Lancet* 2018;392:1047-57. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31880-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31880-4)
- Burgos LM, Candiello A, Ferradas SS, Ramirez AG, Ordoñez S, Mondragón I, et al. Implementation of a cardiovascular emergency telephone line in response to lockdown due to COVID-19 pandemic. *J Emerg Manag* 2021 Special Issue on COVID-19;18:115-7. <https://doi.org/10.5055/jem.0523>
- Burgos LM, Benzádon M, Candiello A, Cabral MH, Conde D, Alberto de Lima A, et al. Telehealth in Heart Failure Care during COVID-19 Pandemic Lockdown in Argentina. *Int J Heart Fail* 2020;2:247-53. <https://doi.org/10.36628/ijhf.2020.0025>
- Nouri S, Khoong EC, Lyles CR, Karliner L. Addressing Equity in Telemedicine for Chronic Disease Management During the Covid-19 Pandemic. *N Eng J Med Catalyst* 2020, May 4. DOI: 10.1056/CAT.20.0123
- Suárez Fernández C, Armario P, Cepeda JM, López Carmona MD, Miramontes González JP, Said-Criado I. Recommendations for the care of patients with cardiovascular disease in health emergency situations: a call to action. *Curr Med Res Opin* 2023;39:827-32. <https://doi.org/10.1080/03007995.2023.2201100>
- <https://www.escardio.org/The-ESC/Press-Office/Press-releases/whatsapp-use-by-argentina-ambulances-associated-with-faster-heart-attack-treatment>
- Tromp J, Jindal D, Redfern J, Bhatt A, Séverin T, Bannerjee A, et al. World Heart Federation Roadmap for Digital Health in Cardiology. *Glob Heart* 2022;17:61. <https://doi.org/10.5334/gh.1141>

Modalidades de Teleconsulta en Cardiología

La teleconsulta en cardiología no se limita a la interacción en tiempo real entre médico y paciente. Existen diversas modalidades que permiten adaptar la atención a las necesidades individuales y a la infraestructura disponible.

A continuación, se describen las principales modalidades de teleconsulta utilizadas en cardiología.

Teleconsulta Sincrónica (en tiempo real)

Es la modalidad en la que el paciente y el profesional de la salud interactúan en tiempo real a través de videoconferencias, llamadas telefónicas

o plataformas digitales de salud. Este tipo de consulta permite una evaluación clínica inmediata, facilitando la toma de decisiones en tiempo real y mejorando la experiencia del paciente (2).

Ejemplos de su aplicación en cardiología incluyen:

- Evaluación de síntomas agudos, como dolor torácico o arritmias.
- Ajuste de medicación en pacientes con insuficiencia cardíaca.
- Educación del paciente sobre cambios en el estilo de vida y adherencia terapéutica.

Teleconsulta asincrónica (diferida)

En esta modalidad, la información médica del paciente, incluyendo imágenes, electrocardiogramas y otros datos clínicos, es recopilada y enviada a un especialista para su evaluación en un momento posterior. No requiere la presencia simultánea del paciente y el profesional, lo que facilita el acceso a la opinión de expertos sin necesidad de traslados (3).

Ejemplos en cardiología incluyen:

- Interpretación remota de electrocardiogramas (ECG).
- Segunda opinión médica para casos complejos.
- Evaluación de estudios de imagen cardíaca, como ecocardiogramas o resonancias magnéticas cardíacas.

Teleconsulta Interprofesional (teleinterconsulta)

Facilita la comunicación entre diferentes profesionales de la salud sin la participación directa del paciente. Se utiliza para la gestión de casos clínicos complejos, optimización del tratamiento y mejora de la coordinación entre niveles de atención (5).

Ejemplos incluyen:

- Comunicación entre médicos de atención primaria y cardiólogos para la gestión de pacientes con factores de riesgo cardiovascular.

- Discusión de casos clínicos en equipos multidisciplinarios (Heart Team).

- Coordinación de tratamientos entre cardiólogos, y equipo multidisciplinario para pacientes con enfermedades sistémicas, crónicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ethics and governance of artificial intelligence for health. Guidance on large multi-modal models. Ginebra: OMS; 2024.
2. Filipini E, Benincasa F, Agustoni O. Telemedicina en Argentina y críticas. Buenos Aires: Hospital Militar Central; 2020.
3. Tromp J, Jindal D, Redfern J, Bhatt A, Séverin T, Bannerjee A, et al. World Heart Federation Roadmap for Digital Health in Cardiology. *Glob Heart* 2022;17:61. <https://doi.org/10.5334/gh.1141>
4. Mazon P, Iglesias-Alvarez D, Rey Aldana D, et al. Eficacia y seguridad de una consulta electrónica (e-consulta) en los pacientes con enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2021;4017-3.
5. Meskó B. A Guide to Digital Health. The Medical Futurist Institute; 2023.
6. Diálogo Empresarial de las Américas. Recomendaciones políticas y regulatorias para la salud digital en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo (BID); 2021.
7. Friedrich GR, Ardenghi JR. Telemedicina: aprovechando las tecnologías para favorecer el impacto social. *EJIS – Electronic Journal of Information Systems* 2006;9:1-12. <https://doi.org/10.21529/RESI.2006.0503006>

Requisitos tecnológicos para la optimización de las teleconsultas en cardiología

El desarrollo y expansión de la telemedicina en cardiología han demostrado ser herramientas claves para mejorar el acceso a la atención, optimizar la continuidad del cuidado y reducir la carga asistencial en los sistemas de salud. Para garantizar un desempeño eficaz y seguro de las teleconsultas, es fundamental contar con una infraestructura tecnológica sólida basada en tecnologías de la información y la comunicación (TICs). A continuación, se detallan los principales requerimientos tecnológicos para su implementación exitosa.

Infraestructura de conectividad y accesibilidad

El acceso a internet de banda ancha es un pilar esencial para la teleconsulta efectiva, per-

mitiendo la transmisión en tiempo real de datos clínicos, imágenes y videollamadas de alta calidad (1). En zonas rurales o con conectividad limitada, es necesario considerar opciones como redes móviles (4G/5G), enlaces satelitales y tecnologías inalámbricas para reducir la brecha digital (2).

Interoperabilidad y sistemas de información

Los sistemas de teleconsulta deben integrarse con los registros electrónicos de salud y las plataformas hospitalarias para facilitar la gestión de la historia clínica, la prescripción electrónica y la continuidad del tratamiento (3). La interoperabilidad entre diferentes plataformas y estándares es clave para permitir la comunicación fluida entre los distintos niveles de atención y especialidades.

Seguridad y protección de Datos

La telemedicina debe garantizar altos estándares de ciberseguridad para la protección de la información médica sensible, cumpliendo con normativas internacionales y regionales sobre privacidad de datos (4). La encriptación de extremo a extremo, la autenticación multifactor y los protocolos de acceso seguro son esenciales para prevenir vulnerabilidades y ataques informáticos.

Plataformas y Herramientas de comunicación

Las teleconsultas requieren interfaces de usuario intuitivas y accesibles para profesionales y pacientes. Las plataformas deben ofrecer videollamadas en alta definición, mensajería segura, almacenamiento de imágenes médicas y herramientas de telemonitorización (5). Además, la inteligencia artificial y el análisis de datos pueden facilitar la toma de decisiones clínicas basadas en evidencia (6).

Equipos biomédicos y telemonitorización

La monitorización remota de pacientes con enfermedades cardiovasculares a través de dispositivos como electrocardiógrafos portátiles, monitores de presión arterial y wearables, permite un seguimiento más preciso y continuo (7). Estos dispositivos deben estar integrados con los sistemas de salud y contar con algorit-

mos que alerten a los profesionales en caso de parámetros anormales.

Capacitación y alfabetización digital

Para garantizar el uso eficiente de las TICs en telemedicina, es fundamental la capacitación continua de los profesionales de la salud en el manejo de plataformas digitales, ciberseguridad y análisis de datos. Del mismo modo, los pacientes deben recibir educación digital para interactuar adecuadamente con las herramientas de teleconsulta (8).

BIBLIOGRAFÍA

8. Friedrich GR, Ardenghi JR. Telemedicina: aprovechando las tecnologías para favorecer el impacto social. *EJIS – Electronic Journal of Information Systems*. 2006;9(3):1-12.
9. Filipini, E., Benincasa, F., Agustoni, O. Telemedicina: El uso de Tecnologías Disruptivas que impulsan la humanización en el arte de la salud. *SISIAC*. Obtenido de <https://sisiac.org/share/Telemedicina.pdf>
10. Tromp J, Jindal D, Redfern J, et al. World Heart Federation Roadmap for Digital Health in Cardiology. *Global Heart*. 2022;17(1):61. DOI:10.5334/gh.1141.
11. Diálogo Empresarial de las Américas. Recomendaciones políticas y regulatorias para la salud digital en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo (BID); 2021.
12. Meskó B. A Guide to Digital Health. The Medical Futurist Institute; 2023.
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ethics and governance of artificial intelligence for health. Guidance on large multi-modal models. Ginebra: OMS; 2024.
14. Mazon P, Iglesias-Alvarez D, Rey Aldana D, et al. Eficacia y seguridad de una consulta electrónica (e-consulta) en los pacientes con enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2021;4017-3.
15. Meskó B. A Guide to Digital Health. The Medical Futurist Institute; 2023.
16. Tromp J, Jindal D, Redfern J, et al. World Heart Federation Roadmap for Digital Health in Cardiology. *Global Heart*. 2022;17(1):61. DOI:10.5334/gh.1141.

Buenas Prácticas en la Teleconsulta: Recomendaciones Fundamentales

La teleconsulta se ha convertido en una herramienta clave dentro de la atención médica moderna, ofreciendo acceso a la salud en contextos donde la consulta presencial puede ser difícil o ineficiente. Sin embargo, su implementación debe regirse por principios que garanticen su efectivi-

dad, seguridad y complementariedad con la atención tradicional.

Uno de los aspectos esenciales en la práctica de la teleconsulta es su rol como complemento de la consulta presencial y no como un sustituto absoluto. Si bien permite mejorar la accesibilidad y optimizar el tiempo del equipo médico, hay situaciones en las que una evaluación física es insustituible. En este sentido, la teleconsulta de primera vez debe ir acompañada de una evaluación presencial posterior, ya que algunos datos clínicos, como la palpación, no pueden ser obtenidos a través de medios digitales (12-15). La duración de estas primeras consultas debe ser suficiente para recopilar de manera completa la historia clínica del paciente y garantizar que la información registrada en la Historia Clínica Electrónica (HCE) sea precisa y útil para el seguimiento (13-16).

La teleconsulta también puede dividirse en dos modalidades: sincrónica y asincrónica. La sincrónica, que se realiza en tiempo real mediante videollamada o llamada telefónica, es la forma más utilizada en la práctica clínica. La asincrónica, en la que la información es enviada y respondida en diferentes momentos, puede ser útil para ciertos escenarios, como la consulta entre profesionales o la evaluación de estudios previos antes de una consulta forma (12).

El acceso a la teleconsulta debe garantizarse para la mayor cantidad de pacientes posible, incluyendo aquellos con dificultades para interpretar información médica, problemas auditivos o limitaciones para comunicarse verbalmente. En estos casos, se pueden adoptar estrategias como el uso de intérpretes, asistentes familiares o tecnologías de apoyo que permitan una comunicación efectiva sin excluir a estos pacientes de los beneficios de la telemedicina. Y asegurar la atención en comunidades con acceso limitado a internet: Se debe promo-

ver la implementación de modelos híbridos que combinen teleconsulta con estrategias de atención presencial en centros de salud.

El seguimiento de pacientes es una de las áreas donde la teleconsulta ha demostrado mayor eficacia. Su uso es altamente recomendado para la devolución de resultados de estudios, educación del paciente y control de enfermedades crónicas, siempre y cuando no haya surgido algún síntoma nuevo que sugiera un cambio en el estado de salud del paciente y que amerite una evaluación en persona (17). Además, su implementación debe estar acompañada de una infraestructura adecuada, con conectividad estable, buena iluminación y un sistema de audio de calidad, factores que influyen directamente en la claridad de la comunicación y en la generación de empatía en la relación médico-paciente (15).

Por otro lado, la teleconsulta ha demostrado ser una herramienta valiosa en la toma de decisiones médicas compartidas, especialmente en la consulta entre especialistas. Su uso es altamente recomendable para la discusión de casos clínicos complejos y la conformación de equipos multidisciplinarios, como los Heart Teams, permitiendo que distintos profesionales colaboren en la planificación del tratamiento más adecuado para el paciente (17).

Respecto de la ética y la relación médico paciente, se debe garantizar la calidad de la comunicación en la teleconsulta:

Se recomienda que los profesionales de la salud reciban capacitación en comunicación digital efectiva, asegurando una interacción empática y clara con el paciente, a pesar de la distancia.

Respetar la autonomía del paciente: Es importante que en la teleconsulta se informe adecuadamente al paciente sobre sus opciones de tratamiento, riesgos y beneficios, asegurando un consentimiento informado dinámico, no solo en términos legales sino

también en la comprensión del paciente.

El avance de la telemedicina ha generado la necesidad de adaptar el marco legal para garantizar que los servicios de teleconsulta sean seguros, confiables y jurídicamente válidos. La implementación de normativas claras no solo protege los derechos de los pacientes y profesionales de la salud, sino que también facilita la integración de la teleconsulta en los sistemas de salud de manera estructurada y sostenible.

Uno de los aspectos clave en la regulación de la teleconsulta es la utilización de la firma electrónica para la confección de documentos médicos, tales como derivaciones, aptos médicos y certificados de salud. La firma electrónica garantiza la autenticidad, integridad y validez legal de estos documentos, permitiendo su uso en trámites administrativos y en la continuidad de la atención médica. Su implementación reduce la necesidad de desplazamientos innecesarios, facilita la interoperabilidad de la documentación entre distintos niveles de atención y agiliza los procesos en instituciones de salud pública y privada (14).

En la misma línea, se recomienda la utilización de la receta digital para la prescripción de medicamentos y pedidos médicos. La receta digital no solo optimiza la gestión de tratamientos farmacológicos, sino que también reduce el riesgo de errores en la interpretación de prescripciones y permite un mejor control del uso de medicamentos, en especial aquellos sujetos a fiscalización. Su implementación debe estar respaldada por sistemas de autenticación segura que validen la identidad del profesional prescriptor y del paciente, asegurando el cumplimiento de las normativas vigentes en cada jurisdicción (16).

Finalmente, la mejora continua en la teleconsulta requiere la participación activa de pacientes y profesionales en la evaluación del servicio. Al finalizar cada encuentro virtual, es recomendable obtener retroalimentación sobre la experiencia, tanto desde la perspectiva del paciente como del equipo de salud. Esto permite detectar oportunidades de mejora y ajustar los procesos para optimizar la calidad de la atención (17).

Recomendaciones generales en la buena práctica teleconsultas cardiovasculares	Clase	Nivel de evidencia
La teleconsulta programada constituye una herramienta válida y complementaria de la consulta presencial, siempre que el paciente se encuentre clínicamente estable y no presente síntomas que comprometan su vida o requieran atención de urgencia.	I	B
Garantizar Principios éticos de la atención médica, autonomía, privacidad y calidad.	I	C
En el marco de la teleconsulta, se recomienda el uso de la receta digital con firma electrónica para emitir indicaciones terapéuticas y farmacológicas.	I	C
Se puede considerar el uso de teleconsulta de urgencia como uso complementario a la consulta presencial, en casos específicos donde se puedan disminuir tiempos y facilitar la pre-activación de sistemas de emergencia.	Ila	C
Para reducir la brecha digital, en pacientes vulnerables, o con limitaciones a la accesibilidad, se recomienda implementar la teleconsulta sincrónica institucional, donde personal capacitado pueda asistir a los pacientes en el uso de TICs	Ila	C
La teleconsulta se recomienda como herramienta de 2da opinión entre distintos colegas y subespecialistas e incluso en la confección de Heart Team.	Ila	C
No se recomienda la teleconsulta como evaluación única de pacientes con síntomas compatibles con riesgo de vida.	III	C

Recomendaciones	Clase	Nivel de evidencia
La teleconsulta es un acto médico, por lo cual los profesionales deben mantener los mismos principios éticos, normas de privacidad, registros en historia clínica electrónica y seguridad de los datos como en las consultas presenciales.	I	C
Desarrollar y apoyar la implementación de programas de alfabetización digital para proveedores de la salud para asegurar que tengan la capacitación adecuada para el uso de sistemas de TC y de HCE	I	C

La teleconsulta, es un acto médico, debe mantener los mismos estándares éticos, legales y clínicos que la consulta presencial. Los profesionales de la salud deben garantizar la confidencialidad de la información, la seguridad de los datos y el cumplimiento de normativas que protejan tanto al paciente como al sistema de salud.

Un principio fundamental es que la teleconsulta debe ser abordada con el mismo rigor que una consulta presencial. Esto implica que el profesional debe cumplir con las normas de privacidad y confidencialidad de la información, asegurando que todos los datos obtenidos durante la consulta sean resguardados conforme a la legislación vigente (12,15). La historia clínica debe completarse con el mismo nivel de detalle, documentando el motivo de consulta, los antecedentes relevantes, la evaluación clínica y las indicaciones médicas, de manera que el registro sea útil para futuras consultas y seguimientos (13).

Por otro lado, la interacción médico-paciente en la teleconsulta debe conservar los principios de comunicación efectiva y empatía. A pesar de la distancia física, es fundamental que el profesional mantenga una actitud atenta y comprensiva, asegurándose de que el paciente comprenda toda la información proporcionada. La claridad en las indicaciones y la posibilidad de resolver dudas en el momento de la consulta virtual son factores que contribuyen a una me-

jor experiencia y a un mayor compromiso del paciente con su tratamiento (15).

Además, la capacitación del profesional en el uso de plataformas digitales es clave para garantizar la calidad de la teleconsulta. Un sistema de salud digital eficiente requiere que los médicos y otros profesionales estén familiarizados con las herramientas disponibles, incluyendo la historia clínica electrónica interoperable y los medios de comunicación utilizados en la telemedicina (12, 16). La alfabetización digital del personal de salud no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también optimiza los tiempos de consulta, permitiendo que el médico se enfoque en la atención y no en dificultades técnicas.

Para que la teleconsulta sea una herramienta ágil y efectiva, es necesario que los profesionales de la salud reciban capacitación previa en el uso de plataformas digitales y en la gestión de la Historia Clínica Electrónica (HCE) interoperable. Un ecosistema de salud digital bien estructurado no solo optimiza tiempos, sino que también evita errores administrativos y facilita la toma de decisiones clínicas basadas en información accesible y organizada (16). En este sentido, el desarrollo de programas de alfabetización digital dirigidos a los proveedores de salud es una estrategia clave para garantizar que todos los profesionales puedan utilizar de manera eficiente las herramientas de telemedicina (12).

Recomendaciones técnico-administrativas de las teleconsultas	Clase	Nivel de evidencia
La Teleconsulta debe ser considerada un acto médico por lo cual los prestadores de salud deben garantizar el pago de honorarios acordes.	I	C
Las teleconsultas deben desarrollarse en un ámbito de confidencialidad, con adecuada conectividad, iluminación y sistema de audio que favorezca la correcta comunicación y la empatía en la relación médico-paciente.	I	C
Se recomienda que durante el enrolamiento del paciente, se realice la aceptación del paciente de los beneficios y potenciales limitaciones de la TC mediante la firma de un consentimiento informado, según ley nro 265329.	I	C

El éxito de la teleconsulta no solo depende del acto médico en sí, sino también de las condiciones técnicas y administrativas que la rodean. Para que esta herramienta se desarrolle con calidad y seguridad, es fundamental establecer estándares que regulen su funcionamiento, asegurando una experiencia eficiente tanto para el paciente como para el profesional de la salud.

Uno de los aspectos clave en la regulación de la teleconsulta es su reconocimiento como acto médico formal, lo que implica que los prestadores de salud deben garantizar una remuneración acorde a los profesionales que la realizan. Al igual que la consulta presencial, la teleconsulta requiere tiempo, dedicación y responsabilidad, por lo que su valor no debe ser subestimado dentro de los sistemas de salud públicos y privados (13).

Además, la calidad de la consulta virtual está directamente relacionada con las condiciones del entorno en el que se realiza. La confidencialidad es un principio fundamental que debe garantizarse en todo momento, asegurando que el paciente se sienta cómodo al compartir información médica sensible. Del mismo modo, una conectividad estable, una iluminación adecuada y un sistema de audio de calidad son esenciales para una comunicación fluida y efectiva, lo que impacta directamente en la relación médico-paciente y en la claridad de la consulta (15).

Otro aspecto esencial en la regulación de la teleconsulta es el proceso de enrolamiento del paciente, donde se le debe informar claramente sobre los beneficios y posibles riesgos de este tipo de atención. Para ello, se recomienda la firma de un consentimiento informado, alineado con la Ley 26.529 sobre derechos del paciente, asegurando así que la consulta cumpla con el marco legal vigente (13).

Desde el punto de vista de la infraestructura, la estabilidad del servicio es fundamental para evitar interrupciones en la comunicación. Se recomienda que las plataformas de teleconsulta funcionen sobre redes de fibra óptica en hogares y centros médicos, garantizando una conexión rápida y segura. En zonas remotas o con acceso limitado a internet, la mejor alternativa es el uso de tecnología satelital, permitiendo que la telemedicina llegue a comunidades con dificultades de conectividad (14).

Por último, la organización y planificación de la consulta virtual es clave para su éxito. Se recomienda que los profesionales establezcan protocolos de trabajo previos a la teleconsulta, incluyendo la organización de la agenda, la revisión de documentos clínicos y el envío de órdenes médicas o recetas electrónicas. Una consulta bien estructurada permite optimizar tiempos, reducir errores y mejorar la calidad de la atención brindada (15).

BIBLIOGRAFÍA

- World Heart Federation. Roadmap for Digital Health in Cardiology. 2022.
- Organización Mundial de la Salud. Ética y gobernanza de la inteligencia artificial para la salud: Guía sobre grandes modelos multimodales. Ginebra: OMS; 2023.
- Meskó B. A Guide to Digital Health. The Medical Futurist Institute; 2022.
- Filipini E, Benincasa F, Agustoni O. Telemedicina Argentina y críticas. 2020.
- Friedrich GR, Ardenghi JR. Telemedicina: Aprovechando las tecnologías para favorecer el impacto social. *Electronic Journal of Information Systems*; 2006.
- Mazón P, Iglesias-Álvarez D, Rey Aldana D, Portela-Romero M. Eficacia y seguridad de una consulta electrónica (e-consulta) en los pacientes con enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2021.
- Ministerio de Salud de Argentina. Recomendaciones y políticas regulatorias sobre salud digital en América Latina. 2021.
- Ley 25.326 de Protección de Datos Personales. Boletín Oficial de la República Argentina. Publicada el 30 de octubre de 2000.
- Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Boletín Oficial de la República Argentina. Publicada el 21 de octubre de 2009.
- Health Level Seven International (HL7). FHIR Standard for Healthcare Data Exchange. 2022.
- Organización Panamericana de la Salud. Marco estratégico para la implementación de la salud digital en las Américas. OPS; 2021.
- American Telemedicine Association. Core Operational Guidelines for Telehealth Services Involving Provider-Patient Interactions. 2020.
- European Society of Cardiology. Position Paper on Digital Health and Telemedicine in Cardiovascular Care. *Eur Heart J*. 2021;42(25):2516-37.
- Dorsey ER, Topol EJ. State of Telehealth. *N Engl J Med*. 2020;382(18):1677-9.
- Shaw J, Jamieson T, Agarwal P, Griffin B, Wong I, Bhatia RS. Virtual care policy recommendations for patient-centered primary care: Findings of a consensus policy dialogue using a nominal group technique. *J Telemed Telecare*. 2021;27:5-12.
- Bashshur RL, Shannon GW, Krupinski EA, Grigsby J. The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions in Primary Care. *Telemed J E Health*. 2016;22:342-75.
- Greenhalgh T, Rosen R, Shaw SE, Byng R, Faulkner S, Finlay T, et al. Planning and evaluating remote consultation services: A new conceptual framework incorporating complexity and practical ethics. *Front Digit Health*. 2021;3:726095.
- World Heart Federation. Roadmap for Digital Health in Cardiology. 2022.
- Organización Mundial de la Salud. Ética y gobernanza de la inteligencia artificial para la salud: Guía sobre grandes modelos multimodales. Ginebra: OMS; 2023.
- Meskó B. A Guide to Digital Health. The Medical Futurist Institute; 2022.
- Filipini E, Benincasa F, Agustoni O. Telemedicina Argentina y críticas. 2020.
- Friedrich GR, Ardenghi JR. Telemedicina: Aprovechando las tecnologías para favorecer el impacto social. *Electronic Journal of Information Systems*; 2006.
- Mazón P, Iglesias-Álvarez D, Rey Aldana D, Portela-Romero M. Eficacia y seguridad de una consulta electrónica (e-consulta) en los pacientes con enfermedad cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2021.

24. Ministerio de Salud de Argentina. Recomendaciones y políticas regulatorias sobre salud digital en América Latina. 2021.
25. Ley 25.326 de Protección de Datos Personales. Boletín Oficial de la República Argentina. Publicada el 30 de octubre de 2000.
26. Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Boletín Oficial de la República Argentina. Publicada el 21 de octubre de 2009.
27. Health Level Seven International (HL7). FHIR Standard for Healthcare Data Exchange. 2022.
28. Organización Panamericana de la Salud. Marco estratégico para la implementación de la salud digital en las Américas. OPS; 2021.
29. American Telemedicine Association. Core Operational Guidelines for Telehealth Services Involving Provider-Patient Interactions. 2020.
30. European Society of Cardiology. Position Paper on Digital Health and Telemedicine in Cardiovascular Care. Eur Heart J. 2021;42:2516-37.
31. Dorsey ER, Topol EJ. State of Telehealth. N Engl J Med. 2020;382(18):1677-9.
32. Shaw J, Jamieson T, Agarwal P, et al. Virtual care policy recommendations for patient-centered primary care: Findings of a consensus policy dialogue using a nominal group technique. J Telemed Telecare. 2021;27(1):5-12.
33. Bashshur RL, Shannon GW, Krupinski EA, Grigsby J. The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions in Primary Care. Telemed J E Health. 2016;22(5):342-75.
34. Greenhalgh T, Rosen R, Shaw SE, Byng R, Faulkner S, Finlay T, et al. Planning and evaluating remote consultation services: A new conceptual framework incorporating complexity and practical ethics. Front Digit Health. 2021;3:726095.
35. Nouri S, Khoong EC, Lyles CR, Karliner L. Abordar la equidad en la telemedicina para el tratamiento de enfermedades crónicas durante la pandemia de COVID-19. NEJM Catalyst Innov Care Deliv. 4 de mayo de 2020. doi: 10.1056/CAT.20.0123.

El Futuro de la Teleconsulta: avances tecnológicos, Inteligencia Artificial, Chatbots y Big Data

La teleconsulta ha transformado la prestación de servicios de salud, facilitando el acceso oportuno a la atención médica y mejorando la gestión de enfermedades crónicas. A medida que avanzan las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), el futuro de la teleconsulta se perfila aún más prometedor con la incorporación de inteligencia artificial (IA), chatbots, big data y wearables.

Estos desarrollos permitirán un diagnóstico más preciso, una mejor personalización de los tratamientos y una optimización de los recursos sanitarios. En este artículo, analizamos

cómo estas tecnologías están redefiniendo la teleconsulta y su impacto en la atención médica global.

Expansión wearables en telemedicina. M-Health

Los wearables están revolucionando la teleconsulta mediante dispositivos médicos conectados que recopilan, transmiten y analizan datos de los pacientes en tiempo real (2). Esto permite una monitorización continua y una intervención médica más rápida, reduciendo hospitalizaciones y mejorando la eficiencia del sistema de salud.

Algunos dispositivos clave incluyen:

- Smartwatches y sensores biométricos: monitoreo de ritmo cardíaco, presión arterial y niveles de oxígeno en sangre, estetoscopios electrónicos (3).
- Monitores de glucosa continuos: uso en diabetes para el ajuste inmediato del tratamiento (3).
- Sensores implantables para insuficiencia cardíaca: detectan signos tempranos de descompensación (3).

Estos dispositivos permitirán que la teleconsulta sea más proactiva en la identificación de enfermedades, en lugar de limitarse a la evaluación de síntomas ya manifestados.

Plataformas de Teleconsulta con Inteligencia Artificial

Las plataformas de teleconsulta han evolucionado de simples sistemas de videoconferencia a plataformas integradas con inteligencia artificial (IA). Estas plataformas pueden:

- Analizar la historia clínica del paciente y sugerir diagnósticos probables (6).
- Priorizar consultas según la gravedad del cuadro clínico (6).
- Automatizar la gestión de turnos y seguimiento de pacientes crónicos (6).

Inteligencia artificial y su impacto en la teleconsulta

Los sistemas de aprendizaje automático y redes neuronales profundas están mejorando la precisión diagnóstica en diversas áreas médicas. En teleconsulta, la IA puede analizar:

- Electrocardiogramas para detectar arrit-

mias con mayor precisión que los médicos generales (2,4).

- Radiografías y tomografías para evaluar signos tempranos de neumonía o cáncer (2,4).
- Patrones en la voz del paciente para detectar enfermedades neurológicas o trastornos psiquiátricos (2,4).

Automatización con chatbots médicos

Los chatbots están revolucionando la teleconsulta al ofrecer atención inicial sin necesidad de un médico presente.

Estos sistemas basados en IA pueden:

- Realizar anamnesis automatizada, recopilando síntomas y antecedentes del paciente (2).
- Ofrecer recomendaciones preliminares y derivar los casos urgentes a especialistas (2).
- Recordar a los pacientes la toma de medicación y seguimiento de estudios (2).

Estudios han demostrado que los chatbots pueden reducir en un 30-40% la carga de trabajo de los médicos en sistemas de teleconsulta, mejorando la accesibilidad y reduciendo costos (2).

Big data e inteligencia artificial en la teleconsulta

Análisis Predictivo para la prevención de enfermedades

El "big data" permitirá que los sistemas de salud analicen millones de teleconsultas y encuentren patrones predictivos en la evolución de enfermedades. Estos modelos predictivos permitirán un enfoque más preventivo en la teleconsulta, reduciendo la carga hospitalaria y los costos en salud.

Integración de big data con la historia clínica electrónica

Uno de los mayores desafíos en la teleconsulta es la fragmentación de la información del paciente. La integración de big data con la historia clínica electrónica (HCE) permitirá:

- Acceso inmediato a estudios previos y antecedentes clínicos (2,5).

- Comparación de los datos actuales del paciente con tendencias históricas (2,3,5).

- Uso de IA para generar alertas sobre interacciones medicamentosas o riesgos clínicos (2,4,5).

Desafíos y perspectivas futuras

A pesar de los avances, la evolución de la teleconsulta enfrenta desafíos como:

- Regulación y seguridad de datos: es necesario un marco normativo claro para garantizar la privacidad del paciente y la interoperabilidad entre plataformas (2,5).
- Brecha digital: no todos los pacientes tienen acceso a dispositivos inteligentes o internet de calidad (2,5).
- Capacitación de profesionales: los médicos deben adaptarse a nuevas herramientas digitales y algoritmos de IA (2,5).

BIBLIOGRAFÍA

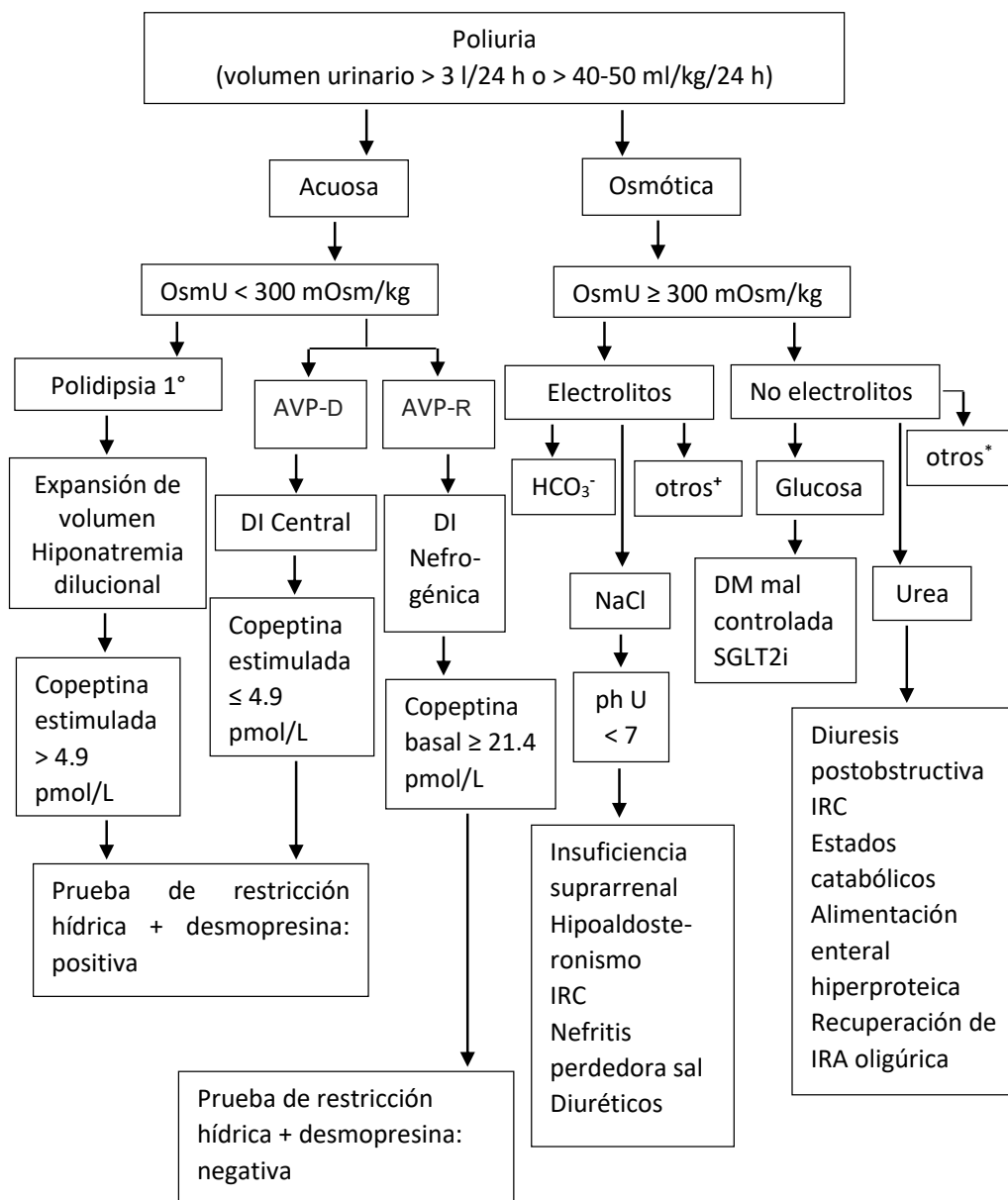
1. Organización Mundial de la Salud. Ethics and governance of artificial intelligence for health. Ginebra: OMS; 2024.
2. Tromp J, Jindal D, Redfern J, et al. World Heart Federation Roadmap for Digital Health in Cardiology. Global Heart. 2022;17(1):61.
3. Meskó B. A Guide to Digital Health. The Medical Futurist Institute; 2023.
4. Mazon P, Iglesias-Alvarez D, Rey Aldana D, et al. Eficacia y seguridad de una consulta electrónica en los pacientes con enfermedad cardiovascular. Rev Esp Cardiol. 2021;4017-3.
5. Ministerio de Salud de Argentina. Estrategia Nacional de Salud Digital. Buenos Aires; 2022.

ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

FICHA Nº 3

Dra. Silvia I. Falasco

ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE POLIURIA



AVP-D: deficiencia de arginina- vasopresina; **AVP-R:** resistencia arginina- vasopresina; **HCO₃⁻:** bicarbonato; **DI:** diabetes insípida; **DM:** diabetes mellitus; **IRA:** injuria renal aguda; **IRC:** insuficiencia renal crónica; **NaCl:** cloruro de sodio; **OsmU:** osmolalidad urinaria; **U:** urinaria/o; **SGLT2i:** inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2; + hipercalcemia; * manitol

ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE POLIURIA

El volumen urinario deberá cuantificarse para definir la presencia de poliuria, no confundir aumento de la frecuencia miccional con aumento del volumen (polaquiuria, nicturia). La OsmU clasificará a la poliuria como acuosa u osmótica. En la poliuria hipotónica un sodio plasmático alto favorece el diagnóstico de AVP-D y AVP-R aunque puede estar normal compensado por la polidipsia. Si el sodio es bajo favorece el diagnóstico de polidipsia primaria (PP) cuya etiología puede corresponder a una causa psicógena (potomanía) o más raramente a un trastorno primario de la sed (polidipsia primaria dipsogénica) como se ve en la neurosarcoidosis hipotalámica y en otras enfermedades infiltrativas o vasculares. A diferencia de la diabetes insípida aquí la poliuria y polidipsia predominan durante la vigilia.

La deficiencia de arginina-vasopresina (AVP-D), término con el cual se reconoce actualmente a la diabetes insípida central (DIC), se produce por daño de la neurohipófisis por traumatismos, neurocirugía, enfermedades autoinmunes e infiltrativas, tumores primarios o secundarios o bien por disfunción de los osmorreceptores (en este caso no hay polidipsia). Puede ser también de causa genética. En la resistencia a la arginina-vasopresina (AVP-R) denominada anteriormente diabetes insípida nefrogénica (DIN) hay una respuesta deficiente a la AVP de los receptores V2 o acuaporinas tipo 2 (AQP2) del túbulo colector. Para el diagnóstico diferencial de PP, AVP-D y AVP-R la copeptina, que es el péptido C-terminal de la pro-vasopresina, que tiene una vida media más larga y es más fácil de medir que la AVP es un marcador de gran precisión diagnóstica. Un valor basal ≥ 21.4 pmol/L tiene una sensibilidad y especificidad del 100 % para diagnóstico de DIN. Los valores de corte ≤ 4.9 o > 4.9 después de la infusión de solución salina hipertónica permiten diferenciar DIC de PP respectivamente con una sensibilidad aproximada del 93 % y especificidad del 100%.

La prueba de restricción hídrica + desmopresina queda como alternativa según disponibilidad de copeptina. Un aumento de la osmolaridad urinaria > 50 % es compatible con una DIC completa. Se complementará el estudio de esta última con RM cerebral. Cuando la osmolaridad urinaria está entre 300 y 800 mOsm/kg tras privación de agua, el diagnóstico diferencial está entre DIC parcial o PP. Tras la administración de desmopresina en la DIC parcial, hay un aumento < 50 % en la osmolaridad urinaria. Son algunas etiologías de AVP-R fármacos como el litio, anfotericina B; la hipercalcemia; hipokalemia; síndrome de Sjögren; trastornos hereditarios; etc.

La poliuria osmótica por pérdida de bicarbonato se observa frente a un exceso de aporte exógeno, trastornos a nivel del túbulo proximal, uso de inhibidores de la anhidrasa carbónica. Otro electrolito responsable de poliuria corresponde al calcio. Incluimos también aquí otras tubulopatías que por defecto tubular alteran la reabsorción de solutos. El aporte excesivo de glucosa endovenoso, así como también el manitol y los contrastes radiológicos pueden provocar una poliuria osmótica. Tener en cuenta los inhibidores de SGLT2 que generan glucosuria por inhibición del cotransportador sodio-glucosa tipo 2.

BIBLIOGRAFÍA

1. Falasco Silvia Iris. Algoritmo diagnóstico de la poliuria. Revista de Medicina Interna 2017;13(4):185-186.
2. Flynn K, Hatfield J, Brown K, Vietor N and Hoang T. Central and nephrogenic diabetes insipidus: updates on diagnosis and management. Front. Endocrinol. 2025; 15:1479764. doi: 10.3389/fendo.2024.1479764
3. Rivas Montenegro A, Fernández González L, Guerra López A, Albarrán González O. Protocolo diagnóstico de la poliuria. Medicine 2024;14 (17):1026-1029.
4. Ramírez-Guerrero G, Müller-Ortiz H, Pedreros-Rosales C. Poliuria en el adulto. Una aproximación diagnóstica basada en la fisiopatología. Rev Clin Esp. 2022;222:301-8.

IV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA INTERNA CLÍNICA MÉDICA - SMIBA 2026



24 AL 28
DE OCTUBRE



ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA
Av. Santa Fe 1171, CABA



CONSULTÁ EL PROGRAMA DEL CONGRESO



ACTIVIDADES
POR DÍA Y HORARIO



CONFERENCIAS
Y SIMPOSIOS



DISERTANTES
NACIONALES E
INTERNACIONALES



CONTENIDOS DE
EXCELENCIA



smiba.org.ar



MEDICINA INTERNA:
CIENCIA, PERSONA
Y SOCIEDAD



IV Congreso Internacional de Medicina Interna – Clínica Médica

36° Congreso Argentino de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires (SMIBA).

Jornadas SOLAMI de Medicina Interna.

IX Jornadas SOLAT.

VII Jornadas del Foro Iberoamericano de Educación de Médica.

4° Reunión Latino Americana de Mujeres Internistas.

Jornadas Rioplatenses de Medicina Interna.

VI Jornadas de Residentes con la realización del Dr. Dilemma.

24 al 28 de Octubre de 2026

Sede: Asociación Médica Argentina

Sábado 24 de Octubre de 10.00 a 11.15 h
Salón Mariano Castex

DESAFÍOS INTRAHOSPITALARIOS – DR. DILEMMA

Coordinadores: Dra. Viviana Falasco, Dr. Oscar Canteli y Dr. Carlos Nitsch (Guatemala)

Presidenta: Dra. María Elena Szyrma

Secretaria: Dra. Carla González

Sábado 24 de Octubre de 10.00 a 11.15 h
Salón Primer Piso

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

Sábado 24 de Octubre de 10.00 a 11.15 h
Salón Entrepiso

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

EXPOSICIÓN COMERCIAL
de 11.15 a 11.45 h

Sábado 24 de Octubre de 11.45 a 13.00 h
Salón Mariano Castex

DESAFÍOS INTRAHOSPITALARIOS – DR. DILEMMA

Coordinadores: Dra. Viviana Falasco, Dr. Oscar Canteli y Dr. Carlos Nitsch (Guatemala)

Presidenta: Dra. María Elena Szyrma

Secretaria: Dra. Carla González

Sábado 24 de Octubre de 11.45 a 13.00 h
Salón Primer Piso

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

Sábado 24 de Octubre de 11.45 a 13.00 h
Salón Entrepiso

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

ALMUERZO de 13.00 a 14.00 h

Sábado 24 de Octubre de 14.00 a 15.15 h
Salón Mariano Castex

DESAFÍOS INTRAHOSPITALARIOS – DR. DILEMMA

Coordinadores: Dra. Viviana Falasco, Dr. Oscar Canteli y Dr. Carlos Nitsch (Guatemala)

Presidentes: Dr. Javier Toibaro y Dra. María Elena Szyrma

Secretaria: Dra. Cynthia Lopez

Sábado 24 de Octubre de 14.00 a 15.15 h
Salón Primer Piso

SESIÓN PROAMI

Coordinadora: Dra. Andrea Pisarevsky

Presidenta: Dra. Guillermina Ludueña

IA generativa en la clínica. Enfoque práctico.
Dr. Ignacio Fernández Criado

Sábado 24 de Octubre de 14.00 a 15.15 h
Salón Entrepiso

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

EXPOSICIÓN COMERCIAL de 15.15 a 15.45 h

**Sábado 24 de Octubre de 15.45 a 17.00 h
Salón Mariano Castex**

SESIÓN FINAL - DESAFÍOS INTRAHOSPITALARIOS – DR. DILEMMA

Coordinadores: Dra. Viviana Falasco, Dr. Oscar Canteli y Dr. Carlos Nitsch (Guatemala)

Presidentes: Dr. Javier Toibaro y Dra. María Elena Szyrma

Secretaria: Dra. Cynthia Lopez

**Sábado 24 de Octubre de 15.45 a 17.00 h
Salón Primer Piso**

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

**Sábado 24 de Octubre de 15.45 a 17.00 h
Salón Entrepiso**

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

**Lunes 26 de Octubre de 9.00 a 10.15 h
Salón Mariano Castex**

SESIÓN COLEGIO DE MEDICINA INTERNA DE MÉXICO

Presidente: Dr. Ricardo Correa Márquez

Secretaria: Dra. María Laura Curros

Papel de internista: Diagnóstico oportuno de cáncer. Dr. Ramón Barrera Cruz

Perlas en alergología para el internista.

Dr. Carlos Pliego Reyes

Inteligencia artificial en la práctica clínica.

Dr. José Manuel Hernández Barrera

**Lunes 26 de Octubre de 9.00 a 10.15 h
Salón Primer Piso**

Presidente: Dr. Roberto Cataldi

Secretario: Dr. Ernesto Litman

HOSPITAL FERNÁNDEZ – “DE OCA A OCA, QUÉ DIAGNÓSTICO ME TOCA”

Coordinadora: Dra. Ariana Belén Besada

Disertantes: Dra. Juana del Carril y Dra. Sofía Berenice Neto

CLÍNICA BAZTERRICA – SÍNDROME DE EVANS PRIMARIO

Coordinador: Dr. Nicolás Blanco

Disertantes: Dra. Vivian Guerra Lagares y

Dr. Luis Rojas Osorio

HOSPITAL OÑATIVIA - SÍNDROME DE FAHR, A PROPOSITO DE UN CASO.

Disertante: Dra. Clara Flores

**Lunes 27 de Octubre de 9.00 a 10.15h
Salón Entrepiso**

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

EXPOSICIÓN COMERCIAL de 10.15 a 10.45 h

**Lunes 26 de Octubre de 10.45 a 12.00 h
Salón Mariano Castex**

SESIÓN NEW YORK UNIVERSITY

Presidente: Dr. Hugo Sprinsky

Secretaria: Dra. Carla González

Sepsis 2026: De las guías a la práctica.

Dr. Jorge Mercado (h)

Lo que el clínico debe saber del paciente oncológico. Dr. Cecilia Crisanti

**Lunes 26 de Octubre de 10.45 a 12.00 h
Salón Primer Piso**

Presidente: Dra. Graciela Suárez

Secretaria: Dra. María Cristina García Lanoza

HOSPITAL DE CLÍNICAS - COMPROMISO RESPIRATORIO EN ARTRITIS REUMATOIDEA

Coordinadoras: Dra. Andrea Pisarevsky y

Dra. Guillermina Ludueña

Disertante: Dra. María Fernanda González

SANATORIO LA PROVIDENCIA - ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE, UNA COMPLICACIÓN SILENCIOSA EN EL PACIENTE CON SOPORTE NUTRICIONAL

Coordinadoras: Dra. Elizabeth Jaime y

Dra. Aimee Petit Ramírez

Disertantes: Dra. Florencia Reyes y

Dra. Aylen Gerez

HOSPITAL LUCIO MELÉNDEZ - MENINGOENCEFALITIS POR EPSTEIN BARR EN INMUNOCOMPETENTE

Coordinadoras: Dra. Roxana Gilardoni y

Dra. Lorena Juncos

Disertantes: Dra. Sofía Conteras y

Dr. César Duarte

**Lunes 26 de Octubre de 10.45 a 12.00 h
Salón Entrepiso**

MESA FIAEM

Coordinadora: Dra. Silvia Falasco

Presidente: Dr. Roberto Reussi

Estrategias para revitalizar el encuentro clínico al lado de la cama del paciente.

Dr. Jesús Falcón (Paraguay)

Medicina narrativa y educación médica.

Dra. Diana Yuruhan (Paraguay)

Ética vs. bioética: Retos y enigmas en la medicina contemporánea. Dr. Mario Patiño (Venezuela)

Buena práctica docente. Dr. Jesús Millán Núñez-Cortés (España)

EXPOSICIÓN COMERCIAL de 12.00 a 12.30 h

Lunes 26 de Octubre de 12.30 a 13.45 h

Salón Mariano Castex

SESIÓN CLÍNICA MAYO

Presidente: Dr. Jorge Mercado

Secretario: Dr. Walter Bruno

Colitis Clostridium difficile y los tratamientos para modificar el microbioma.

Dra. María Vázquez Roque

Abordaje nódulo pulmonar, lo que el clínico debe saber. Dr. Sebastián Fernández Bussy

Lunes 26 de Octubre de 12.30 a 13.45 h

Salón Primer Piso

Presidenta: Dra. Ana María Noga

Secretario: Dr. Juan Ignacio Marando

HOSPITAL PIÑERO – LA INTERNACIÓN PROLONGADA Y SU IMPACTO ASISTENCIAL

Coordinador: Dr. Leonardo Rodríguez

SANATORIO OTAMENDI – DOLOR ABDOMINAL: CAUSAS POCO FRECUENTES

Coordinador: Dr. Pedro Wainer

Disertantes: Dr. Gustavo Bogdanof,

Dr. Mariano Ventri y Dr. Pedro Wainer

HOSPITAL NARCISO LÓPEZ (LANÚS) - BACTERIEMIA COMPLICADA POR ESTAFILOCOCO METICILINO RESISTENTE ASOCIADO A NEUMONÍA Y ARTRITIS SÉPTICA

Coordinadora: Dra. Sonia Ortega

Lunes 26 de Octubre de 12.30 a 13.45 h

Salón Entrepiso

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

ALMUERZO de 13.45 a 14.00 h

Lunes 26 de Octubre de 14.00 a 15.00 h

Salón Mariano Castex

SIMPOSIO ABBOTT - INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA"

Disertante: Dra. Analía Pasqua

Lunes 26 de Octubre de 14 a 15 h

Salón Primer Piso

SIMPOSIO GLAXO- OPTIMIZACIÓN TERAPÉUTICA Y MANEJO INTEGRAL EN ASMA

Disertante: Dra. Eugenia Franchi

Lunes 26 de Octubre de 14.00 a 15.00 h

Salón Entrepiso

SIMPOSIO QUÍMICA MONTPELLIER – DESCIFRANDO LA INSUFICIENCIA ADRENAL: HERRAMIENTAS PARA EL MANEJO CLÍNICO

Disertante: Dra. Karina Danilowicz

Lunes 26 de Octubre de 15.00 a 16.15 h

Salón Mariano Castex

SESIÓN ACP – WORD SUMMIT OF INTERNAL MEDICINE

Presidente: Dr. Daniel Romano

Secretario: Dr. Hugo Nartallo

Medicina transgénero en adultos mayores.

Dr. Ricardo Correa Márquez (EE.UU.)

¿Cómo elegir el antibiótico empírico inicial?

Consideraciones en la era de multirresistencia.

Dr. Alfredo Cabrera Rayo (México)

Lunes 26 de Octubre de 15.00 a 16.15 h

Salón Primer Piso

Presidente: Dr. Daniel Carnelli

SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE TANDIL - PROCURACIÓN DE TEJIDOS, DESDE EL SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA DEL HOSPITAL RAMÓN SANTAMARIANA DE TANDIL

Coordinador: Dr. Nicolás Heer

Disertantes: Dr. Joaquín Menéndez y
Dra. Laura Lewin

HOSPITAL PENNA – COMUNICACIÓN CLÍNICA EN ESCENARIOS COMPLEJOS: CUANDO NO ALCANZA CON SABER MEDICINA

Disertantes: Dr. Juan Martín Ahumada,
Dra. Verónica Zarate, Dra. Albert Lucila y
Dra. Natalia Méndez

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL - MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS POR INHIBIDORES DE PUNTOS DE CONTROL INMUNITARIO.

Coordinador: Dr. Matías Tisi Baña

**Lunes 26 de Octubre de 15.00 a 16.15 h
Salón Entrepiso**

Cómo identificar apropiadamente la neuropatía autonómica en diabetes.

Dr. Carlos Nitsch (Guatemala)

EXPOSICIÓN COMERCIAL de 16.15 a 16.45 h

**Lunes 26 de Octubre de 16.45 a 18.00 h
Salón Mariano Castex
SESIÓN SOLAMI**

Coordinadora: Dra. Viviana Falasco (Argentina)

Presidente: Dr. Carlos Nitsch (Guatemala)

Secretaria: Dra. María Gabriela Badino Varela

Nuevos fármacos en la obesidad.

Dr. Homero Puello (Colombia)

Abordaje del paciente adulto con síncope.

Dr. César Elizeche (Paraguay)

Fibrilación auricular, manejo en consultorio.

Dr. Ricardo Hidalgo (Ecuador)

Síndromes paraneoplásicos: El arte de sospechar lo oculto. Dr. Felipe Bustos Alvarado (Chile)

**Lunes 26 de Octubre de 16.45 a 18 h
Salón Primer Piso**

Presidenta: Dra. Ana Matilde Israel

Secretaria: Dra. Daniela Moreno

HOSPITAL PIROVANO - ROL DEL POCUS-VEXUS EN LA VALORACIÓN HEMODINÁMICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

Coordinadora: Dra. Esperanza Spinelli

Disertantes: Dra. Erica Prado, Dr. Fernando Díaz, Dra. Mercedes Scotto y Dra. Sofia Ranieri

HOSPITAL GANDULFO – ¿EL PESO DE LA PRIMERA IMPRESIÓN? TRAMPAS DIAGNÓSTICAS ANTE UNA NEUMONÍA GRAVE EN CUATRO CUADRANTES.

Autores: Dr. Juan Cruz Scarpitto, Dra. Malena Lofaro Bestilleiro, Dra. Joheline Quiroz Flores, Dra. Guisella Moya Novilla y Dra. Cecilia Pesce

**HOSPITAL RAMOS MEJÍA – LUPUS ERI-
TEMATOSO SISTÉMICO EN SALA DE IN-
TERNACIÓN DE CLÍNICA MÉDICA. PRE-
VALENCIA Y CRITERIOS DE SEVERIDAD**

Coordinador: Dr. Alberto Guida

Disertantes: Dra. Natalia Malamud,

Dra. María Rolando y Dr. Chung Chin Cho.

**Lunes 26 de Octubre de 16.45 a 18.00 h
Salón Entrepiso**

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

18.00 HORAS: ACTO DE APERTURA

**Martes 27 de Octubre de 9.00 a 10.15 h
Salón Mariano Castex**

SESIÓN - MUJERES INTERNISTAS

Coordinadora: Dra. Viviana Falasco (Argentina)

Presidenta: Dra. Graciela Fernández

Secretaria: Dra. Silvia Villaverde

Osteoporosis en la mujer post menopáusica.

Dra. Yorlady Uchamocha Pérez (Colombia)

ACV del joven. Dra. Laura Fraga (Uruguay)

Importancia del diagnóstico de demencia en Medicina Interna. Dra. María Monserrat Chimenó Viñas (España)

Insuficiencia cardíaca en la mujer. Enfoque de género. Dra. Caridad Chao (Cuba)

**Martes 27 de Octubre de 9.00 a 10.15 h
Salón Primer Piso**

Presidenta: Dra. Andrea Pisarevsky

Secretaria: Dra. Verónica Schettino

HOSPITAL FIORITO - CIDP EN MEDICINA INTERNA: CLAVES PARA LA SOSPECHA Y DIAGNÓSTICO A TIEMPO

Coordinadora: Dra. María Elena Szyrma
Disertantes: Dra. Agustina Frías y
Dra. Camila Maisonave

HOSPITAL ARGERICH – PERFORACIÓN INTESTINAL ESPONTÁNEA EN PACIEN- TE HIV: DISCUSIÓN DE CASOS Y REVI- SIÓN BIBLIOGRÁFICA

Coordinadora: Dra. Verónica Torres
Disertantes: Dra. Florencia Grieco,
Dra. Natalia Maddalena, Dra. María Inés Ru-
bio Domínguez, Dr. Ezequiel Rosales Saggioro
y Dra. Verónica Torres

HOSPITAL PERÓN (AVELLANEDA)-EN- FOQUE CENTRADO EN LA PERSONA - EQUIDAD EN SALUD - PRESENTACIÓN Y ABORDAJE DE SERIE DE CASOS CLÍNI- COS EN UN HOSPITAL DEL CONURBANO BONAERENSE

Coordinadora: Dra. Viviana Jalife
Nuevo modelo de gestión: Atención centrada
en la persona. Dra. Viviana Jalife
Desarrollo de casos clínicos: Dra. Brenda Suá-
rez, Dra. Diana Rojas Figueredo, Dra. Josefi-
na Martínez de Lahidalga, Dra. Magna Valdez
Vallejo y Dra. María Valentina Vilela Aramayo
Entre el silencio y el dolor. Enfermedades
pancreáticas: el rol del médico clínico junto al
abordaje interdisciplinario. Dra. Sheila Santa
Cruz Lanz.
Conclusiones y comentario final: Dra. Daniela
Federico

Martes 27 de Octubre de 9.00 a 10.15 h **Salón Entrepiso**

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

EXPOSICIÓN COMERCIAL de 10.15 a 10.45 h

Martes 27 de Octubre de 10.45 a 12 h **Salón Mariano Castex**

UTILIDAD DE LOS ESTUDIOS DE DIAG-
NÓSTICO POR IMÁGENES EN EL SCREE-
NING DE ENFERMEDADES PREVALENTES.
Coordinadora: Dra. Patricia Carrascosa (Diag-
nóstico Maipú)
Presidente: Dr. Rodolfo Maino
Secretaria: Dra. María Inés Vazquez

Screening de cáncer de pulmón: Rol de la to-
mografía computada multislice.
Dr. Carlos Capuñay

Screening de enfermedad aterosclerótica: Rol
del eco Doppler de vasos de cuello y arterias
femorales. Dra. Claudia Díaz
Screening de cáncer de colon: Rol de la colo-
noscopía virtual. Dra. Patricia Carrascosa

Martes 27 de Octubre de 10.45 a 12.00 h **Salón Primer Piso**

Presidente: Dr. Oscar Canteli
Secretaria: Dra. Solange Arrasco

HOSPITAL ÁLVAREZ – ENFERMEDADES DE CAVIDADES DERECHAS

Coordinadora: Dra. Diana Ferreño
Disertantes: Dra. Emilse da Costa Louro,
Dra. Diana Ferreño, Dra. Pamela Patallo y
Dr. Eduardo Soruco Ríos

HOSPITAL BRITÁNICO- SUDECK: DE LA SOSPECHA AL TRATAMIENTO

Coordinador: Dr. Julio Bruetman
Disertantes: Dr. Agustín Montes Onganía y
Dr. Pablo Young

HOSPITAL EVITA (LANÚS) - POLICON-
DRITIS RECIDIVANTE, CASO INUSUAL
Coordinadora: Dra. Araceli Aranda
Disertantes: Dra. Leticia Olmedo Benítez y
Dra. Cecilia Avatte

Martes 27 de Octubre de 10.45 a 12.00 h **Salón Entrepiso** PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

EXPOSICIÓN COMERCIAL de 12.00 a 12.30
h

Martes 27 de Octubre de 12.30 a 13.45 h **Salón Mariano Castex**

SÍNDROME CARDIO-RENO-METABÓLI-
CO (CRM)

Coordinadora: Dra. Mirta Diez (ICBA)
Presidenta: Dra. Silvia Falasco
Secretaria: Dra. Aldana Cuadros

Más allá de los órganos: La fisiopatología del
síndrome cardiorrenometabólico.
Dr. Jorge Thierer.

Diabetes en el síndrome cardiorrenometabóli-
co: Del control glucémico al riesgo cardiovas-
cular.
Dr. Hugo Sanabria.

Del riesgo a la acción: Estrategias de prevención renal en el paciente cardiorrenometabólico. Dr. Carlos Castelaró.

Cuando todo converge en el corazón: IC en el síndrome cardiorrenometabólico.

Dra. Mirta Diez.

**Martes 27 de Octubre de 12.30 a 13.45 h
Salón Primer Piso**

Presidenta: Dra. Guillermina Ludueña

Secretario: Dr. Juan Daroqui

SANATORIO GÜEMES – EVALUACIÓN INTEGRAL DE COMPETENCIAS DESARROLLADA EN FORMA ESCALONADA. EXPERIENCIA EN EL SANATORIO GÜEMES

Coordinadora: Dra. Andrea Vázquez

Disertantes: Dra. Guadalupe Bargazzi,

Dra. Julieta Casabella, Dra. Rita del Barrio,

Dra. Laura Echeverri Restrepo,

Dr. Nahuel Elías y Dr. Danilo Tombini

HOSPITAL MI PUBELO (FLORENCIO VARELA) – ¿CÓMO ESTAMOS TRATANDO A LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA?

Coordinador: Dr. Rubén De Marco

Presentación de un caso. Dra. Yesenia Benítez Camargo

Manejo terapéutico de la insuficiencia cardíaca. Dr. Omar Parra

Evidencias en insuficiencia cardíaca.

Dra. Jaizalith Moreno y Dra. Noemí Torres

Conclusión. Dr. Rubén De Marco

HOSPITAL EL CRUCE - MÁS ALLÁ DE LA INTUICIÓN: SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA CLÍNICA MÉDICA

Disertante: Dr. Sebastián Maristany Bastida

**Martes 27 de Octubre de 12.30 a 13.45 h
Salón Entrepiso**

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

ALMUERZO de 13.45 a 14.00 h

**Martes 27 de Octubre de 14.00 a 15.00 h
Salón Mariano Castex**

SIMPOSIO LEPETIT - IMPACTO DE LA MICROBIOTA EN LA SALUD, PROBIÓTICOS Y SIMBIÓTICOS DE USO MÉDICO

**Martes 27 de Octubre de 14.00 a 15.00 h
Salón Primer Piso**

SIMPOSIO CENTRO ROSSI - ACTUALIZACIÓN DE IMÁGENES EN PÁNCREAS Y PRÓSTATA

Disertantes: Dr. Diego Haberman y

Dr. Mariano Volpacchio.

**Martes 27 de Octubre de 14.00 a 15.00 h
Salón Entrepiso**

SIMPOSIO PFIZER

**Martes 27 de Octubre de 15.00 a 16.15 h
Salón Mariano Castex**

PRÓSTATA 2026: DIAGNÓSTICO INTELIGENTE Y TRATAMIENTO PERSONALIZADO - LO QUE EL MÉDICO CLÍNICO DEBE SABER (Y LO QUE YA CAMBIÓ)

Coordinador: Dr. Norberto Bernardo– Centro Argentino de Urología (CAU)

Presidente: Dr. Miguel Angel Falasco

Secretaria: Dra. Laura Vitagliano

El PSA no alcanza: Cómo diagnosticar mejor el cáncer de próstata en 2026.

Dr. Maximiliano López Silva

Cáncer de próstata localizado.

Dr. Norberto Bernardo

Hiperplasia prostática benigna.

Dr. Norberto Bernardo

Genética y futuro. Dra. Cecilia Páez.

**Martes 27 de Octubre de 15.00 a 16.15 h
Salón Primer Piso**

Presidente: Dr. Jorge Castagnino

Secretaria: Dra. Laura Rodríguez

HOSPITAL SIRIO LIBANÉS – MEDICINA Y ESPIRITUALIDAD

Coordinadora: Dra. Isabel Cavani

SANATORIO MODELO DE QUILMES – VASCULITIS ANCA POSITIVO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Coordinadora: Dra. Ana María Bagu

Disertantes: Dr. Daniel Roverano,

Dra. Verónica Malah, Dra. Ana María Bagu

Dra. Belén Costa y Dr. Mauricio Benavides

CLÍNICA IMA (ADROGUÉ) - CUANDO LA TUBERCULOSIS NO EXPLICA TODO: EL DESAFÍO DIAGNÓSTICO DE UNA CAVIDAD PULMONAR COMPLEJA.

Coordinadora. Dra. Megali Luque

Disertantes: Dr. José Chávez,
Dra. Myriam Villalba y Dr. Max Calero Ruiz

Martes 27 de Octubre de 15.00 a 16.15 h
Salón Entrepiso

SIMPOSIO ELEA

EXPOSICIÓN COMERCIAL de 16.15 a 16.45 h

Martes 27 de Octubre de 16.45 a 18.00 h
Salón Mariano Castex

MESA SOLAT.

Coordinador: Dr. Miguel Ángel Falasco (Argentina)

Presidente: Dr. Roberto Reussi (Argentina)

Fundamentos de la dieta cetogénica.

Dr. Iván Sierra (Colombia)

Riesgo cardiovascular en el paciente obeso.

Dr. Franco Peverelli (Uruguay)

¿Las metas de presión arterial en el hipertenso con diabetes difieren de las del hipertenso no diabético? Dr. Félix Loza Chacón (Bolivia)

Lpa. "El enemigo silencioso". Dr. Jorge Solano López (Paraguay)

Martes 27 de Octubre de 16.45 a 18.00 h
Salón Primer Piso

Presidenta: Dra. María Salomé Pilheu

SWISS MEDICAL – APRENDER EN EL TRABAJO COMO ESTRATEGIA DE DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO (DPC)

Disertantes: Dra. Raquel Rodríguez Nouche y Dr. Eduardo Parino

HOSPITAL EVITA PUEBLO (BERAZATEGUI) – METÁSTASIS INFRECIENTE DE CÁNCER DE MAMA

Disertantes: Dra. Paola Ciccone, Dra. Belén Girardi. Dr. Julián Jaure y Dra Gabriela Páez

SANATORIO FINOCHIETTO – ABORDAJE NO CONVENCIONAL DE INFECCIONES BACTERIANAS ¿CUÁL ES EL ROL DE LA TERAPIA CON BACTERIÓFAGOS?

Disertante: Dr. Marcelo Radisic

Martes 27 de Octubre de 16.45 a 18.00 h
Salón Entrepiso

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

Martes 27 de Octubre de 18.00 a 19.30 h
Salón Mariano Castex

MESA ISIM

Presidente: Dr. Rodolfo Bado

Secretaria: Dra. Carmen Dasso

Dra. Sally Aman Nasution (Indonesia).

Acute Coronary Syndrome. Hypertension for daily practice.

Dr. Lorenzo Díaz Salazar (Honduras).

Manejo de Ictus (ECV) en emergencia. Manejo de falla cardíaca en emergencia

Miércoles 28 de Octubre de 8.30 a 9.00 h
Subsuelo

DESAYUNO

Miércoles 28 de Octubre de 9.00 a 10.15 h
Salón Mariano Castex

AVANCES EN GASTROENTEROLOGÍA

Coordinador: Dr. Cecilio Cerisoli (GEDYT)

Presidenta: Dra. Margarita Gaset

Estrategias screening cáncer Recto Colónico
¿Colonoscopia siempre o no? Dr. Tomas Feijoo

Helicobacter Pylori 2026. Dra. Judith Doweck
Distensión abdominal. ¿Es siempre SIBO?

Dr. Daniel Britos

Miércoles 28 de Octubre a 9.00 a 10.15 h
Salón Primer Piso

Presidente: Dr. Pablo Lamari

HOSPITAL SANTOJANNI - INFLAMACIÓN CRÓNICA DE BAJO GRADO Y RIESGO CARDIOVASCULAR

Coordinador: Dr. José Daher

Fisiopatología y biomarcadores.

Dr. Gonzalo Barbieri.

Microbioma y enfermedad vascular.

Dra. Daniela Rey.

Perspectivas terapéuticas.

Dr. Javier H. Castillo.

HOSPITAL RIVADAVIA –HIDRADENITIS SUPURATIVA A PROPÓSITO DE UN CASO:

Coordinadoras: Dra. Vanesa Distilo y

Dra. Patricia Romero

Disertantes: Dra. Micaela Cerviño y
Dra. Belén Jourdon.

SANATORIO SAGRADA FAMILIA –
FRENTE A LO INFRECLENTE: DESAFÍOS
CLÍNICOS ANTE COMPLICACIONES
TARDÍAS POSTERIORES A REPARACIÓN
ENDOVASCULAR DE ANEURISMA AÓR-
TICO (EVAR)

Disertante: Dra. Ailen Sobrino

Miércoles 28 de Octubre de 9.00 a 10.15 h
Salón Entrepiso

PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

EXPOSICIÓN COMERCIAL de 10.15 a 10.45 h

Miércoles 28 de Octubre de 10.45 a 12.00 h
Salón Mariano Castex
DESAFÍOS EN LA VACUNACIÓN DEL
ADULTO

Coordinadores: Dr. Lautaro de Vedia y

Dra. Gabriela Vidal (Hospital Muñiz)

Presidente: Dr. Adrián Cruciani

Vacunación en el adulto ¿A quiénes vacunar?
Dra. Gabriela Elbert Vacunas para prevenir in-
fecciones respiratorias: VSR, COVID, pneumo-
coco y gripe ¿en quién indicarlás?

Dra. Hebe Vázquez

¿Por qué y para qué vacunar? Confianza y se-
guridad en vacunas. Dr. Daniel Stecher

Miércoles 28 de Octubre de 10. 45 a 12.00 h
Salón Primer Piso

Presidente: Dr. Enrique Baldessari

INSTITUTO FLENI – PNEUMOCYSTIS JI-
ROVECI EN PACIENTES CON TUMORES
CEREBRALES

Coordinador: Dr. Ricardo Delorme

ICBA – MANEJO ACTUAL DE UN PACIEN-
TE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Coordinador: Dr. Marcelo Trivi

Disertante: Dr. Tomás Nachman

HOSPITAL BERNARDO HOUSSAY (VI-
CENTE LÓPEZ) – TROMBOSIS BIVENTRI-
CULAR EN PACIENTE CON ACV E ICC

Coordinadora: Dra. Mónica Buono

Miércoles 28 de Octubre de 10.45 a 12.00 h
Salón Entrepiso

PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

EXPOSICIÓN COMERCIAL de 12.00 a 12.30 h

Miércoles 28 de Octubre de 12.30 a 13.45 h
Salón Mariano Castex

NEUROLOGÍA.

Coordinador: Dr. Francisco Varela (FLENI)

Presidente. Dr. Alejandro Carosio

Secretaria: Dra. Myriam Romero

¿Operar, dilatar o medicar? El algoritmo actual
en estenosis carotídea sintomática y asintomá-
tica. Dr. Francisco Varela

Migraña: ¿Qué cambió en la forma de tratar y
prevenir los ataques? Dra. Natalia Larripa

Miércoles 28 de Octubre de 12.30 a 13.45 h
Salón Primer Piso

Presidente: Dr. José Racca

Secretario: Dr. Carlos Martínez Sosa

FUNDACIÓN BARCÉLO - EL ROL DEL
MÉDICO DEL FUTURO

Disertante: Dr. Ricardo Znaidak

FUNDACIÓN FAVALORO – EL MANEJO
DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Disertante: Dr. Enrique Baldessari

SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE
CÓRDOBA - LA ENFERMEDAD DESDE
LA SOCIEDAD A LA INTELIGENCIA AR-
TIFICIAL

Disertantes: Dra. Jacqueline Gonzales,

Dr. Carlos Presman y Carlos Choquet.

Miércoles 28 de Octubre de 12.30 a 13.45 h
Salón Entrepiso

MESA SAM – USO Y MAL USO DEL HIE-
RRO INTRAVENOSO

Presidente SAM: Dr. Marcelo Zylberman

Presidente SMIBA: Dr. Daniel Romano

Secretaria: Dra. Bárbara Castro Farah

Hierro IV en insuficiencia cardíaca.

Dra. María Eugenia Urroz.

Hierro IV en anemia relacionada a cáncer.

Dr. Joaquín Bouzat

Hierro IV en anemia perioperatoria.
Dra. Paola Staltari
Hierro IV en ferropenia con y sin anemia.
Dr. Martín González
Hierro IV en enfermedad renal crónica.
Dra. Mayra Boni
Hierro IV y efectos adversos.
Dra. Natalia Maddalena

ALMUERZO de 13.45 a 14.00 h

Miércoles 28 de Octubre de 14.00 a 15.00 h
Salón Mariano Castex

SIMPOSIO CASASCO

Miércoles 28 de Octubre de 14.00 a 15.00 h
Salón Primer Piso

SIMPOSIO GLAXO - DE LA PREVENCIÓN
AL TRATAMIENTO: UNA MIRADA INTE-
GRAL PARA EL MANEJO DE LA EPOC
Disertante: Dr. Diego Litewka

Miércoles 28 de Octubre de 14.00 a 15.00 h
Salón Entrepiso

SIMPOSIO

Presidente: Dr. Florencio Olmos
Secretario: Dr. Alberto Estévez del Pozo

Patrones de hospitalización y supervivencia en
nonagenarios ingresados en el área médica.
Dr. Emilio Casariego (España)

LES, puesta al día. Dr. Celso Velázquez
(Paraguay)

Miércoles 28 de Octubre de 15.00 a 16.15 h
Salón Mariano Castex

NEUMONOLOGÍA.

Coordinador: Dr. Daniel Pérez Chada (Hospi-
tal Universitario Austral)
Presidente: Dr. Jorge Giannattasio
Secretario: Dr. Ricardo Skliar

EPOC. Del nihilismo al optimismo.
Dr. Alejandro José Videla
Nuevas guías de tuberculosis del Ministerio de
Salud. Dra. María Salomé Pilheu
Actualización en enfermedades intersticiales
pulmonares. Dr. Marín Etchegoren

Miércoles 28 de Octubre de 15.00 a 16.15 h
Salón Primer Piso

Presidente: Dr. Gabriel Fernández
Secretaria: Dra. Ana María Requeijo

HOSPITAL ZUBIZARRETA SÍNDROME DE
CUSHING POR ACTH ECTÓPICO: UN DE-
SAFÍO DIAGNÓSTICO. Dr. Matías Nardillo

ENCEFALITIS AUTOINMUNE MEDIADA
POR ANTICUERPOS ANTI AMPA
Dr. Sebastián Tridico

HOSPITAL SAN MARTÍN (LA PLATA) –
ENFOQUE DEL PACIENTE CON ERS ACE-
LERADA EN EL CONSULTORIO DE CLÍ-
NICA MÉDICA

Coordinador: Dr. Diego Bares
Disertantes: Dra. Luciana Quain y
Dr. Juan Martín Mercado

SANATORIO MATER DEI – FIN DE VIDA.
MUERTE DIGNA

Coordinador: Dr. Hernán Lago

Miércoles 28 de Octubre de 15.00 a 16.15 h
Salón Entrepiso

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

EXPOSICIÓN COMERCIAL de 16.15 a 16.45 h

Miércoles 28 de Octubre de 16.45 a 18.00 h
Salón Mariano Castex

DIABETES.

Coordinador: Dr. Félix Puchulu (Hospital de
Clínicas)

Presidenta: Dra. Viviana Falasco
Secretaria: Dra. Macarena Sciascia

Paciente con diabetes tipo 2 y riesgo cardiovas-
cular aumentado. Dr. Fabio Lombardo

Paciente con diabetes y dislipemia.

Dr. Cristian Giannaula

Neuropatía temprana en diabetes y prediabe-
tes. Dr. Juan Manuel Duarte

Miércoles 28 de Octubre de 16.45 a 18 h
Salón Primer Piso

Presidenta: Dra. María de los Angeles Dosso
Secretario: Dr. Fernando Rossi

CLÍNICA DE LA ESPERANZA - EL ROL
FUNDAMENTAL DEL MÉDICO INTERNISTA
EN EL MANEJO INTERDISCIPLINARIO
DEL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO
Coordinador: Dr. Daniel Giunta

SANATORIO SAGRADO CORAZÓN – HI-
POTALAMITIS LINFOPLASMOCITARIA:
UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉU-
TICO - REPORTE DE CASO

Coordinador: Dr. Martín Dobarro

Disertantes: Dra. Pamela Proaño, Dr. Alberto
Castro Vergara y Dra. Sofia Quiles Pasino

SANATORIO FRANCHIN – TBC EXTRA-
PULMONAR. TBC GENITOURINARIA.

Coordinador: Dr. Eleno Martínez Aquino

Disertantes: Dr. Ariel Baletto y Dr. Juan Andrés
Aguilar Martínez.

Miércoles 28 de Octubre de 16.45 a 18.00 h
Salón Entrepiso

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

Miércoles 28 de Octubre
Acto de Clausura – 18 h
Salón Mariano Castex

Palabras de las Autoridades
Entrega de premios a los trabajos científicos



NORMATIVAS PRESENTACIÓN DE TRABAJOS CIENTÍFICOS

IV Congreso Internacional de Clínica Médica – Medicina Interna
de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires (SMIBA) 2026

INSTRUCCIONES



Fecha límite envío de resúmenes:
23 de Septiembre de 2026



Enviarlo al correo de la Sociedad
de Medicina Interna de Buenos Aires:

 medicina@smiba.org.ar



PRORROGA



**NUEVA FECHA LÍMITE
DE ENTREGA DE
TRABAJOS CIENTÍFICOS**

23 DE SEPTIEMBRE



PREMIOS



1 LAPTOP Otorgada
por el Centro Arg.
de Urología.



Presentación online
de trabajo en MIRCIM
POLONIA.



Libros de
Medicina



Inscripción a
talleres y cursos
online por 1 año.



Suscripciones
al manual
MIBE



¡Sumate al encuentro
más importante de la
Medicina Interna!



Más información en

smiba.org.ar

PROGRAMA DE EVALUACIÓN

FORMACIÓN CONTINUA EN MEDICINA INTERNA

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

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

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

ENVÍE EL “CUPÓN RESPUESTA” AL APARTADO ESPECIAL DE LA SOCIEDAD QUE FIGURA CON FRANQUEO PAGADO EN EL MISMO CUPÓN O POR E-MAIL A medicina@smiba.org.ar O smiba@fibertel.com.ar. LA FECHA LÍMITE PARA LA RECEPCIÓN DE LOS CUPONES CORRESPONDIENTES AL N° 3 VOLUMEN 22 SERÁ EL 31/12/2026.

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	¿QUÉ CARACTERIZA MEJOR A LAS INTERVENCIONES BIOMÉDICAS DE OPTIMIZACIÓN?	A ☐ Tratar enfermedades agudas con indicaciones terapéuticas establecidas B ☐ Mejorar parámetros de bienestar, rendimiento o envejecimiento, aun en ausencia de enfermedad definida C ☐ Se limitan exclusivamente a procedimientos quirúrgicos de alta complejidad
02	¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES CONJUNTOS PERMITE INTERPRETAR DE MANERA AMPLIA EL MALESTAR INESPECÍFICO?	A ☐ Enfermedad, carencia o disfunción y desadaptación al entorno B ☐ Diagnóstico, tratamiento farmacológico y rehabilitación C ☐ Genética, cirugía y pronóstico funcional
03	ES UN RIESGO CLÍNICO FRECUENTE AL INTERPRETAR HALLAZGOS MARGINALES DE LABORATORIO	A ☐ Considerarlos siempre irrelevantes y excluir cualquier seguimiento clínico B ☐ Convertir variaciones menores en explicaciones causales de síntomas inespecíficos C ☐ Utilizarlos únicamente para confirmar enfermedades infecciosas agudas
04	ES UNA LIMITACIÓN DE LA MEDICINA CONVENCIONAL FRENTE AL MALESTAR INESPECÍFICO SIN ENFERMEDAD OBJETIVABLE	A ☐ Ofrecer una respuesta técnicamente correcta pero insuficiente si se limita a informar que los estudios son normales B ☐ Siempre rechazar el uso de estudios complementarios en pacientes sintomáticos C ☐ Carecer de recursos para diagnosticar y tratar enfermedades definidas
05	¿QUÉ EXPRESA LA IDEA DE UNA “CRISIS DE LA NORMALIDAD” EN SALUD?	A ☐ La dificultad creciente para distinguir entre enfermedad, disfunción, desadaptación y variaciones normales de la vida B ☐ La desaparición progresiva de las enfermedades crónicas en la población general C ☐ La imposibilidad técnica de establecer valores de referencia en medicina de laboratorio
06	¿CUÁL ES EL OBJETIVO PRINCIPAL DE LA PREVENCIÓN CUATERNARIA?	A ☐ Promover intervenciones tempranas en la persona sana para maximizar el rendimiento biológico B ☐ Reducir daños derivados de intervenciones innecesarias y preservar la prudencia clínica C ☐ Sustituir la evaluación médica por algoritmos automatizados de biomarcadores
07	LAS MEJORÍAS OBSERVADAS TRAS INTERVENCIONES DE OPTIMIZACIÓN PUEDEN DEBERSE A:	A ☐ Efectos farmacológicos específicos B ☐ Expectativas, mecanismos contextuales, mejor autocuidado y cambios conductuales asociados C ☐ Regresión espontánea de enfermedades graves no diagnosticadas
08	¿CUÁL DEBERÍA SER UNA ACTITUD CLÍNICA PRUDENTE ANTE SÍNTOMAS PERSISTENTES SIN ENFERMEDAD OBJETIVABLE?	A ☐ Desestimar el malestar cuando los estudios complementarios son normales B ☐ Indicar múltiples suplementos hasta lograr una mejora subjetiva C ☐ Ninguna es correcta
09	¿QUIÉN CONSIDERA SISTEMAS DE IA PARA DIAGNÓSTICO COMO DISPOSITIVOS MÉDICOS?	A ☐ FDA y CE Mark (EMA) B ☐ OMS y OPS C ☐ AAIP y Ley de Protección de Datos Personales
10	¿EN QUÉ CATEGORÍA DE RIESGO SE CLASIFICAN LA MAYORÍA DE LAS APLICACIONES DE IA?	A ☐ Clase III (Riesgo crítico/invasivo) B ☐ Sin clasificación de riesgo por ser software C ☐ Clase II (Riesgo moderado a medio-alto)

11	¿QUÉ PRINCIPIO ÉTICO ESTABLECE QUE LAS DECISIONES DE IA DEBEN TENER SUPERVISIÓN HUMANA?	A ☐ Transparencia e inteligibilidad B ☐ Proteger la autonomía humana C ☐ Equidad e inclusividad
12	CONFORME A LA “AI ACT” LA IA MÉDICA SE CLASIFICA:	A ☐ Tecnología de riesgo exento B ☐ Tecnología de bajo impacto C ☐ Tecnología de “alto riesgo”
13	ANTE UN ERROR MÉDICO DE UNA IA ¿QUÉ PROPONE EL MARCO ÉTICO-LEGAL?	A ☐ Responsabilidad recae sobre la institución hospitalaria B ☐ Responsabilidad exclusiva del médico C ☐ Responsabilidad compartida entre desarrolladores, fabricantes, instituciones y usuarios finales
14	¿CUÁL ES LA RECOMENDACIÓN DE CLASE III?	A ☐ Utilizar IA para mediciones de signos vitales B ☐ Utilizar IA que no cuenten con certificación de ente independiente C ☐ Integrar IA en la Historia Clínica Electrónica
15	¿CUÁL ES LA INDICACIÓN DE TELECONSULTA EN URGENCIA CARDIOVASCULAR?	A ☐ Contraindicada bajo cualquier circunstancia B ☐ Reemplazar las ambulancias en zonas periurbanas C ☐ Solo si no existe otra alternativa inmediata/segura
16	¿QUÉ MARCO NORMATIVO REGULA LAS PRESCRIPCIONES EN TELEMEDICINA?	A ☐ Ley de Protección de Datos Personales (25.326) B ☐ Ley de Receta Digital (27.553) C ☐ Reglamento Sanitario Internacional
17	LA TRANSMISIÓN DIFERIDA DE ESTUDIOS CARDÍACOS PARA POSTERIOR INFORME CORRESPONDE A:	A ☐ Teleconsulta sincrónica B ☐ Teleinterconsulta en vivo C ☐ Teleconsulta asincrónica
18	¿QUIÉN PUEDE INTERRUPTIR UNA TELECONSULTA Y DERIVAR AL PACIENTE?	A ☐ El sistema informático de la plataforma digital B ☐ El paciente de manera exclusiva C ☐ El profesional médico interviniente
19	¿QUÉ REQUISITO TÉCNICO-OPERATIVO SE CONSIDERA UN PILAR CRÍTICO?	A ☐ Servidores locales del consultorio B ☐ Infraestructura de internet de banda ancha o redes 4G/5G/satelitales C ☐ Modelos de lenguaje generativo de código abierto
20	¿CUÁNDO HAY INDICACIÓN DE CLASE I EN TELECONSULTA?	A ☐ Paciente con enfermedad cardiovascular clínicamente estable que requiere seguimiento o control B ☐ Paciente con dolor torácico opresivo de inicio agudo C ☐ Paciente con emergencia hipertensiva sintomática

21

RESPECTO A LA TELECONSULTA DE PRIMERA VEZ EN CARDIOLOGÍA:

- A ☐ Reemplaza definitivamente la necesidad de realizar un examen físico
- B ☐ Debe ser vista como una herramienta complementaria
- C ☐ Permite otorgar el alta definitiva al paciente sin registro en Historia Clínica

22

¿QUÉ ELEMENTO DE SEGURIDAD INFORMÁTICA ES NECESARIO EN TELEMEDICINA?

- A ☐ Encriptación de extremo a extremo y autenticación multifactor
- B ☐ Conexiones sin contraseña para agilizar la atención de guardias
- C ☐ Guardado de chats en redes sociales de acceso abierto

23

LA RECETA DIGITAL CON FIRMA ELECTRÓNICA ES RECOMENDACIÓN:

- A ☐ Clase III (Contraindicada)
- B ☐ Clase IIb (Opcional con baja evidencia)
- C ☐ Clase I (Recomendada y aceptada)

24

¿CÓMO MANEJAR PACIENTES CON LIMITACIONES COMUNICATIVAS?

- A ☐ Suspender la opción
- B ☐ Que el paciente se capacite
- C ☐ Utilizar familiares o tecnologías de apoyo

25

EN EL ESTUDIO DE LA POLIURIA ¿QUÉ VALOR DE COPEPTINA LO ORIENTA A AVP-R?

- A ☐ Un valor basal ≥ 21.4 pmol/L
- B ☐ > 4.9 después de la infusión de solución salina hipertónica
- C ☐ ≤ 4.9 después de la infusión de solución salina hipertónica

26

ES CIERTO SOBRE LA POLIDIPSIA PRIMARIA

- A ☐ El sodio plasmático suele estar elevado
- B ☐ La potomanía es una de sus causas
- C ☐ A y B

27

EN LA POLIURIA OSMÓTICA

- A ☐ La OsmU es < 300 mOsm/kg
- B ☐ La OsmU es ≥ 300 mOsm/kg
- C ☐ Es una poliuria hipotónica

28

SEÑALE LA AFIRMACIÓN CORRECTA SOBRE AVP-D

- A ☐ Es secundaria a las lesiones de la adenohipófisis
- B ☐ Hay una respuesta deficiente a la AVP de los receptores V₂ del túbulo colector
- C ☐ Ninguna es correcta

29

UN PACIENTE CON USO DE INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA PUEDE PRESENTAR

- A ☐ Poliuria osmótica
- B ☐ Poliuria acuosa
- C ☐ Glucosuria

30

SEÑALE V O F EN LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE POLIURIA

- A ☐ Es un volumen urinario > 3 l/24 h o $> 40-50$ ml/kg/24 h
- B ☐ La insuficiencia suprarrenal puede ocasionar poliuria osmótica
- C ☐ Los inhibidores de SGLT2 generan poliuria osmótica

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A ☐	A ☐	A ☐	A ☐	A ☐	A ☐	A ☐	A ☐	A ☐	A ☐
B ☐	B ☐	B ☐	B ☐	B ☐	B ☐	B ☐	B ☐	B ☐	B ☐
C ☐	C ☐	C ☐	C ☐	C ☐	C ☐	C ☐	C ☐	C ☐	C ☐
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A ☐	A ☐	A ☐	A ☐	A ☐	A ☐	A ☐	A ☐	A ☐	A ☐
B ☐	B ☐	B ☐	B ☐	B ☐	B ☐	B ☐	B ☐	B ☐	B ☐
C ☐	C ☐	C ☐	C ☐	C ☐	C ☐	C ☐	C ☐	C ☐	C ☐
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
A ☐	A ☐	A ☐	A ☐	A ☐	A ☐	A ☐	A ☐	A ☐	A ☐
B ☐	B ☐	B ☐	B ☐	B ☐	B ☐	B ☐	B ☐	B ☐	B ☐
C ☐	C ☐	C ☐	C ☐	C ☐	C ☐	C ☐	C ☐	C ☐	C ☐

DOBLE AQUI _____

ENVIE ESTAS RESPUESTAS Y DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDO _____ MATRÍCULA _____ ESPECIALIDAD _____

DIRECCIÓN _____

LOCALIDAD _____ CP _____ Doc. IDENT. _____

OBSERVACIONES _____

_____ DE _____ DE 2026



SOCIEDAD
DE MEDICINA INTERNA
DE BUENOS AIRES

FIRMA

RESPUESTAS POSTALES PAGADAS

FRANQUEO SERA PAGADO
POR EL DESTINATARIO



SOCIEDAD DE MEDICINA
INTERNA DE BUENOS AIRES

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

► Instrucciones a los autores

Normas y requisitos para la publicación de trabajos

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

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

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

4. LA EXTENSIÓN DE LOS TRABAJOS DEBERÁ AJUSTARSE A:

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

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

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

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

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

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

A) PÁGINA DEL TÍTULO

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

⊙ APELLIDO Y NOMBRE DE LOS AUTORES.

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

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

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

B) RESUMEN

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

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

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

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

⊙ INTRODUCCIÓN:

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

⊙ MATERIAL Y MÉTODO:

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

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

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

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

⊙ RESULTADOS:

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

⊙ DISCUSIÓN:

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

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

⊙ AGRADECIMIENTOS:

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

⊙ FINANCIAMIENTO:

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

⊙ CONFLICTO DE INTERÉS:

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

D) BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

A CONTINUACIÓN EL TÍTULO COMPLETO DEL ARTÍCULO.

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

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

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

LOS AUTORES SON RESPONSABLES DE LA EXACTITUD DE SUS REFERENCIAS.

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

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

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

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

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

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

MADO DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR PARA SU PUBLICACIÓN.

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

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

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

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

TRANSMISIÓN DE LOS DERECHOS DE AUTOR SE INCLUIRÁ CON EL MANUSCRITO UNA CARTA FIRMADA POR TODOS LOS AUTORES, CONTENIENDO EL SIGUIENTE PÁRRAFO. “EL/LOS ABAJO FIRMANTE/S TRANSFIERE/N TODOS LOS DERECHOS DE AUTOR A LA REVISTA, QUE SERÁ PROPIETARIA DE TODO EL MATERIAL REMITIDO PARA PUBLICACIÓN”. ESTA CESIÓN 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) Buenos Aires • Tel. (54-11) 4815 0312 - (54-11) 4811-8050
 e-mail: smiba@fibertel.com.ar • http://www.smiba.org.ar
 medicina@smiba.org.ar • http://www.smiba.org.ar



Talleres DE MEDICINA INTERNA 2026

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

Coordinadoras Dra. Viviana Falasco / Dra. Graciela Fernández

Julio. Módulo de Clínica Médica.

Coordinadora Dra. Silvia Falasco

2/7 Anemia en situaciones especiales. Dra. Guillermina Ludueña

16/7 Vitamina D y su impacto en la salud. Dra. Graciela Fernández

23/7 Artritis reumatoide. Dr. Juan José Scali

30/7 Síndrome de ovario poliquístico y riesgo cardio metabólico. Dra. Silvia Falasco

Agosto. Módulo de Terapia Intensiva.

Coordinador: Dr. Hugo Sprinsky

6/08 Utilidad del electroencefalograma procesado en el control de la sedación y el diagnóstico de estado de mal epiléptico no convulsivo en el paciente ventilado. Dr. Ignacio Previgliano

13/08 Novedades en el manejo de la insuficiencia cardíaca en el 2026. Dr. Alfredo Hirschon

20/08 Conductas frente al stroke isquémico en el 2026. Dr. Martín Deheza.

27/08 El médico intensivista, carga emocional y resiliencia. Dra. Laura Palacios

Septiembre. Módulo de Oncología.

Coordinadora: Dra. Graciela Fernández

3/9 Lo nuevo en oncología. Dr. Patricio Servienti

10/9 Cáncer de mamá. Dr. Alfredo Camargo

17/9 Oncología para clínicos. Dr. Patricio Servienti

24/9 Qué debe saber el clínico de tratamiento con radioterapia. Dra. Berta Roth

Octubre. Módulo de Hematología.

Coordinador: Dr. Juan Dupont

8/10 Anemias

15/10 Síndromes hemorrágicos

22/10 Síndromes trombóticos

29/10 Oncohematología Clínica

Noviembre. Módulo de Gastroenterología.

Coordinador: Dr. Cecilio Cerisoli

5/11 Distensión abdominal en la práctica clínica: Más allá del SIBO. Dr. Rodney Britos

12/11 Prevención del cáncer colorrectal: ¿Alcanza con la video colonoscopia? Dra. Julia Ismael

19/11 Alteraciones de la hepatograma: Abordaje práctico para el clínico. Dr. Mariano Cartier

26/11 Helicobacter Pylori en 2026: Actualización diagnóstica y terapéutica. Dr. Tomás Feijoo

Informes e inscripción al tel: 4815-0312 / 4811-8050 de 14 a 19 horas

E-mail: smiba@fibertel.com.ar / medicina@smiba.org.ar

Aranceles: Socios de SMIBA: sin cargo / No socios: \$ 50.000 por módulo

Se otorgan 30 créditos por Módulo para la Recertificación.

Días y horarios: Jueves de 18.30 a 20 horas en forma virtual

Curso Online Herramientas prácticas para la lectura crítica 2026

Director: Dr. Javier J Toibaro

Cada actividad tendrá una duración de 1.5 hs.

Duración total del curso: 16.5 Hs

Modalidad: remota sincrónica. Por Zoom, 11 encuentros. Todos los días viernes a las 19 horas.

Aranceles: Socios de SMIBA: Sin cargo / No socios de SMIBA: \$ 50.000 x mes

Curso Online Calidad de Atención y Seguridad de Paciente 2026

Director: Dr. Jorge Castagnino

Carga Horaria: 200 horas

Socios de SMIBA al día: SIN CARGO

No socios de SMIBA: \$50000 x mes

Extranjeros: Consultar por Mail

Curso Online de Emergencias Clínicas 2026

Coordinadores: Dr. Daniel N. Romano / Dr. Daniel Carnelli

Carga Horaria: 200 horas

Socios de SMIBA al día: SIN CARGO

No socios de SMIBA: \$50000 x mes

Extranjeros: Consultar por Mail

Curso Online Patología Ambulatoria del Adulto Mayor 2026

Coordinadores: Dr. Daniel N. Romano / Dr. Daniel Carnelli

Carga Horaria: 200 horas

Socios de SMIBA al día: SIN CARGO

No socios de SMIBA: \$50000 x mes

Extranjeros: Consultar por Mail

Curso Online de Cuidados Paliativos para el Internista 2026

Directora: Dra. Maria de los Angeles Dosso

Carga Horaria: 200 horas

Socios de SMIBA al día: SIN CARGO

No socios de SMIBA: \$50000 x mes

Extranjeros: Consultar por Mail

CURSO UNIVERSITARIO TRIENAL DE CLÍNICA MÉDICA - MEDICINA INTERNA

Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires- Asociación Médica Argentina-
 Fundación H.A. BARCELÓ. Facultad de Medicina

Comité Docente SMIBA

Directores: Dr. Roberto Reussi / Dr. Miguel Ángel Falasco

Subdirectores: Dr. Jorge Mercado / Dra. Viviana Falasco

Secretarios: Dr. Rodolfo Bado / Dra. Silvia Falasco

Vocales: Dr. Rodolfo Maino / Dr. Federico Marongiu / Dra. Ana Matilde Israel

Miembros Honorarios: Dr. Florencio Olmos / Dr. Oscar Canteli

Duración del Curso

La duración del Curso es de tres años, con una evaluación final al término del primer año, otra al término del segundo año y otra evaluación al término del tercer año. Además, se realizarán evaluaciones periódicas. El Curso se dicta todos los martes desde Abril hasta Noviembre entre las 17 y las 20.30 horas. Los alumnos deberán concurrir además a todas las reuniones científicas de la Sociedad de Medicina Interna de Bs. As. y a los Congresos, Jornadas organizados por SMIBA.

Certificado

- El certificado oficial de Médico Especialista en Medicina Interna se entregará a quienes hayan completado el curso y tengan una antigüedad mínima de 5 años como médicos.
- Asimismo, debido a disposiciones del Ministerio de Salud de la Nación le solicitamos presenten la constancia que acredite que han asistido a un Servicio de Clínica en los últimos tres años (para alumnos argentinos) y la constancia que acredite que han asistido a un Servicio de Clínica en los últimos tres años + Convalidación del título de Médico en Argentina (para alumnos extranjeros).