



PRIMERA CÁTEDRA DE
**ENFERMEDADES POCO
FRECUENTES EN ARGENTINA**

La Facultad de Ciencias Médicas de UNLP inauguró la primera cátedra de Enfermedades Poco Frecuentes del país. Las EPF son aquellas enfermedades cuya prevalencia es menor o igual a 1 caso en 2000 personas.





JUNTOS PODEMOS

COLEGIO DE MÉDICOS

Distrito I - Provincia de Buenos Aires

LO QUE SABEMOS HACER



Desde hace años la revista De Ambo se constituye como un ámbito de expresión de nuestra comunidad en el cual queda plasmado -en parte- el aporte que médicos y médicas realizan a diario desde sus puestos de trabajo.

Por tanto, De Ambo no es más que una muestra fragmentaria de profesionales que, con humildad y esfuerzo, se abocan a brindar sus conocimientos para el cuidado de la salud de la población, con un claro perfil vocacional de entrega y excelencia prestacional, sea en el campo de la atención, la investigación, la docencia o la gestión institucional, sea en el ámbito de lo público, o lo privado.

Tengo la plena convicción de que nosotros, colegas, honorificamos en nuestra praxis diaria los preceptos guía del Juramento Hipocrático. Eso es, sin más, hacer lo que sabemos hacer, de

la manera en que nos comprometimos a hacerlo, a pesar de que nuestros esfuerzos sean soslayados por las autoridades sanitarias, ofreciéndonos condiciones laborales muchas veces indignas, y coartando toda posibilidad de jerarquizar nuestros ingresos o afrontar los gastos necesarios para mantener nuestros consultorios. sosten, y sus garantes de excelencia.

De ambo pulcro, seguiremos resistiendo y atendiendo.

Dr. Julio C. Moreno
Sec. General del Colegio de Médicos
de la provincia de Buenos Aires –
Distrito I

DRA. GONZÁLEZ AYALA SILVIA

TUBERCULOSIS



La tuberculosis (TB), también denominada tisis, plaga o peste blanca, es una enfermedad conocida desde el período Neolítico. Aristóteles la consideró contagiosa y Galeno describió la afectación respiratoria. En los siglos XVII y XVIII era la causa de una de cada cuatro muertes en Europa.

Fue a partir de la Revolución Industrial (iniciada a mediados del siglo XVIII), con la urbanización creciente y el cambio en las condiciones de alimentación y habitacionales, que emergió como un problema importante de salud. El tratamiento se limitaba al reposo y el aire libre.

Robert Koch identificó el agente causal, *Mycobacterium tuberculosis*, en 1882. La presencia del bacilo es una condición necesaria para la infección pero no es suficiente para la presentación de la enfermedad por cuanto se requieren otras relacionadas con la persona (nutrición, estado inmune) y el medio ambiente en el que se desenvuelve (hacinamiento, ventilación e higiene deficientes).

A mediados de la década del '40 estuvo disponible la primera droga (estreptomina) con acción sobre *M. tuberculosis*, en los '50 la isoniacida y a partir del año 1970, la rifampicina. El uso rutinario del tratamiento combinado modificó la evolución, logró la curación y tuvo impacto epidemiológico. Pero, la pandemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) incidió

en el aumento de casos de TB y la emergencia de cepas resistentes (R), multirresistentes (MDR) y extensamente resistentes (XDR) desde mediados de la década de 1980.

La emergencia mundial en salud pública por TB fue declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1993. La pandemia de la COVID-19 ha sumado un nuevo retroceso al control de la TB.

La TB está entre las diez principales causas de muerte y la primera por enfermedades infecciosas en el mundo en todos los grupos de edad.

Situación global

Se ha estimado que aproximadamente cada día mueren 4.100 personas y se enferman 30.000, aunque la TB sea una enfermedad prevenible y tratable.

Un tercio de las muertes registradas por año en las personas viviendo con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es producido por la TB.

La OMS estableció la Estrategia Fin de la TB y la modalidad de implementación en el año 2014 (Resolución EB134.R4, 67ª Asamblea Mundial de la Salud) con las metas de un mundo libre de TB, cero muertes, enfermedad y sufrimiento por TB en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sustentable del milenio (Objetivo 3) **1**.

Convocó a los países a adherir y trabajar integralmente en pos de los objetivos

enumerados.

Los pilares de la Estrategia son:

1. Una atención y prevención integral centrada en el paciente que garantice según las necesidades y posibilidades, el acceso oportuno al diagnóstico y al tratamiento efectivo, acompañado de un soporte educativo, emocional y económico durante todo el proceso.

2. Políticas audaces y sistemas de apoyo centrado en la protección social y en la reducción de la pobreza, con especial

atención a las necesidades de las comunidades afectadas y de las poblaciones vulnerables.

3. Innovación e investigación intensificada para obtener nuevos métodos de diagnóstico, medicamentos, vacunas y prestación innovadora

En el Cuadro 1 se presentan los objetivos planteados tomando como base los datos del año 2015 y los logros 2

Cuadro 1. Objetivos por quinquenio de la Estrategia Fin de la TB y logros al año 2020 2

Objetivo	2020	Alcanzado	2025	2030	2035
Reducción nº muertes	35%	9,2%	70%	90%	95%
Reducción incidencia	20%	11%	50%	80%	90%
Costo persona/familia	0%	47%	0%	0%	0%

Otros aspectos considerados en la Estrategia Fin de la TB y los alcanzados al año 2020 se presentan en el Cuadro 2 2.

Cuadro 2. Otros objetivos de la Estrategia Fin de la TB al año 2020 y los logros 2

Objetivo	2020	Alcanzado
Personas tratadas	40 millones	50% (19,8 millones)
Niños tratados	3,5 millones	41% (1,4 millones)
Personas con TB MDR tratadas	1,5 millones	32% (483.000)
Niños con TB MDR tratados	115.000	11% (12.200)
Personas tratadas con TB latente	30 millones	29% (8,7 millones)
Personas con SIDA tratadas por TB latente	6 millones	>100% (7,2 millones)
Contactos <5 años tratados por TB latente	20 millones	1,6% (0,32 millones)
Presupuesto anual necesario	13.000 millones U SD	5.300 millones U SD
Presupuesto anual para Investigación	2.000 millones U SD	901 millones U SD

Situación en Argentina

Las autoridades nacionales de salud adhirieron a la Estrategia Fin de la TB.

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis del Ministerio de Salud de la Nación tiene como objetivos: reducir la morbimortalidad por TB, la transmisión de la infección y la resistencia de M. tuberculosis a las drogas antituberculosas. En cada jurisdicción hay un Programa con idénticos postulados. Su implementación presenta numerosas dificultades de acceso para los pacientes y sus familias 3.

La Figura 1 muestra la serie histórica de casos nuevos y recaídas notificados y la tasa de incidencia por 100.000 habitantes en el período 1980-2020. Los casos comenzaron a aumentar desde el año 2014 4.

Se notificaron un total de 10.896 casos de los cuales 10.268 fueron casos nuevos y recaídas de TB, tasa de incidencia alcanzó 24 y 22,63 / 100.000 habitantes, respectivamente, en el año 2020. La provincia de Buenos Aires (38% de la población del país) aportó el 50% de los casos nuevos y recaídas 4.

Las jurisdicciones con mayor tasa de incidencia por 100.000 habitantes fueron: Salta (39), Formosa (37), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (35,6), Jujuy (33), Buenos Aires (32) 4.

La localización del total de casos notificados fue: pulmonar (77%), extrapulmonar (12%) y sin especificar (11%) 4.

La relación varón/mujer fue 1,44.

La letalidad/100.000 fue 1,4 en el país. Las jurisdicciones que superaron el valor

nacional son: Salta (5,8), Formosa (5,7), Jujuy y Chaco (4,2) 4.

Los casos de TB MDR son producidos por las dos cepas (M clado H2 SIT2 [Hospital Francisco J. Muñiz, ciudad de Buenos Aires] y Ra clado LAM3 SIT33 [Hospital Intendente Gabriel Carrasco, Rosario]) que emergieron en los '90.

De los 210 casos de TB pulmonar confirmados en el año 2020 con resistencia a drogas, el 53,8% (113) a rifampicina; 76 MDR y 1 XDR. El 84% de los casos (n=107) se concentró en provincia de Buenos Aires, ciudad de Buenos Aires y Santa Fe 4.

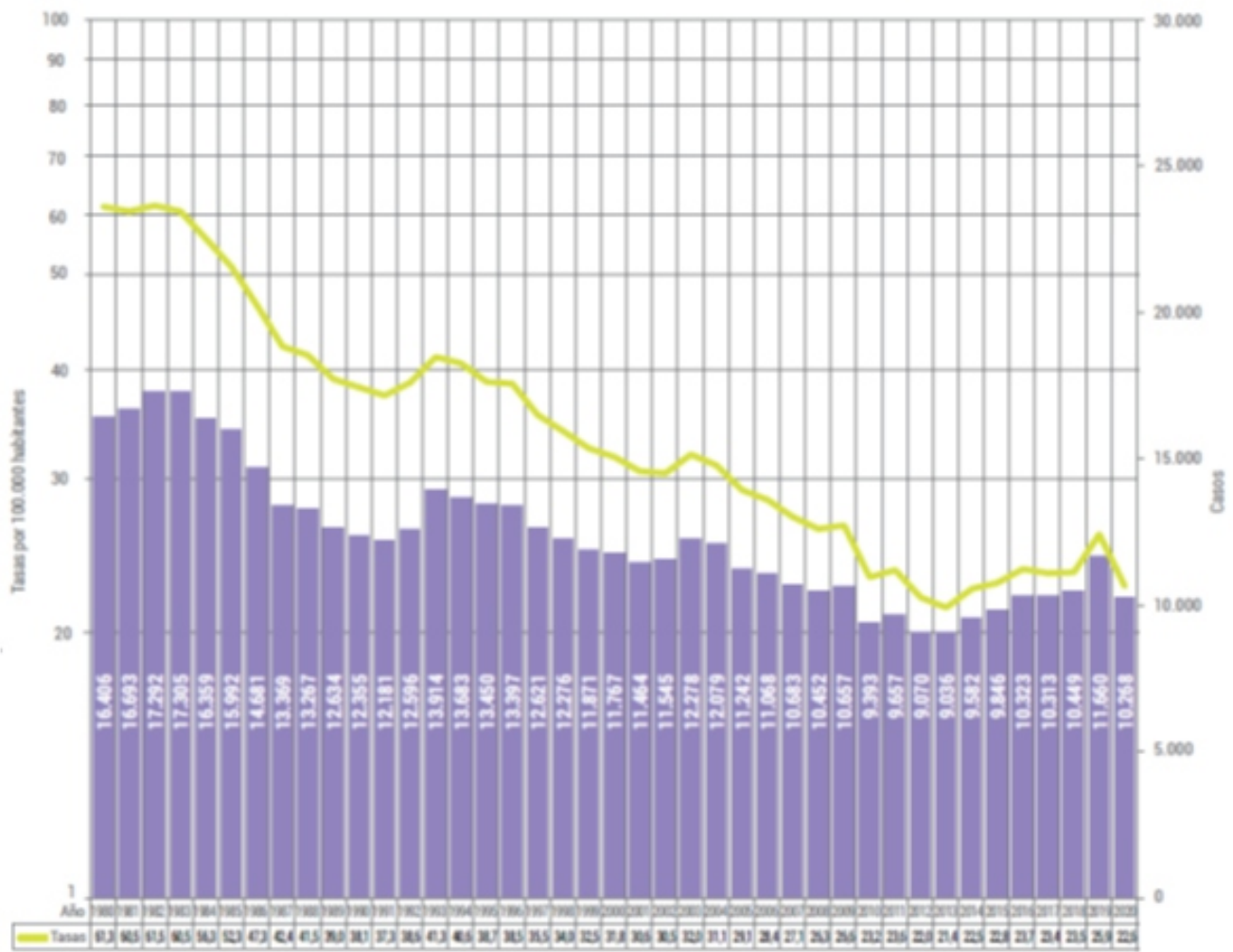
La emergencia de cepas MDR y XDR incrementa el riesgo de casos primarios en menores de 15 años y más en menores de 5 años. La TB en la edad pediátrica es un indicador de una fuente de infección actual no detectada, sin tratamiento o con tratamiento incompleto.

Consideraciones

La TB tiene vigencia y debe ser considerada en el primer nivel de atención para lograr el diagnóstico y tratamiento oportunos y la realización del control de foco para interrumpir la cadena de transmisión

En nuestro país, según los datos oficiales, el 36,5% de la población vive en la pobreza (método línea de la pobreza) y el 8,8% en la indigencia, 10,6 y 2,6 millones de personas, respectivamente. El 51,5% de los menores de 18 años son pobres. Se registran diferencias por regiones 5.

Figura 1. Total casos nuevos y recaídas TB notificados y tasa de incidencia/100.000 por año, período 1980-2020⁴



Si bien cualquier persona puede enfermar, las condiciones que generan algún tipo de inmunocompromiso son un factor de riesgo. Así, por ejemplo, aquellas que viven con SIDA y los diabéticos tipo 2 tienen respectivamente, dieciocho y tres veces mayor riesgo de presentar TB activa. Otros son: pobreza, residencia en barrios marginales o populares (villas de emergencia, asentamientos), malnutrición, alcoholismo (más 40 g alcohol/día), tabaquismo, silicosis (mineros), uso indebido de drogas, etnia, menor edad, género (más frecuente en varones), gestación avanzada, residencia en instituciones de estadía (cárceles, centro de rehabilitación de adicciones, albergues para personas sin hogar, etc.), inmunocompromiso (cáncer, trasplante, drogas inmunodepresoras [corticoides, anticuerpos monoclonales]). Las poblaciones con necesidades básicas insatisfechas son las que presentan el mayor número de casos.

Cada persona con diagnóstico de TB debe ser estudiada para la infección por VIH y los que viven con VIH deben ser estudiados para TB de rutina.

El pilar del diagnóstico es el estudio bacterioscópico o baciloscopía. El cultivo, aislamiento, identificación, tipificación y estudio de sensibilidad a las drogas tuberculostáticas sólo se realiza en los Laboratorios de Referencia de la Red de Diagnóstico de la TB. Está indicado en las personas: con antecedentes de tratamiento (abandono, fracaso, recaída), contacto con pacientes con TB R / M D R / X D R , niños ,

inmunocomprometidos y gestantes. En algunos Laboratorios de Referencia se dispone de técnicas de diagnóstico molecular (GeneXpert, MTB/Rif, TB-LAMP, MALDI-TOF).

El tratamiento es provisto gratuitamente por el Estado. Debe ser oportuno y adecuado. Se realiza con una administración diaria por vía oral en dos fases: la primera, de dos meses, con isoniacida, rifampicina, etambutol y pirazinamida; y, la segunda que dura seis meses, con isoniacida y rifampicina. Los controles clínicos están indicados en forma quincenal en la primera fase y mensual en la segunda mientras que aquellos por estudios de laboratorio (hemograma, TGP y TGO, fosfatasa alcalina, bilirrubinemia total, directa e indirecta, concentración de protrombina, uricemia) se practican al inicio y a los 2 meses.

No se ha establecido en forma universal el tratamiento abreviado estrictamente supervisado (TAES), no se ha logrado el estudio del 100% de los contactos ni el seguimiento a dos años de los contactos estudiados.

Se compararon los costos en salud del diagnóstico de caso (USD 2.625) y la investigación de contactos en el hogar (USD 9.518,62 por caso adicional detectado) que resultó altamente costo-efectiva comparada con la que agrega la búsqueda activa de casos⁶.

Los costos personales (calidad de vida, nutrición) y sociales (trabajo, acceso a la atención) son elevados^{3, 7, 8}.

La Ley Nacional 27.625/2022⁹ establece la respuesta integral e intersectorial a la infección por VIH, las hepatitis virales, la TB y las infecciones de transmisión sexual (ITS) basada en la estrategia de la atención primaria de salud, garantiza la investigación, prevención integral y combinada, diagnóstico, tratamiento, cura, asistencia interdisciplinaria (social, legal, psicológica, médica y farmacológica) así como también la reducción de riesgos y daños del estigma, la discriminación y la criminalización hacia las personas viviendo con VIH, hepatitis virales, TB e ITS. Además, se comprenden los cuidados paliativos y la rehabilitación de estas patologías, incluyendo las asociadas, derivadas y concomitantes, así como los efectos adversos derivados de las mismas y/o de sus tratamientos.

A tal efecto, la autoridad de aplicación deberá promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y las restantes que pudiesen corresponder, juntamente con las obras sociales, los prestadores de salud y los otros organismos, articulen con las instancias nacionales, provinciales y/o locales la implementación de los programas que garanticen la atención integral, interdisciplinaria e intersectorial de acuerdo a los principios y propósitos establecidos.

Comentario

La TB no es una enfermedad del pasado. Su frecuencia podría ir en aumento debido a las condiciones de la población y la accesibilidad a la atención de la salud.

Es baja la percepción de la TB tanto en el equipo de salud como en la comunidad. En ésta última es una enfermedad estigmatizante (adelgaza, tose, escupe sangre), asociada al aislamiento y a la muerte.

En general, es tardíamente diagnosticada y no se tiene acceso al 100% de los contactos con lo que implica en la salud de la comunidad.

La reglamentación rápida de la Ley 27.625/2022 y su efectiva y completa implementación tendrán impacto en la Estrategia Fin de la TB en Argentina.

Referencias bibliográficas

- 1- WHO. Global TB strategy with ambitious targets. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/the-end-tb-strategy#:~:text=Ending%20the%20TB%20epidemic%20is,that%20fall%20under%20three%20pillars>.
- 2- Jeremiah C, Petersen E, Nantanda R, Mungai BN, Migliori GB, Amanullah F, Lungu P, Ntoumi F, Kumarasamy N, Maeurer M, Zumla A. The WHO Global Tuberculosis 2021 Report - not so good news and turning the tide back to End TB. *Int J Infect Dis* 2022;20:S1201-9712(22)00149-7. doi: 10.1016/j.ijid.2022.03.011.
- 3- Castilla MV. Tuberculosis, sufrimiento y vida cotidiana en barrios marginales y vulnerables del Área Metropolitana de Buenos Aires. *Trabajo y Sociedad* 2016;26:101-116
- 4- Ministerio de Salud de la Nación. Tuberculosis. *Bol Tuberculosis y Lepra* 2022; 5:10-52. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-03/boletin_n_5_tuberculosis_y_lepra_en_argentina_28-3-2022.pdf
- 5- Instituto Nacional de estadísticas y Censos República Argentina. Condiciones de vida. *Informes Técnicos* 2022;6(12):4-28. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_09_223ECC71AE4.pdf
- 6- Nilva G, Fernández H, Rodríguez L, Wettstein M, Salvadores B, Stoffel C. Análisis de costo-efectividad de tres intervenciones para la detección de casos de tuberculosis en la ciudad de Santa Fe, Argentina. *Rev Argent Salud Pública* 2020;12:e1
- 7- Cusmano LG, Morúa S, Logran M, Pereyra AL, Palmero DJ. Estudio de los costos intangibles y de la participación del componente familiar en el costo social de la tuberculosis. *Rev Argent Salud Pública* 2009;1(1):18-23
- 8- Castilla MV, Ferrari Mango C. Tuberculosis y lógicas de cuidado en barrios marginales y vulnerables de Buenos Aires, Argentina. *Rev Pilquen* 2015;18(3):36-49
- 9- Poder Legislativo nacional. Ley 27.625. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/266657/20220718#:~:text=Se%20proh%C3%ADbe%20la%20oferta%20y,contener%20restricciones%20por%20estos%20motivos>.

NUEVOS AVANCES DESARROLLAN NANOPARTÍCULAS CON POTENCIAL PARA REDUCIR LA INFLAMACIÓN CRÓNICA DEL HÍGADO



En laboratorios de Ciencias Exactas de la UNLP, un equipo científico trabaja en nuevos tratamientos farmacológicos que permitirían, además, reducir los efectos secundarios adversos. La inflamación crónica del hígado puede ser una consecuencia de la hepatitis viral o autoinmune, y provocar con el tiempo en una cirrosis o fibrosis hepática.

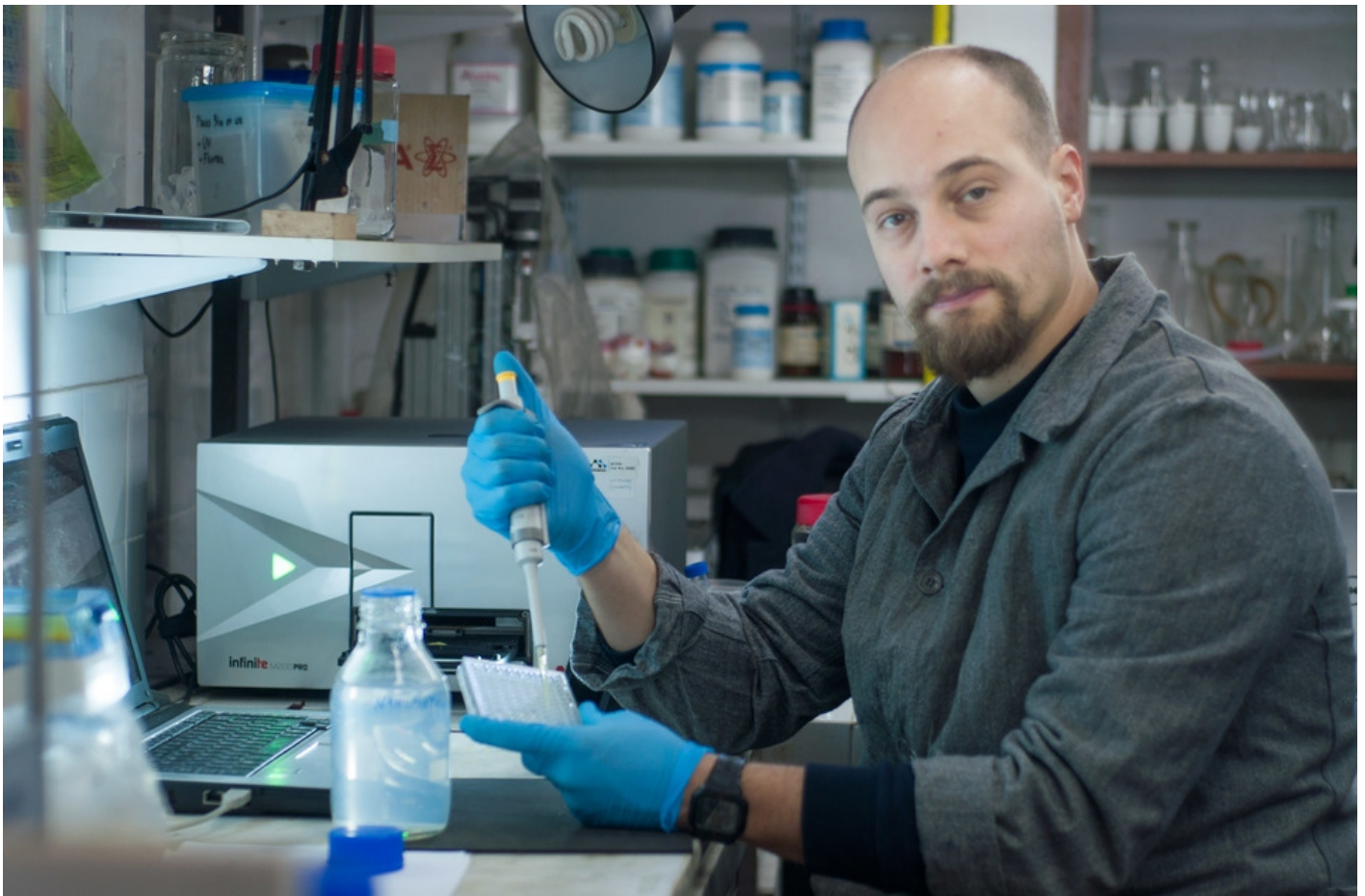
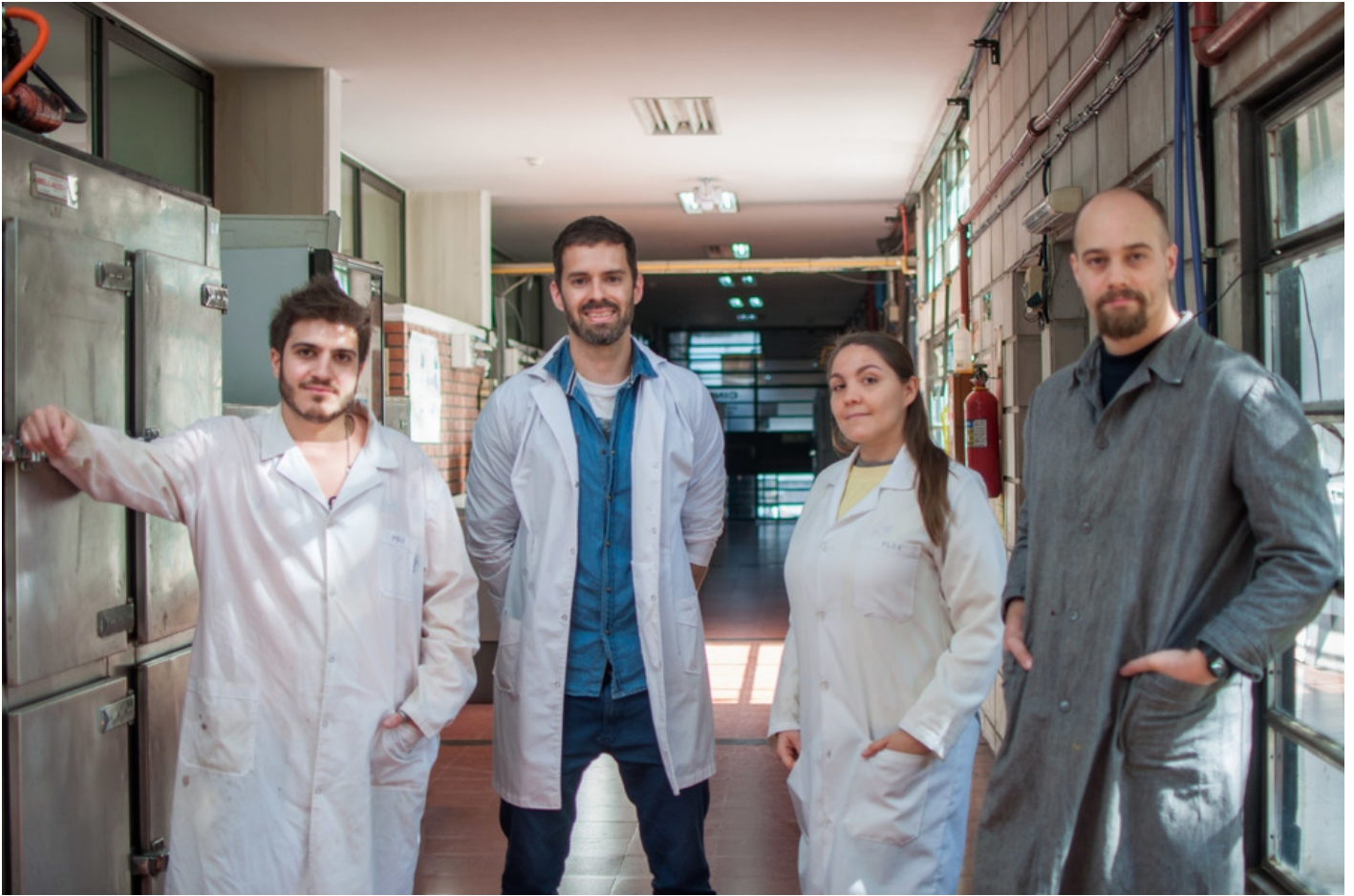
En algunos casos, las complicaciones suelen agravarse hasta derivar en un trasplante de hígado. Un equipo de científicos del Centro de Investigación y Desarrollo en Fermentaciones Industriales (CINDEFI), dependiente de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Nacional de La Plata y del CONICET, desarrollaron en conjunto con sus pares de la Universidad alemana de Mainz, un sistema de nanopartículas con potencial para disminuir las inflamaciones crónicas de hígado.

Para tratar esta patología se utilizan principalmente glucocorticoides sintéticos como la dexametasona. No obstante, aunque efectivos, este grupo de fármacos suele tener muchos efectos adversos cuando se usan de manera sostenida en el tiempo. Fundamentalmente, son inmunosupresores, pero además en pacientes pediátricos puede impedir el crecimiento y producir úlceras intestinales. ¿Por qué ocurre este efecto indeseado? La respuesta es sencilla: cuando se administra un medicamento, el componente activo se distribuye por todo el cuerpo, afectando a

otros órganos y tejidos. En el caso de los glucocorticoides sintéticos, por ejemplo, suelen afectar la mucosa gastrointestinal produciendo ulceraciones, y la síntesis de colágeno con consecuencias directas sobre el retardo del crecimiento.

El Doctor Germán Islan, responsable del proyecto explicó: “con el objetivo de evitar los efectos adversos desarrollamos un sistema nanoparticulado que nos permite encapsular la dexametasona. Lo hicimos bajo la lógica de que las nanopartículas suelen acumularse espontáneamente en el hígado y, en particular, interaccionan con las células del hígado responsables de las señales de inflamación. De esta manera, se podría tratar la inflamación crónica del órgano, reduciendo a la vez los tan temidos efectos secundarios”.

Para construir estas nanopartículas se utilizó una plataforma previamente desarrollada por el grupo de Nanobiomateriales del CINDEFI, basada en ceras biocompatibles. Las nanopartículas resultantes (Nanopartículas Sólidas Lipídicas) demostraron ser capaces de encapsular eficientemente la dexametasona, sin producir hemotoxicidad y sin interacción con las proteínas del plasma. Como ventaja adicional, su conservación es sencilla y permite mantener sus propiedades intactas luego de un año de almacenamiento” detalló el científico de la UNLP.



Por su parte, el Doctor Ignacio Rivero Berti, integrante del equipo expresó: “en el desarrollo logramos que las nanopartículas sean internalizadas – como se esperaba – por las células hepáticas diana y conserven la actividad antiinflamatoria buscada”.

Además, en ensayos in vitro, se comprobó que la actividad antiinflamatoria se extiende hasta por 24 horas; un gran avance en comparación con la dexametasona libre (es decir, no encapsulada en nanopartículas), cuya actividad dura aproximadamente 6 horas. El hallazgo abre la puerta al desarrollo de nuevas terapias que reduzcan los efectos adversos asociados al tratamiento y, al mismo tiempo, disminuyan la cantidad de dosis”.

Los responsables de la investigación advirtieron que, si bien los resultados obtenidos hasta el momento resultan esperanzadores, estos desarrollos son todavía incipientes, y la llegada de un sistema farmacológico de estas características al mercado es un proceso largo que requiere una caracterización profunda y evaluaciones clínicas en pacientes humanos. No obstante, sistemas basados en plataformas similares ya se encuentran en el mercado, y la dexametasona es un fármaco con un largo historial de uso por lo que su transferencia al sector productivo, aunque compleja, está lejos de ser inviable.

El trabajo fue realizado por el Centro de Investigación y Desarrollo en Fermentaciones Industriales (CINDEFI) dependiente de CONICET-UNLP, y el Hospital de Niños de la Universidad de Mainz (Alemania), cuyo investigador responsable del proyecto es el doctor argentino Maximiliano Cacicedo. A su vez, el desarrollo contó con la colaboración de grupos de investigación del Instituto de Genética Veterinaria (IGEVET, UNLP-CONICET La Plata), el Instituto de Investigaciones Fisicoquímicas Teóricas y Aplicadas (INIFTA, CONICET-UNLP), y el Laboratorio Max Planck de Rosario (MPLbioR, UNR-MPIbpC).

El Doctor German Islan es ayudante diplomado de la Cátedra de Microbiología General de la Facultad de Ciencias Exactas (UNLP). El Doctor Ignacio Rivero Berti es ayudante diplomado de la Cátedra de Farmacología Especial y Toxicología de la Facultad de Ciencias Veterinarias (UNLP). El desarrollo fue publicado en la prestigiosa revista de divulgación científica MDPI

: <https://www.mdpi.com/1999-4923/14/8/1611> **Pharmaceutics 2022
<https://doi.org/10.3390/pharmaceutics14081611>**

Dr. Cesar Crespi

PRIMERA CÁTEDRA DE ENFERMEDADES POCO FRECUENTES EN ARGENTINA



En los últimos años, el campo de las Enfermedades Raras (EERR) o Enfermedades poco frecuentes (EPF) ha evolucionado desde lo que constituía un grupo limitado de dolencias desconocidas, sin diagnóstico y a menudo fatales, hacia una serie de condiciones que pueden ser diagnosticadas y en muchos casos son tratables.

La Facultad de Ciencias Médicas de La Universidad Nacional de La Plata inauguró la primera cátedra de Enfermedades Poco Frecuentes del país. Las EPF son aquellas enfermedades cuya prevalencia es menor o igual a 1 caso en 2000 personas. Se estima que incluyen más de 6000 entidades y, si se consideran en su conjunto, son mucho más frecuentes de lo que se piensa. Según datos oficiales, sólo en Argentina las padecen más de 4 millones de personas, de las cuales el 40% se encuentra en la provincia de Buenos Aires.

Las EPF pueden ser enfermedades abrumadoras desde muchos aspectos (médico, social, psicoemocional, legal), que implican cargas familiares y sociales muy importantes y conllevan un elevado consumo de recursos sanitarios debido a las demandas al sistema de salud.

Para algunas de las EPF se posee en este momento un tratamiento específico eficaz, para el resto el diagnóstico precoz permite el adecuado asesoramiento familiar y la instauración de un tratamiento de sostén; en ambos casos podremos mejorar

notablemente la calidad de vida de los pacientes, retrasar el avance de la enfermedad o a veces detenerla.

Diagnosticar una EPF es difícil ya que hay numerosos factores que dificultan tanto su reconocimiento clínico como la realización de exámenes complementarios. Entre ellos, la gran heterogeneidad genética, que es una de las bases de la variabilidad clínica y bioquímica. “La gran mayoría de los afectados deben recorrer un largo camino hasta llegar al diagnóstico y el tratamiento, lo comúnmente se denomina la odisea diagnóstica, se trata de un largo peregrinar por diversos consultorios y especialistas durante períodos a veces de varios años (y hasta décadas), sin que se llegue al diagnóstico correcto. Este tiempo perdido a veces se traduce en daños irreversibles”.

Los síntomas pueden comenzar a cualquier edad, en la infancia o en la vida adulta. Muchas veces los primeros síntomas son comunes y se confunden con los de enfermedades más conocidas. Por esto es que utilizamos la conocida frase: “No se diagnostica lo que no se piensa, y no se piensa lo que no se conoce” (L. Van Bogaert – 1937). Actualmente cada vez vemos más enfermedades, que creíamos patrimonio de la infancia, manifestarse en la adolescencia y la edad adulta; tal es el caso del gran grupo de los Errores Innatos del Metabolismo.

“Otro gran problema con este tipo de enfermedades es que rara vez tienen signos específicos y generalmente se las sospecha

cuando se suman síntomas aparentemente no relacionados entre sí, o cuando la respuesta inicial a los tratamientos comunes no es la esperable. Existe en general en la comunidad médica una escasez de conocimientos sobre estas patologías y sobre la gestión de la asistencia. Esto lleva asociado un inevitable retraso en el diagnóstico y, por lo tanto, la instauración de tratamientos inadecuados hasta que se arriba al diagnóstico final". Es importante señalar que muchas EPF son compatibles con una vida normal si el diagnóstico y posterior tratamiento llegan a tiempo. Muchos de los afectados se sienten aislados, sin saber a dónde acudir. Esto se debe a la falta de especialistas, protocolos y centros asistenciales donde encontrar una respuesta completa e integral a su patología.

"En la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP elevamos una propuesta en el año 2019 para la creación de la [Asignatura Optativa: Enfermedades Poco Frecuentes en Medicina, con 50 hs. de duración, para los alumnos de los últimos años de la carrera. En abril de 2021 fue aceptada y aprobada por el Consejo Académico y comenzamos a dictar clases en agosto de 2021 con gran cantidad de alumnos inscriptos.](#)

"En la propuesta expresamos, que el objetivo general es introducir en la formación del grado los conocimientos actuales y la problemática de las Enfermedades Poco Frecuentes en nuestro país y en el mundo y comprenderlas como un problema de Salud Pública".

"Nuestra cátedra tiene por objetivo abordar las enfermedades poco frecuentes desde un punto de vista interdisciplinario, como un problema de salud pública. Trabajamos en métodos de diagnósticos especiales, bioquímica compleja, biología molecular, proteómica, metabólica, genética y otros temas relevantes para el área específica".

En Argentina, el 29 de junio de 2011, se sancionó la ley nacional 26.689 que trata la "promoción del cuidado integral de la salud de las personas con enfermedades poco frecuentes".

"En ésta área de la salud es una novedad que representa una oportunidad para comenzar a desarrollar de manera integral esta formación en nuestra Facultad de Ciencias Médicas, generar un recurso humano muy necesario que se encuentra en clara escasez y ampliar los horizontes de la capacitación en Medicina".

Este desarrollo es un aporte más, un eslabón más en la cadena tan necesaria de la visibilización, capacitación y toma de consciencia de esta problemática sanitaria.



COLEGIO DE MEDICOS

de la Provincia de Buenos Aires - DISTRITO I

Escuela Superior de Educación Médica

CURSOS SUPERIORES

CURSO SUPERIOR TRIENAL DE CLÍNICA MÉDICA

Director: Dr. Horacio Fernando Rodrigo, Dr. Stávile Nicolás

Duración: 3 años

Inicia en marzo (todos los años) – finaliza en noviembre/diciembre (todos los años)

CURSO SUPERIOR BIENAL DE MÉDICO LEGISTA

Director: Dr. Miguel Angel Maldonado

Duración: 2 años

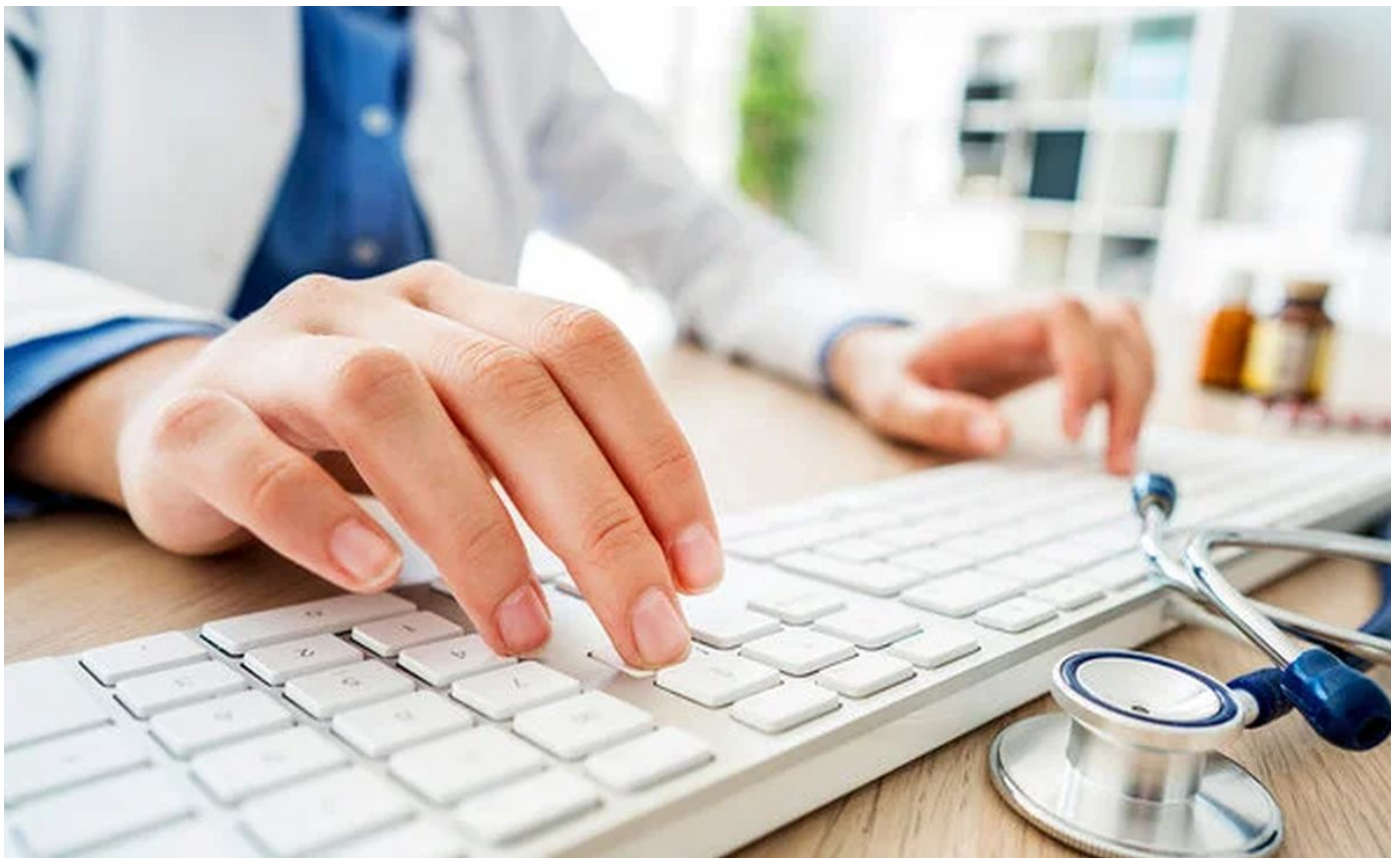
Inicia en marzo/abril 2022– Finaliza en diciembre 2023 (inscripciones año de por medio)

CURSO SUPERIOR BIENAL EN ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Director: Dr. Ricardo Juan Marchetti, Dr. Alberto Barletta

Duración: 2 años

Inicia en marzo/abril – finaliza diciembre – inscripción todos los años (cursan separados los de primero y los de segundo)





COLEGIO DE MEDICOS

de la Provincia de Buenos Aires - DISTRITO I

Escuela Superior de Educación Médica

CURSO SUPERIOR BIENAL EN TERAPIA INTENSIVA

Director: Dr. Gustavo Chaparro

Duración: 2 años

inicia en mayo (todos los años) – finaliza en diciembre (todos los años)

CURSO SUPERIOR BIENAL DE MEDICINA DEL TRABAJO

Director: Dr. Guillermo Castellari

Duración: 2 años

Inicia en marzo (todos los años) – finaliza en noviembre/diciembre (todos los años)

CURSO SUPERIOR TRIENAL DE CARDIOLOGÍA

Directores: Dr. Luis Medesani, Dr. Juan Pablo Ricart

Duración: 3 años

Inicia en Junio/Julio (todos los años) – finaliza en junio/julio (todos los años)

CURSO SUPERIOR DE INFECTOLOGÍA – 1º NIVEL

Director: Dra. Analia Mykietiuik

Duración: 3 años

Inicia en Junio/Julio (todos los años) – finaliza en junio/julio (todos los años)

CURSO SUPERIOR DE INFECTOLOGÍA – 2º NIVEL

Director: Dra. Analia Mykietiuik

Duración: 1 año de clínica + 3 años de infectología

Inicia en Junio/Julio (todos los años) – finaliza en junio/julio (todos los años)

CURSO SUPERIOR BIENAL DE ESPECIALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA

Directores: Dra. Silvia Mónica Ferroni, Dra. Liliana Gómez de Antonini

Duración: 2 años

CURSO SUPERIOR DE MEDICINA GENERAL Y/O FAMILIAR PARA MÉDICOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Directoras: Dra. Silvana Gygli, Dra. Diana Juarez

Duración: 2 años

CURSO SUPERIOR BIENAL DE ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA

Directores: Dra. Silvia Mónica Ferroni, Dra. Liliana Gómez de Antonini

Duración: 2 años

CURSO SUPERIOR BIENAL DE ESPECIALIZACIÓN EN EMERGENTOLOGÍA

Directores: Dr. Daniel Corsiglia, Dra. Graciela Badin

Duración: 2 años



deambo
COLEGIO DE MÉDICOS
Distrito I - Provincia de Buenos Aires

A white graphic of a stethoscope is positioned to the right of the text. The earpiece is at the top right, and the tubing curves downwards and then back up to the right, ending in a chest piece.