

Índice

| | |
|---|----|
| COLABORADORES | 19 |
| PRÓLOGO I: EXPERIENCIA Y EVIDENCIA: LA SÍNTESIS IMPRESCINDIBLE | 21 |
| PROF. DR. GUILLERMO JAIM ETCHEVERRY | |
| PRÓLOGO II | 23 |
| PROF. DR. ELIAS HURTADO HOYO | |

ENTENDIENDO LA MEDICINA Y LA MEDICINA INTERNA **DR. ROBERTO REUSSI**

| | |
|---|----|
| Breve reseña histórica | 27 |
| La Medicina interna como especialidad | 29 |
| Nuestra visión de la Medicina interna | 29 |
| ¿Por qué este libro de Medicina basada en la evidencia? | 31 |
| ¿Cómo leer este libro? | 32 |
| ¿Cómo utilizar el disco compacto? | 32 |

Capítulo 1 **MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA** **DRES. CARLOS TAJER Y HERNÁN DOVAL**

| | |
|--|----|
| Resumen práctico, abreviaturas y glosario | 33 |
| Introducción | 35 |
| Ampliando la mirada | 36 |
| Exploración introspectiva | 38 |
| ¿En qué basamos nuestras conductas cotidianas en el consultorio? | 38 |
| Bases para interpretar ensayos clínicos randomizados y controlados | 40 |
| Análisis de un ensayo clínico controlado y randomizado | 41 |
| Interpretación conceptual y cuantitativa de los resultados | 41 |
| Reducción absoluta de riesgo (RRA) | 42 |
| Intervalos de confianza (IC) | 42 |
| Riesgo relativo (RR) y reducción de riesgo relativo (RRR) | 43 |
| Odds ratio. Chance relativa | 43 |
| Número que es necesario tratar | 44 |
| El problema de los ensayos pequeños | 45 |
| Ensayo pequeño muy significativo | 46 |
| Ensayo pequeño no significativo | 46 |
| ¿Cómo acceder a la evidencia para aplicar en nuestros pacientes? | 47 |
| Claves básicas para interpretar un metaanálisis | 47 |
| Claves para interpretar y aplicar a los pacientes los resultados de estudios diagnósticos | 50 |
| Clásico: sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo | 50 |
| Criterios para aplicar los métodos diagnósticos al paciente individual. Prevalencia, likelihood ratio, probabilidad previa de enfermedad y posterior a un test negativo o positivo | 51 |
| Decisión clínica en la aplicación de un método diagnóstico | 52 |
| Decisión epidemiológica en la aplicación de métodos diagnósticos | 53 |
| Ventajas y peligros de la medicina basada en la evidencia | 53 |
| Bibliografía | 55 |

Capítulo 2
CONDUCTAS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES
CARDIOVASCULARES: PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA
 DRES. HERNÁN C. DOVAL, CARLOS D. TAJER Y RAÚL A. SCHWARTZMAN

| | |
|---|----|
| Editorial | 57 |
| Abreviaturas clave | 57 |
| Resumen práctico | 63 |
| Introducción | 63 |
| Definiciones | 64 |
| Tratamiento antiplaquetario. Aspirina | 64 |
| Prevención primaria | 68 |
| Prevención secundaria | 68 |
| Comentarios | 70 |
| Anticoagulación oral | 70 |
| Prevención primaria | 70 |
| Conclusión | 70 |
| Prevención secundaria | 70 |
| Tratamiento con anticoagulantes orales en ausencia de tratamiento antiplaquetario | 70 |
| Anticoagulación oral agregada al tratamiento antiplaquetario | 71 |
| Comentarios | 71 |
| Tratamiento con agentes hipolipemiantes | 71 |
| Prevención primaria | 71 |
| Estatinas | 72 |
| Beneficios | 73 |
| Fibratos y resinas de intercambio | 73 |
| Objetivos del tratamiento. Estrategia terapéutica | 74 |
| Prevención secundaria | 74 |
| Estatinas | 77 |
| Fibratos | 78 |
| Consumo de vino y cerveza | 79 |
| Comentarios | 79 |
| Recomendaciones | 79 |
| Intervenciones dietéticas | 79 |
| Consumo de vegetales y frutas. Prevención primaria | 80 |
| Comentarios | 80 |
| Prevención secundaria | 80 |
| Dieta baja en grasas | 80 |
| Dieta alta en fibras | 80 |
| Dieta mediterránea | 81 |
| Suplementos de betacaroteno y vitaminas | 81 |
| Betacaroteno | 81 |
| Suplemento de vitamina E | 82 |
| Suplemento de vitamina C | 82 |
| Prevención secundaria. Comentarios | 82 |
| Tratamiento con betabloqueantes | 82 |
| Prevención secundaria | 84 |
| Tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina | 84 |
| Prevención secundaria | 84 |
| Inhibidores de la enzima convertidora en pacientes con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo, con insuficiencia cardíaca clínica o sin ella | 84 |
| Prevención primaria y secundaria | 85 |

| | |
|---|----|
| Indicación no selectiva de inhibidores de la enzima convertidora en pacientes con alto riesgo de eventos vasculares | 85 |
| Tratamientos para dejar de fumar | 85 |
| Prevención primaria | 85 |
| Tabaquismo como factor de riesgo | 86 |
| Tabaquismo pasivo como factor de riesgo | 86 |
| Prevención secundaria | 86 |
| Tratamiento de la hipertensión arterial | 89 |
| Prevención primaria | 89 |
| Tratamiento farmacológico | 89 |
| Beneficios en pacientes ancianos (edad mayor de 60 años) | 89 |
| Beneficios en pacientes de cualquier edad | 90 |
| Tratamiento no farmacológico, Modificaciones del estilo de vida | 90 |
| Ejercicio aeróbico | 91 |
| Dieta pobre en grasas, rica en frutas y vegetales | 91 |
| Reducción del consumo de alcohol | 91 |
| Consumo restringido de sal | 91 |
| Reducción de peso | 91 |
| Suplementos de potasio | 91 |
| Suplementos de calcio | 91 |
| Suplementos de magnesio | 92 |
| Prevención secundaria | 92 |
| Terapia de reemplazo hormonal luego de la menopausia | 92 |
| Prevención primaria | 92 |
| Prevención secundaria | 93 |
| Rehabilitación cardíaca y ejercicio | 94 |
| Prevención secundaria | 94 |
| Bibliografía | 94 |

Capítulo 3

INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

DRES. HERNÁN C. DOVAL, DANIEL FERRANTE Y ALFREDO HIRSCHSON PRADO

| | |
|--|-----|
| Editorial | 99 |
| Abreviaturas Clave | 99 |
| Resumen práctico | 100 |
| Introducción | 102 |
| Tratamiento no farmacológico de la insuficiencia cardíaca | 103 |
| Dieta hiposódica y consejos generales | 103 |
| Dieta | 103 |
| Cumplimiento del tratamiento y programas de manejo | 104 |
| Ejercicio y rehabilitación | 105 |
| Tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardíaca | 106 |
| Tratamiento con diuréticos del asa, tiazidas y espironolactona | 106 |
| Diuréticos del asa y tiazidas | 106 |
| Espironolactona | 107 |
| Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina | 107 |
| Bloqueantes de los receptores de la angiotensina II | 109 |
| Bloqueantes de los receptores de la angiotensina II comparados con IECA | 109 |
| Bloqueantes de los receptores de la angiotensina II agregado a los IECA comparado con IECA | 110 |
| Betabloqueantes | 111 |

| | |
|---|-----|
| Beneficios | 111 |
| Resultados del metaanálisis de bloqueantes en la insuficiencia cardíaca | 112 |
| Daños | 114 |
| Comentarios | 114 |
| Digoxina y otros agentes inotrópicos positivos | 115 |
| Agentes vasodilatadores | 117 |
| Hidralazina-nitritos | 117 |
| Flosequinán | 117 |
| Bloqueantes de los canales del calcio | 117 |
| Nifedipina | 117 |
| Diltiazem | 118 |
| Verapamilo | 118 |
| Antagonistas cálcicos de segunda generación | 118 |
| Felodipina | 118 |
| Amlodipina | 119 |
| Tratamiento con drogas antiarrítmicas | 119 |
| Beneficios | 119 |
| Drogas de clase I | 119 |
| Drogas de clase II | 119 |
| Drogas de clase III | 119 |
| Drogas de clase IV | 120 |
| Personas con alto riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca | 121 |
| Personas con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo sintomáticas | 121 |
| Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina II (IECA) | 121 |
| Betabloqueantes | 122 |
| Personas sin disfunción sistólica del ventrículo izquierdo | 122 |
| Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina II (IECA) | 122 |
| Comentarios | 122 |
| Bibliografía | 123 |

Capítulo 4 SÍNCOPE

DR. ADELQUI PERALTA

| | |
|--|-----|
| Editorial | 127 |
| Abreviaturas clave | 128 |
| Resumen práctico | 128 |
| Introducción | 131 |
| Clasificación | 132 |
| Síncope neurocardiogénico | 132 |
| Síndrome de seno carotídeo | 132 |
| Síncope vasovagal | 132 |
| Síncope cardíaco | 133 |
| Síncope neurológico | 133 |
| Síncope psiquiátrico | 134 |
| Síncope metabólico | 134 |
| Prevalencia y epidemiología | 134 |
| Métodos diagnósticos | 139 |
| Tilt test | 142 |
| Estudio electrofisiológico | 142 |
| ¿Se debería usar el Holter implantable en forma precoz en el diagnóstico de síncope? | 144 |

| | |
|---|-----|
| Tratamiento del síncope vasovagal | 147 |
| Métodos no farmacológicos | 147 |
| Medias elásticas y aporte hídrico abundante | 147 |
| Entrenamiento ortostático | 148 |
| Tratamiento farmacológico | 148 |
| Betabloqueantes | 148 |
| Disopiramida | 149 |
| Agonistas alfa: midodrina y etilefrina | 149 |
| Fludrocortisona | 150 |
| Enalapril | 151 |
| Paroxetina | 151 |
| Uso de marcapasos | 151 |
| Síncope cardíaco | 154 |
| Síncope neurológico | 155 |
| Bibliografía | 156 |

Capítulo 5

INFECCIONES DE LA VÍA AÉREA SUPERIOR

DRES. HUGO SPRINSKY, JORGE MERCADO Y ROBERTO REUSSI

| | |
|---|-----|
| Editorial | 161 |
| Resumen práctico | 162 |
| Introducción | 164 |
| Infección viral de la vía aérea superior | 164 |
| Clínica | 165 |
| Laboratorio | 165 |
| Diagnóstico | 165 |
| Tratamiento | 165 |
| Resfriado-catarro-coriza | 165 |
| Clínica | 165 |
| Diagnóstico | 166 |
| Tratamiento | 166 |
| Prevención | 166 |
| Gripe o influenza | 166 |
| Clínica | 166 |
| Diagnóstico | 168 |
| Tratamiento | 168 |
| Prevención | 169 |
| Faringoamigdalitis viral - angina viral | 170 |
| Clínica | 170 |
| Diagnóstico | 170 |
| Tratamiento | 170 |
| Prevención | 170 |
| Infección bacteriana de la vía aérea superior | 170 |
| Clínica | 171 |
| Laboratorio | 171 |
| Diagnóstico | 171 |
| Tratamiento | 171 |
| Faringoamigdalitis bacteriana - angina bacteriana | 171 |
| Clínica | 171 |
| Diagnóstico | 171 |
| Tratamiento | 172 |
| Portadores y resistencia al tratamiento | 173 |

| | |
|--|-----|
| Prevencción | 173 |
| Sinusitis bacteriana | 174 |
| Clínica | 174 |
| Diagnóstico | 175 |
| Tratamiento | 175 |
| Prevencción | 175 |
| Otras infecciones | 175 |
| Mononucleosis infecciosa | 176 |
| Laringitis supraglótica aguda (epiglottitis)..... | 176 |
| Faringitis por otros gérmenes | 177 |
| Amigdalitis ulcerosa o angina de Vincent | 177 |
| Abscesos periamigdalofaríngeos | 177 |
| Otitis media | 177 |
| Etiología | 178 |
| Método de diagnóstico | 178 |
| Tratamiento | 179 |
| Recomendaciones finales | 179 |
| ¿Bacteriana o viral? | 179 |
| Causa viral | 179 |
| Complicación bacteriana | 180 |
| Selección del tratamiento. Oportunidad de los antibióticos | 180 |
| Tratamiento corto versus largo | 180 |
| Resistencia bacteriana actual | 181 |
| Apéndice terapéutico | 183 |
| Bibliografía | 183 |

Capítulo 6

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

DRES. HÉCTOR A. BIONDI, JORGE A. CASTAGNINO Y ROBERTO REUSSI

| | |
|--|-----|
| Editorial | 185 |
| Abreviaturas clave | 185 |
| Resumen práctico | 189 |
| Introducción | 190 |
| Definición | 190 |
| Epidemiología | 190 |
| Factores que aumentan el riesgo de complicaciones y muerte | 191 |
| Agentes etiológicos | 191 |
| Formas de presentación | 191 |
| Neumonía sin comorbilidad(12) | 192 |
| Neumonía con comorbilidad(13) | 192 |
| Neumonía en ancianos(14) | 192 |
| Neumonía grave | 193 |
| Diagnóstico | 193 |
| Interrogatorio - datos epidemiológicos | 193 |
| Cuadro clínico | 193 |
| Estudios por imágenes | 194 |
| Exámenes de laboratorio | 194 |
| Generales | 194 |
| Bacteriológicos | 194 |
| Métodos invasivos | 195 |
| Tests serológicos | 195 |
| Líquido pleural | 195 |

| | |
|---|-----|
| Biopsia pulmonar | 195 |
| Diagnóstico diferencial | 195 |
| Criterios de internación según Fine | 195 |
| Internación en UTI | 198 |
| Tratamiento | 198 |
| Tratamiento en pacientes ambulatorios | 199 |
| Tratamiento en pacientes que se internan | 199 |
| Tratamiento de los pacientes que requieren internación en unidades de cuidados intensivos | 200 |
| Situaciones especiales | 201 |
| Tratamiento no ATB | 201 |
| Duración del tratamiento | 202 |
| Prevención de la NAC | 202 |
| Conclusiones | 203 |
| Bibliografía | 203 |

Capítulo 7

ENDOCARDITIS INFECCIOSA

DRES. LUIS CARNELLI, AMANDA POLAR Y DANIEL CARNELLI

| | |
|---|-----|
| Editorial | 205 |
| Resumen práctico | 206 |
| Introducción | 212 |
| Patogenia | 212 |
| El sobre válvula nativa | 212 |
| El sobre válvula protésica | 213 |
| Fisiopatología | 213 |
| a) Infección sistémica | 213 |
| b) Compromiso valvular cardíaco | 213 |
| c) Embolización infecciosa | 214 |
| Consideraciones clínicas | 214 |
| Endocarditis infecciosa aguda y subaguda | 214 |
| Endocarditis aguda | 214 |
| Izquierda | 214 |
| Derecha | 214 |
| Endocarditis clásica de forma subaguda | 214 |
| Manifestaciones reumáticas | 215 |
| Manifestaciones neurológicas | 215 |
| Manifestaciones cutaneomucosas | 215 |
| Manifestaciones clínicas en la Argentina. Registro prospectivo EIRAS | 216 |
| Diagnóstico de endocarditis infecciosa | 217 |
| Sospecha inicial | 217 |
| Técnica de los hemocultivos | 218 |
| Sospechas y conductas ante hemocultivos negativos | 219 |
| Ecocardiografía | 219 |
| Diagnóstico diferencial | 220 |
| Tratamiento antibiótico | 220 |
| Criterios para la selección de la estrategia inicial empírica en espera de hemocultivos | 220 |
| Endocarditis por estreptococo | 221 |
| Aspectos particulares o controvertidos en la endocarditis por <i>Streptococcus viridans</i> | 222 |
| Asociación o no con aminoglucósidos | 222 |
| Duración del tratamiento | 222 |

| | |
|--|-----|
| Tratamiento ambulatorio o internación | 223 |
| Pacientes con alergia a la penicilina | 223 |
| Pacientes con CIM (concentración inhibitoria mínima) > 0,1 mg/ml | 223 |
| Endocarditis por enterococo | 224 |
| Endocarditis por enterococo con alta resistencia a la penicilina (CIM > 16 mg/ml) .. | 225 |
| Conclusiones sobre las EI por enterococo | 226 |
| Endocarditis por estafilococo | 227 |
| Endocarditis sobre válvulas nativas | 228 |
| Endocarditis de válvulas izquierdas nativas | 229 |
| Endocarditis de válvulas derechas | 229 |
| Conclusiones sobre EI por <i>Staphylococcus aureus</i> sobre válvulas nativas | 229 |
| Endocarditis por estafilococo sobre válvulas protésicas | 229 |
| Estafilococo coagulasa negativo | 231 |
| Estafilococo coagulasa positivo (<i>S. aureus</i>) | 231 |
| Endocarditis por microorganismos HACEK | 232 |
| Conclusiones | 232 |
| Gémenes menos frecuentes y conducta | 233 |
| Candida y <i>Aspergillus</i> | 233 |
| Tratamiento | 233 |
| Tratamiento quirúrgico | 234 |
| Pronóstico | 235 |
| Profilaxis de la endocarditis infecciosa | 237 |
| Procedimientos respiratorios | 237 |
| Endoscopias digestivas | 237 |
| Intervenciones urológicas | 238 |
| Quimioprofilaxis | 238 |
| Tratamiento para procedimientos odontológicos, orales, del tracto respiratorio o | |
| procedimientos esofágicos (cuadro 8) | 238 |
| Régimen profiláctico para los procedimientos genitourinarios y gastrointestinales | |
| no esofágicos | 239 |
| Apéndice | 242 |
| Bibliografía | 242 |

Capítulo 8

INFECCIÓN URINARIA EXTRAHOSPITALARIA

DRES. RODOLFO BADO Y JORGE MERCADO

| | |
|---|-----|
| Editorial | 247 |
| Abreviaturas clave | 248 |
| Resumen práctico | 248 |
| Introducción. Definiciones y clasificación | 251 |
| Bacteriuria significativa, sintomática o asintomática | 252 |
| Infección urinaria alta o baja | 252 |
| Infección urinaria complicada o potencialmente complicada | 252 |
| Diagnóstico diferencial con otros problemas genitourinarios | 252 |
| Infección urinaria recurrente, persistente y reinfección | 253 |
| Factores predisponentes | 253 |
| Vía ascendente | 253 |
| Vía descendente o hematógena | 253 |
| Condiciones clínicas y anatómicas que favorecen la infección urinaria. Distribución | |
| en grupos etarios y por sexo | 253 |
| Agentes etiológicos | 254 |
| Agentes etiológicos durante el embarazo | 254 |

| | |
|---|-----|
| Diagnóstico | 255 |
| Análisis rápido del sedimento | 257 |
| Comentario sobre el diagnóstico de IU | 258 |
| Autodiagnóstico | 258 |
| Tratamiento | 258 |
| Antibióticoterapia | 259 |
| Detalles farmacocinéticos y farmacodinámicos al elegir el antibiótico | 259 |
| Antibióticos de uso frecuente en IU | 260 |
| ATB de uso menos frecuente pero útiles en situaciones especiales | 261 |
| Selección empírica del tratamiento ATB | 261 |
| Situaciones clínicas y problemas de decisión frente a la IU | 262 |
| IU sintomática no complicada en mujeres | 262 |
| Duración del tratamiento | 263 |
| Dosis única o tratamiento durante varios días | 264 |
| Bacteriuria asintomática | 265 |
| Embarazo e IU | 265 |
| Bacteriuria asintomática en el embarazo | 265 |
| IU sintomática en el embarazo | 266 |
| Infección urinaria en hombres jóvenes | 267 |
| Ancianos | 267 |
| Infección urinaria recurrente | 267 |
| Recalda o IU persistente | 267 |
| Reinfección urinaria | 268 |

Capítulo 9
LA HEPATITIS VIRAL AGUDA Y EL CLÍNICO.
CONDUCTA FRENTE A LA HEPATITIS C
 DRES. JULIÁN PISAREVSKY Y MARGARITA GASSET

| | |
|---|-----|
| Editorial | 273 |
| Abreviaturas clave | 274 |
| Resumen práctico | 274 |
| Introducción | 278 |
| Hepatitis virales | 278 |
| Generalidades | 278 |
| Las hepatitis agudas en el consultorio | 279 |
| Hepatitis C | 280 |
| Introducción | 280 |
| Historia y anatomía del virus | 281 |
| Formas de presentación y diagnóstico | 281 |
| Clínica oligosintomática | 282 |
| En el laboratorio hematológico | 282 |
| Frente a un chequeo en el hepatograma | 282 |
| En población de riesgo | 283 |
| A través de manifestaciones extrahepáticas de la enfermedad | 284 |
| Objetivos del tratamiento | 286 |
| Tratamiento | 286 |
| Interferón | 287 |
| Interferón asociado con rífabirina | 290 |
| Interferón pegilado | 292 |
| ¿Qué pacientes deben ser tratados? | 293 |
| Conclusiones terapéuticas | 294 |

| | |
|---|-----|
| ¿Qué recomendaciones deberíamos hacer para prevenir la transmisión? | 294 |
| Apéndice | 295 |
| Bibliografía | 296 |

Capítulo 10
DE LA DISPEPSIA A LA ÚLCERA GASTRODUODENAL
 DRES. VIVIANA FALASCO, RICARDO FORASIEPI Y MIGUEL FALASCO

| | |
|---|-----|
| Abreviaturas clave | 299 |
| Introducción editorial al problema de la dispepsia | 299 |
| DR. ROBERTO REUSSI | 300 |
| 1. Tratamiento empírico | 301 |
| Criterios para la sospecha de tumor gástrico | 301 |
| 2. Endoscopia precoz para la definición anatómica, determinación de H. pylori y selección del tratamiento | 303 |
| 3. Evaluar y tratar | 304 |
| Enfermedad úlcero péptica | 307 |
| DRES. VIVIANA FALASCO, RICARDO FORASIEPI Y MIGUEL FALASCO | 307 |
| Resumen práctico | 310 |
| Introducción | 310 |
| Definición | 310 |
| Epidemiología | 310 |
| Patogenia | 310 |
| Clínica | 310 |
| Diagnóstico | 311 |
| Úlcera y Helicobacter pylori | 312 |
| Úlcera por ingesta de AINE | 312 |
| Tratamiento de la úlcera péptica | 312 |
| Medidas generales | 313 |
| Tratamiento farmacológico | 313 |
| Erradicación de H. pylori | 313 |
| Terapia dual o terapia triple | 316 |
| Tratamiento antiácido | 316 |
| Bloqueantes de los receptores H2 de histamina | 316 |
| Inhibidores de la bomba de protones | 317 |
| Úlcera péptica, IBP e imposibilidad de suspender los AINE | 318 |
| Alcalinos | 318 |
| Agentes protectores de la mucosa | 319 |
| Misoprostol | 319 |
| Úlcera péptica refractaria | 319 |
| Conclusiones | 320 |
| Bibliografía | 320 |

Capítulo 11
NÓDULO TIROIDEO: CONDUCTA DIAGNÓSTICA Y PROPUESTA TERAPÉUTICA
 DRES. JORGE MERCADO, FLORENCIO OLMOS Y ROBERTO REUSSI

| | |
|--|-----|
| Editorial | 323 |
| Abreviaturas clave | 324 |
| Resumen práctico | 324 |
| Introducción | 326 |
| Factores de riesgo para cáncer de tiroides | 327 |
| Patogenia | 327 |

| | |
|---|-----|
| Clinica | 328 |
| Examen físico | 329 |
| Diagnósticos diferenciales | 329 |
| Procedimientos diagnósticos | 330 |
| Análisis de laboratorio | 330 |
| Radiografía de tórax | 331 |
| Ecografía tiroidea | 331 |
| Eco-Doppler tiroideo | 332 |
| Centellograma tiroideo | 333 |
| Punción aspiración con aguja fina (PAF) | 333 |
| Utilización diagnóstica de la supresión con hormona tiroidea | 335 |
| Tomografía axial computarizada y resonancia magnética nuclear | 336 |
| Estrategia de diagnóstico y tratamiento del nódulo tiroideo | 336 |
| Secuencia diagnóstica | 336 |
| Tratamiento | 338 |
| Nódulo macrofolicular | 338 |
| Nódulo microfolicular | 338 |
| Nódulos autónomos (calientes o hiperfuncionantes) | 338 |
| Quiste tiroideo | 338 |
| Nódulo solitario maligno de tiroides. Cirugía | 339 |
| Conclusiones | 340 |
| Bibliografía | 340 |

Capítulo 12

EL CÁNCER DE LA PRÓSTATA EN EL CONSULTORIO DEL CLÍNICO

DRES. RODOLFO MAINO Y EUSEBIO ZABALUA

| | |
|--|-----|
| Editorial | 343 |
| Abreviaturas clave | 344 |
| Resumen práctico | 344 |
| Introducción | 346 |
| Epidemiología del Ca de próstata y planteo del problema clínico | 346 |
| Técnicas diagnósticas | 348 |
| 1. Examen rectal por palpación digital | 348 |
| 2. Antígeno prostático específico (PSA) | 349 |
| Origen y características químicas | 349 |
| Valor clínico y puntos de corte | 349 |
| Variaciones del nivel PSA | 349 |
| Aspectos cualitativos y correcciones del valor de PSA | 350 |
| 3. Ecografía transrectal (ETR) | 350 |
| 4. Biopsia prostática transrectal por punción con aguja | 351 |
| Estratificación del tumor | 352 |
| Gradación histopatológica de Gleason | 353 |
| Score de Gleason | 353 |
| Estadio en el momento del diagnóstico y sobrevida | 354 |
| Posibilidades terapéuticas | 355 |
| Cirugía | 355 |
| Criócirugía | 356 |
| Radioterapia | 356 |
| Braquiterapia | 357 |
| Tratamiento hormonal | 357 |
| Estrógenos | 357 |
| Agonistas de las sustancias liberadoras de la hormona luteinizante | 358 |

| | |
|---|-----|
| Orquiectomía bilateral | 358 |
| Antiandrógenos | 358 |
| Progestágenos | 359 |
| Esquemas de tratamiento en las diversas etapas | 359 |
| Tumor en estadio no palpable o inaparente (tacto e imagen negativos) (Estadio A1 - T1a, N0, MO) | 359 |
| Tumor no palpable, histología diferenciada o no diferenciado sin afectación de ganglios ni metástasis o palpable confinado en la glándula sin afectar la cápsula o aun con extensión extracapsular (Estadio T1b, N0, MO, ó T1c, N0, MO) | 359 |
| Pacientes con tumor palpable, confinado en la próstata, sin afectación de ganglios ni metástasis (Estadio T2, N0, MO) | 360 |
| Pacientes con tumor que compromete la cápsula y/o la vejiga (Estadio T3, N0, MO, C) | 360 |
| Pacientes con tumor de próstata fijado a otros tejidos, o metástasis en ganglios o a distancia (Estadio T4, N0, MO, o cualquier T, cualquier N m1 (Estadio D1 o D2)) | 360 |
| Pacientes con Ca de próstata recidivante | 361 |
| Información al paciente | 361 |
| Integración | 362 |
| Etapa diagnóstica | 362 |
| Estadificación | 362 |
| Tratamiento | 362 |
| Bibliografía | 363 |

Capítulo 13

PREVENCIÓN DE LA TROMBOSIS VENOSA Y LA TROMBOEMBOLIA DE PULMÓN

DRES. RAÚL ALTMAN, JORGE ROUVIER Y ALEJANDRA SCAZZIOTA

| | |
|---|-----|
| Editorial | 367 |
| Abreviaturas clave | 368 |
| Resumen práctico | 368 |
| Introducción | 371 |
| Recursos terapéuticos | 372 |
| Heparina no fraccionada, de bajo peso molecular y pentasacáridos | 372 |
| Pentasacáridos | 372 |
| Medidas no farmacológicas | 372 |
| El uso de la heparina en la prevención de la tromboembolia venosa | 372 |
| Prevención de tvp en cirugía | 373 |
| Cirugía general | 373 |
| Riesgo bajo | 373 |
| Riesgo moderado | 373 |
| Alto riesgo | 374 |
| Prevención de TVP en la cirugía ginecológica | 374 |
| Prevención de la TVP en la cirugía ortopédica | 374 |
| Cirugía posfractura de cadera | 375 |
| Reemplazo de cadera | 376 |
| Reemplazo de rodilla | 377 |
| Tromboembolia y artroscopia | 377 |
| Duración de la profilaxis en cirugía ortopédica | 378 |
| La tromboprofilaxis en el paciente traumatizado | 378 |
| Prevención por medios mecánicos | 378 |
| Prevención farmacológica | 379 |
| Prevención de TVP y TEP en neurocirugía | 379 |

| | |
|---|-----|
| Prevención de la TVP en las enfermedades médicas | 380 |
| Prevención de tromboembolia venosa en enfermedades malignas | 380 |
| Rol de la quimioterapia | 381 |
| ¿Cuál es la incidencia de TVP en el cáncer? | 381 |
| Bibliografía | 383 |

Capítulo 14

TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS VENOSA Y DE LA EMBOLIA DE PULMÓN

DRES. RAÚL ALTMAN, JORGE ROUVIER Y ALEJANDRA SCAZZIOTA

| | |
|---|-----|
| Editorial | 389 |
| Abreviaturas clave | 389 |
| Resumen práctico | 390 |
| Introducción | 393 |
| Condiciones que facilitan la TVP | 393 |
| Características del trombo | 394 |
| Embolia paradójica | 394 |
| Condiciones de aparición de la TVP y la TEP | 394 |
| Pacientes no quirúrgicos | 394 |
| Papel de la inflamación en la TVP | 395 |
| Tratamiento de la TVP | 395 |
| Heparinas | 395 |
| Heparina no fraccionada (HNF) y de bajo peso molecular (HBPM) | 396 |
| Tratamiento inicial de la embolia de pulmón | 397 |
| Heparina de bajo peso molecular | 397 |
| Diferentes Heparinas de bajo peso molecular | 398 |
| Esquemas terapéuticos clásicos de la TVP y la TEP | 399 |
| Complicaciones durante el tratamiento con heparina | 400 |
| Trombocitopenia | 400 |
| Osteoporosis | 400 |
| Hemorragias | 400 |
| Otras complicaciones de la terapéutica con heparina no fraccionada | 401 |
| Tratamiento Domiciliario de la TVP | 401 |
| Dosis de heparina de bajo peso molecular para el tratamiento domiciliario | 402 |
| Anticoagulación oral | 403 |
| Criterio de anticoagulación adecuada inicial con dicumarínicos | 403 |
| Duración del tratamiento de las TVP | 405 |
| Las HBPM en el tratamiento prolongado de las TVP | 406 |
| Tratamiento mecánico | 406 |
| Interrupción del flujo en la vena cava inferior | 406 |
| Conclusiones y recomendaciones finales | 407 |
| Bibliografía | 408 |

Capítulo 15

FIBRILACIÓN AURICULAR

DRES. CARLOS TAJER, RODOLFO BADO Y ALFREDO ESTEGUY

| | |
|--------------------------|-----|
| Editorial | 411 |
| Abreviaturas clave | 412 |
| Resumen práctico | 412 |
| Introducción | 416 |
| Epidemiología | 416 |
| Etiología | 417 |

| | |
|---|-----|
| Fisiopatología y electrofisiología | 418 |
| Fisiopatogenia | 419 |
| Consecuencias hemodinámicas | 419 |
| Enfermedad embolígena | 419 |
| Enfoque clínico | 419 |
| Clasificación de la FA | 420 |
| Presentación clínica | 421 |
| Historia natural. Evolución y complicaciones | 421 |
| Tratamiento | 422 |
| FA aguda o reciente | 422 |
| Control de la frecuencia ventricular | 422 |
| Betabloqueantes | 424 |
| Reversión a ritmo sinusal | 424 |
| Cardioversión eléctrica | 424 |
| Indicaciones de cardioversión de urgencia | 424 |
| Cardioversión farmacológica | 425 |
| Amiodarona | 425 |
| Quinidina | 426 |
| Flecainida | 426 |
| Propafenona | 426 |
| Dofetilide | 426 |
| FA paroxística recurrente | 427 |
| FA persistente | 427 |
| Reversión a ritmo sinusal | 427 |
| Rol de la ecocardiografía en la estratificación de pacientes con FA | 427 |
| Comparación entre la estrategia convencional y cardioversión guiada por ETE | 428 |
| Mantenimiento del ritmo sinusal | 428 |
| Una vez revertido, ¿se debe mantener la anticoagulación? | 429 |
| FA permanente Y Prevención del ACV | 429 |
| Antiagregación plaquetaria. Aspirina. | 429 |
| Anticoagulación oral con warfarina | 429 |
| Anticoagulación oral comparada con aspirina | 430 |
| Fibrilación auricular subaguda o crónica | 432 |
| ¿Es mejor convivir con la FA que intentar revertirla a toda costa? | 432 |
| Recursos electrofisiológicos ante la falla del tratamiento médico | 433 |
| Procedimientos para disminuir la frecuencia ventricular | 433 |
| Ablación por radiofrecuencia del nódulo AV | 433 |
| Procedimientos para mantener el ritmo sinusal | 433 |
| Quirúrgicos | 433 |
| Procedimientos electrofisiológicos por catéter | 434 |
| Prevención de la FA en pacientes con Marcapasos crónico | 434 |
| Marcapasos secuencial | 434 |
| Desfibrilador implantable | 435 |
| Consideraciones finales | 435 |
| Bibliografía | 436 |