

V WEEKEND DE INSUFICIENCIA CARDIACA E HIPERTENSION PULMONAR[#]

RESUMENES DE TRABAJOS ORIGINALES SELECCIONADOS

- 1. Variables asociadas al desarrollo de insuficiencia cardíaca en pacientes con endocarditis infecciosa**
GD Olivera, RP Laurino, MC Bangher, CR Zoni, OD Alvarez, CA Babi, JM Escalante, M Fleitas País
- 2. Anormalidades de la función renal en la insuficiencia cardíaca crónica en el registro Hospical II**
ER Perna, JP Címbaro Canella, F Diez, RM Colque, LL Lobo Márquez, C Poy, ML Coronel, P Barrios, SV Perrone
- 3. Valor de la terapia de resincronización en insuficiencia cardíaca en la práctica clínica**
ML Coronel, S Manzollillo, SM Macín, R Pantich, B Unzain, JP Címbaro Canella, J Parras, D Pozzer, I Reyes, SM Ruveda, ER Perna
- 4. Influencia del especialista en insuficiencia cardíaca durante el manejo de la descompensación en el registro Hospical I**
C Botta, E Alaguibe, C Poy, JP Címbaro Canella, LL Lobo Márquez, ML Coronel, F Diez, RM Colque, SV Perrone, ER Perna
- 5. Variables asociadas a no prescripción de betabloqueantes en insuficiencia cardíaca con disfunción sistólica en el registro Hospical II**
DF Echazarreta, ER Perna, JP Címbaro Canella, RM Colque, LL Lobo Márquez, C Poy, ML Coronel, G Pereira Zini, SV Perrone
- 6. Variables clínicas asociadas con la progresión de la insuficiencia cardíaca crónica a descompensada. Una visión fisiopatológica desde los registros Hospical I y II**
ER Perna, JP Címbaro Canella, F Diez, RM Colque, C Poy, LL Lobo Márquez, ML Coronel, SV Perrone
- 7. Espectro clínico de la insuficiencia cardíaca crónica en Argentina. Un análisis del registro Hospical II**
ER Perna, ML Coronel, F Diez, RM Colque, LL Lobo Márquez, C Poy, SV Perrone, JP Címbaro Canella
- 8. Predictores de muerte súbita en pacientes con CDI en prevención primaria**
F Figueroa Castellanos, S González, LL Lobo Márquez, R González Plaza, RA Araujo, R Castellanos
- 9. Insuficiencia cardíaca y anemia**
MA Burgos, E Alonso (h), M Jandula, S Alvarez, E Alonso, E Avila
- 10. Intervención especializada al alta en pacientes internados por insuficiencia cardíaca**
CA Babi, RP Laurino, CR Zoni, PL Pozzer, ML Reyes Prieto, GD Olivera, ML Coronel, ER Perna
- 11. Prevalencia de dislipemia en pacientes VIH+ en tratamiento antirretroviral**
IN de Urquiza, E Beck, G Levy Hara, C Lopardo
- 12. Factores y niveles de riesgo cardiovascular en pacientes ingresados en un plan preventivo cardiovascular**
MC Moris, LA Benejam, GD Vázquez Páez, JF Cuevas
- 13. Manejo de las crisis hipertensivas por un servicio de emergencia**
MC Moris, LA Benejam, GD Vázquez Páez, JF Cuevas

1

VARIABLES ASOCIADAS AL DESARROLLO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA

GD Olivera, RP Laurino, MC Bangher, CR Zoni,
OD Alvarez, CA Babi, JM Escalante, M Fleitas País

Instituto de Cardiología de Corrientes. Corrientes. República Argentina.

Introducción. La insuficiencia cardíaca (IC) es una forma de presentación frecuente en pacientes con endocarditis infecciosa (EI), y existen variables clínicas que se relacionan con su aparición.

Objetivos. Demostrar la frecuencia de IC en pacientes con EI. Determinar las variables clínicas que acompañan su presentación.

Material y métodos. Se estudiaron pacientes ingresados al Instituto de Cardiología de Corrientes (ICC) con EI según criterios de Duke modificados entre 1993 y 2008. Se analizaron variables demográficas, clínicas, formas de presentación, agentes etiológicos, válvulas comprometidas, cardiopatía previa, desarrollo de IC, indicaciones de cirugía, mortalidad por IC y otras causas.

Resultados. Se incluyeron 243 pacientes; 63% varones; edad media 50,1 años (rango: 0 a 80; DS 20,5); 61% EI aguda; 23% consultaron con < 7 días desde inicio de síntomas, 7% entre 7-14 días, 10% entre 15-21 días y 59% con > 21 días. Germen prevalente: *St. aureus* 27%; *St. viridans* 22%; hemocultivos (-) 18%. Daño válvula aórtica nativa 29%, mitral nativa 20%; aórtica protésica 20%; mitral protésica 5%. Cardiopatía previa 72%. Presentaron IC 63%; de ellos 18% tenía IC previa a la EI. Derivación a cirugía 61%. Indicación: absceso 40%; disfunción valvular 21%; IC 15%. Pacientes con IC: 55% EI válvula protésica (p=0,02); 59% leak periprotésico (p=0,04); 83% disfunción valvular (p<0,0001); 72% soplo nuevo (p<0,000001); 61% hemocultivos (+) (p=0,05); 71% necesitó cirugía (p<0,00001); 71% EI aguda (p<0,000001). Pacientes que presentaron IC: 65% demoró > 21 días en consultar (p=0,01); 9,2% EI válvulas aórtica-mitral nativas (p=0,04). La demora en consulta no se asoció a mayor mortalidad por IC. Variables asociadas a mortalidad por IC: leak 36% (p=0,00001); disfunción valvular en eco: 15% (p=0,08); EI aguda: 8% (p=0,04).

Conclusiones. La IC fue un hallazgo frecuente no relacionado a IC previa; sí a variables asociadas con disfunción valvular aguda como: EI aguda, leak y disfunción valvular en el eco Doppler.

2

Anormalidades de la función renal en la insuficiencia cardíaca crónica en el registro Hospical II

ER Perna, JP Címbaro Canella, F Diez, RM Colque, LL Lobo Márquez, C Poy, ML Coronel, P Barrios, SV Perrone

Comité de Insuficiencia Cardíaca. Federación Argentina de Cardiología. República Argentina.

Objetivo. Evaluar la prevalencia de las alteraciones de la función renal en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (ICC) y comparar diferentes fórmulas para determinar la tasa de filtrado glomerular (TFG).

Método. Se incluyeron en este análisis retrospectivo 1792 pacientes con ICC incluidos en el Registro Hospical II con disponibilidad de creatinina sérica. Se estimó el aclaramiento de creatinina (CICr) por medio de la fórmula de Cockcroft-Gault y la TFG por la de MDRD. El CICr corregido por superficie corporal fue calculado (CICrSC).

Resultados. La edad media de la población fue de 72 ± 12 años, 54% fue de sexo masculino y 42% de etiología isquémica. La media y mediana de creatinina fue: $1,27 \pm 0,44$ y 1,20 (intervalo intercuartilo 25 - 75% [IIC]: 1,00 - 1,40) mg/dl, y de urea fue $48,34 \pm 19,93$ g/l y 45,00 (37,00 - 55,00), respectivamente. Las medias y mediana para las estimaciones renales fueron: CICr $61,40 \pm 30,49$ y 55,59 (41,77 - 74,01) ml/min, TFG $59,07 \pm 26,18$ y 55,12 (43,83 - 68,84) ml/min/1,73m², CICrSC $56,23 \pm 25,02$ y 52,26 (40,49 - 66,75). La correlación (Rho de Spearman) del CICr con TFG fue 0,80 ($p < 0,001$) y con CICrSC 0,97 ($p < 0,001$). La disminución de la función renal fue clasificada como Etapa 1 (> 90 ml/min/1,73 m²), 2 (89 - 60), 3 (59 - 30), 4 (29 - 15) y 5 (< 15) y la proporción según CICr fue 13,3; 30,5; 47,8; 7,7 y 0,7% y según TFG 6,6; 34,1; 55,3; 3,7 y 0,3%, con un coeficiente kappa de concordancia de 0,47 ($p < 0,001$).

Conclusión. La función renal se encontró anormal en más de la mitad de los pacientes con ICC, con un valor promedio de CICr y TFG bajo. La aplicación de diferentes fórmulas derivó en una estimación distinta de estas anomalías, con una buena correlación entre ellas, pero una concordancia pobre en la clasificación de la severidad del deterioro renal.

3

Valor de la terapia de resincronización en insuficiencia cardíaca en la práctica clínica

ML Coronel, S Manzolillo, SM Macín, R Pantich, B Unzain, JP Címbaro Canella, J Parras, D Pozzer, I Reyes, SM Ruveda, ER Perna

Instituto de Cardiología "Juana F. Cabral". Corrientes. República Argentina.

Objetivos. Valorar el impacto de la resincronización (TRC) sobre parámetros clínicos, hemodinámicos y eléctricos en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC).

Método. Se incluyeron en forma retrospectiva 33 pacientes consecutivos a quienes se implantó un resincronizador biventricular en el período 2003-2009 en el Instituto de Cardiología de Corrientes. Se analizaron variables electrocardiográficas, ecocardiográficas y clínicas, antes y después del implante del dispositivo, así como el número y días de hospitalización por IC el año previo y posterior al mismo. Se determinó la reducción proporcional del QRS (RedQRS) con la fórmula $(QRS \text{ preTRC} - QRS \text{ postTRC} / QRS \text{ preTRC}) * 100$.

Resultados. La edad fue de 68 ± 9 años, 76% era de sexo masculino y 60% de etiología isquémica. Al momento del implante el 24% presentaba fibrilación auricular y el 21% tenía marcapasos definitivo. En 11 casos (33%) se asoció un cardiodesfibrilador. En el ECG antes y después del implante, el QRS fue de 192 ± 31 y 154 ± 29 mseg ($p < 0,001$) y el intervalo PR de 225 ± 47 y 158 ± 15 ($p < 0,001$). En los ecocardiogramas pre y post-TRC no se observaron cambios en los volúmenes de fin de diástole ($254,4 \pm 71,8$ vs $251,1 \pm 91,3$; $p = \text{NS}$) y fin de sístole ($196,8 \pm 66,7$ vs $172,9 \pm 88,1$; $p = \text{NS}$), pero sí un incremento en el volumen sistólico ($57,5 \pm 18,7$ vs $68,1 \pm 21,3$; $p = 0,040$) y la fracción de eyección del VI (24 ± 8 vs 29 ± 9 , $p = 0,003$). Antes y después de la colocación, la proporción de pacientes internados por IC fue del 82% vs 18% ($p < 0,001$), con una media de internaciones de $2,4 \pm 2,4$ vs $0,5 \pm 1,2$ ($p < 0,001$), y un promedio de $13,5 \pm 14,1$ vs $2,6 \pm 6,3$ días ($p < 0,001$). La clase funcional mejoró desde $3,5 \pm 0,6$ antes a $2,3 \pm 0,9$ ($p < 0,001$) después del implante. El tratamiento incluyó betabloqueantes: 82%, IECA/BRA: 82%, diuréticos de asa: 94%, espirolactona: 82%, sin cambios luego del implante excepto por un incremento en la dosis de carvedilol ($13,1$ vs $18,4$ mg, $p = 0,021$) y reducción de la furosemida ($68,7$ vs $49,1$ mg; $p = 0,004$). La RedQRS media fue de 18 ± 15 mseg, el área bajo la curva COR para predecir muerte o reinternación por IC fue de 0,91 y un punto de corte de 12% de RedQRS tuvo una sensibilidad del 77% y especificidad del 89%. La supervivencia sin rehospitalización en pacientes con RedQRS mayor o menor del 12% fue 86 vs 20% (*log rank test* $p = 0,001$).

Conclusiones: La TRC sumada al tratamiento óptimo de pacientes con IC severa que demanda hospitalizaciones frecuentes, se asoció a mejoría en los parámetros electrocardiográficos y hemodinámicos. Estos efectos se correlacionaron con una reducción en las internaciones y una mejoría de la capacidad funcional. El acortamiento del QRS fue una herramienta sencilla para predecir estos resultados.

4

Influencia del especialista en insuficiencia cardíaca durante el manejo de la descompensación en el registro Hospical I

CE Botta¹, E Alaguibe², C Poy¹, JP Címbaro Canella¹, LL Lobo Márquez¹,
ML Coronel¹, F Diez¹, RM Colque¹, SV Perrone¹, ER Perna¹

¹ Miembros del Comité de Insuficiencia Cardíaca de la Federación Argentina de Cardiología (FAC). República Argentina.

² Servicio de Cardiología. Unidad Coronaria. Clínica de Nefrología, Urología y Enfermedades Cardiovasculares. Santa Fe. República Argentina.

Objetivo. Comparar las características clínicas, terapéuticas y evolución de pacientes admitidos por insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) en centros con cardiólogos especializados (EsIC) o sin ellos (NoIC).

Método. Análisis retrospectivo de 468 pacientes admitidos por ICD entre Junio de 2004 y Junio de 2005 (25 centros, 12 provincias), incluidos en el Registro HOSPICAL I. De ellos, 265 fueron seguidos durante 7 ± 4 meses. Los centros se definieron como con EsIC si contaban con miembros del Comité de IC de FAC.

Resultados. El grupo EsIC incluyó 278 pacientes (59%). El grupo EsIC fue de mayor edad (68 vs 65 años, $p=0,008$), con similar proporción de mujeres al NoIC (41%). En los grupos EsIC y NoIC, las características clínicas difirieron en: obesidad (19 vs 31%; $p=0,003$), hepatopatía (4 vs 0,5%; $p=0,033$) y clase funcional III-IV (44 vs 33%; $p=0,018$). Al ingreso en los grupos EsIC y NoIC la presión sistólica fue 141 vs 131 mm Hg ($p=0,006$), con perfil húmedo 98 vs 95% ($p=NS$) y perfil frío 9 vs 21% ($p=0,001$). El manejo intrahospitalario en los grupos EsIC y NoIC difirió en el uso de diuréticos en infusión (18 vs 6%; $p<0,0001$), mantenimiento o aumento de betabloqueantes (36 vs 25%; $p=0,018$), CPAP (12 vs 5%; $p=0,011$), sin diferencias en vasodilatadores (55 vs 57%) e inotrópicos (19 vs 23%). La mortalidad intrahospitalaria en EsIC y NoIC fue 2,9 y 6,3% ($p=0,07$), mientras que la proporción de readmisión por ICD fue 36 vs 15% ($p<0,0001$). La supervivencia anual fue 77% en EsIC y 59% en NoIC (*log rank test* $p=0,008$), con una supervivencia sin reinternación por ICD de 47 vs 34% ($p=NS$).

Conclusión. Los pacientes tratados por especialistas en IC tuvieron un perfil clínico diferente, con historia de IC más grave, pero mejor condición al ingreso. El manejo intrahospitalario fue optimizado en este grupo. Si bien las tasas de readmisión por ICD fueron mayores bajo los especialistas, la mortalidad a corto y largo plazo fue inferior, sugiriendo un rol potencial de su intervención en esta condición.

5

VARIABLES ASOCIADAS A NO PRESCRIPCIÓN DE BETABLOQUEANTES EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CON DISFUNCIÓN SISTÓLICA EN EL REGISTRO HOSPICAL II

DF Echazarreta¹, ER Perna², JP Címbaro Canella², RM Colque³, LL Lobo Márquez⁴,
C Poy⁵, ML Coronel⁵, G Pereira Zini², SV Perrone⁶

¹ Sección de Insuficiencia Cardíaca. Cardiología Clínica. Hospital San Juan de Dios. La Plata. Buenos Aires. República Argentina.

² Sección de Insuficiencia Cardíaca. Cardiología Clínica. Instituto de Cardiología "Juana F. Cabral" de Corrientes. Corrientes. República Argentina.

³ Sección de Insuficiencia Cardíaca. Servicio de Cardiología. Hospital Italiano. Córdoba. República Argentina.

⁴ Sección de Insuficiencia Cardíaca. Servicio de Cardiología. Instituto de Cardiología de Tucumán. San Miguel de Tucumán. Tucumán. Rep. Argentina.

⁵ Sección de Insuficiencia Cardíaca. Servicio de Cardiología. Instituto Cardiovascular de Rosario. Rosario. Santa Fe. República Argentina.

⁶ Departamento de Trasplante Intratorácico. Servicio de Cirugía Cardiovascular. Instituto FLENI. Capital Federal. República Argentina.

Introducción. Los betabloqueantes (BB) tienen eficacia demostrada y están fuertemente recomendados para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica (ICC) con disfunción sistólica, aunque permanecen subutilizados.

Objetivo. Analizar las variables clínicas asociadas con la no prescripción de BB (NoBB) en pacientes ambulatorios con ICC.

Método. Entre Agosto de 2005 y Febrero de 2006, 2754 pacientes (p) con ICC (309 médicos, 13 provincias) fueron prospectivamente incorporados al registro argentino HOSPICAL II. Se incluyeron en este análisis 1582 p (57%) que presentaron en el ecocardiograma función del ventrículo izquierdo (VI) con deterioro moderado a severo (o fracción de eyección < 40%).

Resultados. Los BB se usaron en 858 (54%) casos (carvedilol 44%, bisoprolol 3%, otros 7%), con una tasa de NoBB de 46%. El grupo NoBB tuvo más edad, frecuencia cardíaca y presión sistólica, con mayor proporción de mujeres, hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), anemia, artrosis, accidente cerebro-vascular, clase funcional 3-4, bloqueo completo de rama derecha (BCRD), fibrilación auricular, manejo por no cardiólogos y uso de amiodarona; mientras que fue menor la proporción de cobertura prepaga, enfermedad coronaria, internación por IC, bloqueo completo de rama izquierda (BCRI) y utilización de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina/antagonistas de los receptores de la aldosterona (IECA/ARA). En el análisis de regresión logística, los predictores independientes de NoBB fueron edad (OR=1,03; IC=1,02 - 1,04), frecuencia cardíaca (OR=1,01; IC=1,00 - 1,02), mujeres (OR=1,36; IC=1,03 - 1,82), EPOC (OR=1,93; IC=1,27 - 2,91), anemia (OR=1,46, IC=1,06 - 2), manejo por no cardiólogos (OR=2,10, IC=1,52 - 2,89), uso de amiodarona (OR=1,85; IC=1,30 - 2,63), cobertura prepaga (OR=0,58; IC=0,40 - 0,82), enfermedad coronaria (OR=0,55; IC=0,42 - 0,72) y prescripción de IECA/ARA (OR=0,46; IC=0,34 - 0,63).

Conclusiones. La mitad de los pacientes con ICC y disfunción sistólica no reciben BB. Si bien existen algunos hallazgos clínicos que pueden explicar esta situación, las condiciones cardiovasculares consideradas óptimas para su uso son más frecuentes en el grupo NoBB. Una menor intervención de cardiólogos puede ser responsable de esta subutilización.

6

VARIABLES CLÍNICAS ASOCIADAS CON LA PROGRESIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA A DESCOMPENSADA. UNA VISIÓN FISIOPATOLÓGICA DESDE LOS REGISTROS HOSPITAL I Y II

ER Perna, JP Címbaro Canella, F Diez, RM Colque, C Poy, LL Lobo Márquez,
ML Coronel, SV Perrone

Miembros del Comité de Insuficiencia Cardíaca de la Federación Argentina de Cardiología (FAC). República Argentina.

Objetivo: Comparar las características clínicas de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (ICC) y descompensada (ICD).

Método: Análisis retrospectivo de los registros multicéntricos Hospital I (Jun-04/Jun-05, 25 centros, 12 provincias) y II (Ago-05/Feb-06, 309 médicos, 13 provincias), donde se reclutaron prospectivamente pacientes con ICD e ICC, respectivamente.

Resultados: Del total de 3222 pacientes, 475 (15%) fueron admitidos por ICD y 2747 (85%) fueron manejados ambulatoriamente por ICC. Los pacientes con ICD fueron más jóvenes, predominantemente varones, sin cobertura social, con historia de alcoholismo, accidente cerebrovascular (ACV) y menos obesos; mientras que los hospitalizados tenían, con mayor frecuencia, diagnóstico de ICC, internaciones previas por ICD, así como inicio < 30 días, pero con similar proporción de etiología isquémica. La evaluación clínica reveló en ICD presiones sistólica y diastólica más elevadas, mayor frecuencia de clase funcional 3-4 de disnea, ortopnea, signos de sobrecarga hídrica e ingurgitación yugular; mayor porcentaje de fibrilación auricular, bloqueo de rama izquierda y ondas Q en el ECG, cardiomegalia en la radiografía de tórax, elevación de creatinina en sangre e hiponatremia en el laboratorio y función sistólica del VI preservada en el ecocardiograma (FSVIP). En el análisis de regresión logística múltiple, las variables asociadas independientemente con ICD fueron: edad (HR=0,96;IC95%=0,95-0,97), ausencia de cobertura (HR=1,6;IC=1,04-2,5), obesidad (HR=0,6;IC=0,4-0,8), ACV (HR=1,9;IC=1,06-3,3), diagnóstico previo (HR=2,8;IC=1,8-4,5), presión diastólica (HR=1,02;IC1,01-1,03), sobrecarga hídrica (HR=3,1;IC=2,2-4,3), ortopnea (HR=4,9;IC=3,4-7,1), ingurgitación yugular (HR=3,8;IC=2,6-5,5), fibrilación auricular (HR=1,5;IC=1,1-2,2), creatininemia (HR=1,7;IC=1,3-2,1), natremia (HR=0,96;IC=0,94-0,99) y FSVIP (HR=2,6;IC=1,9-3,6).

Conclusión: El perfil clínico y los factores socioeconómicos fueron diferentes en ICD e ICC. La sobrecarga hidrosalina, la disfunción renal, el tono vascular aumentado y las co-morbilidades, aún en presencia de FSVIP, surgen como mecanismos fisiopatológicos importantes en la progresión hacia la descompensación.

7

Espectro clínico de la insuficiencia cardíaca crónica en Argentina. Un análisis del registro Hospical II

ER Perna, ML Coronel, F Diez, RM Colque, LL Lobo Márquez,
C Poy, SV Perrone, JP Címbaro Canella

Comité de Insuficiencia Cardíaca de la Federación Argentina de Cardiología (FAC). República Argentina.

Objetivo. Evaluar las características clínicas y manejo de la insuficiencia cardíaca crónica (ICC) según tres perfiles clínicos: avanzada (ICCA), con función sistólica del ventrículo izquierdo (VI) deprimida (ICCD) y con función preservada (ICCP).

Método. Se incluyeron 1803 pacientes del registro HOSPICAL II entre Ago-05/Feb-06, con diagnóstico de ICC y con evaluación de la función ventricular y clase funcional disponibles. Se definió ICCA por fracción de eyección del VI (FEVI) < 30% o deterioro severo de la función del VI y clase funcional 3-4 de la NYHA; ICCD por una FEVI < 40% o deterioro moderado y severo (sin ICCA); e ICCP por una FEVI ≥ 40% o función normal o deterioro leve.

Resultados. La distribución de la población fue ICCP N=34 (41%), ICCD N=781 (43%) e ICCA N=288 (16%). El grupo ICCP se caracterizó por mayor frecuencia de mujeres, hipertensión arterial, menos antecedentes de enfermedad coronaria, fibrilación auricular, internaciones previas, con menor tiempo de IC, presentándose más frecuentemente compensados y con ECG normal (todas p<0,001). En el otro extremo del espectro, el grupo ICCA se caracterizó por ser más joven, con peor clase funcional, mayor deterioro renal, y mayor prevalencia de enfermedad de Chagas, hiponatremia, cardiomegalia, hipotensión y bloqueo de rama izquierda (todas p<0,001). CCG se realizó en los grupos ICCP, ICCD e ICCA en 15, 25 y 39% (p<0,001) y perfusión miocárdica en 16, 25 y 24% (p<0,001). El tratamiento en ICCP, ICCD e ICCA incluyó: IECA/ARA en 61, 70 y 77% (p<0,001), betabloqueantes 38, 49 y 59 (p<0,001), espironolactona 74, 84 y 84% (p=0,003), digoxina 10, 21 y 32% (p<0,001), furosemida 77, 80 y 80 (p=ns), con recomendación del triple bloqueo en 20, 33 y 46% (p<0,001).

Conclusiones. Existe una disparidad en las manifestaciones de la ICC, que va desde una población añosa, hipertensa con predominio de mujeres y menor severidad en aquellos con ICCP; un subgrupo intermedio de mayor riesgo con características mixtas en casos con ICCD y culmina con un grupo más joven pero de peor perfil y mayor tasa de comorbilidades en ICCA. Estas diferencias se traducen en contrastes terapéuticos.

8

Predictores de muerte súbita en pacientes con CDI en prevención primaria

F Figueroa Castellanos, S González, LL Lobo Márquez, R González Plaza,
RA Araujo, R Castellanos

Eelectrofisiología. Instituto de Cardiología Tucumán. Tucumán. República Argentina.

Introducción. En los últimos años se han realizado numerosos estudios a gran escala para demostrar el beneficio del cardiodesfibrilador implantable (CDI) en prevención primaria de muerte súbita en pacientes con disfunción ventricular izquierda. Sin embargo aún no se han podido determinar los predictores más específicos además de los ya establecidos que permitan la selección de la población con mayor riesgo para obtener un adecuado costo beneficio con esta terapia.

Un análisis retrospectivo del MADIT II evidenció que la población con mayor riesgo de presentar muerte súbita fue aquella que presentaba clase funcional mayor de II, QRS mayor a 120 mseg, edad mayor de 70 años, disfunción renal y fibrilación auricular previa.

El objetivo de este trabajo es determinar si en nuestra población de pacientes tratados con CDI en prevención primaria, la presencia de algunos de estos factores estudiados pudo predecir muerte súbita al valorar la presencia de terapia apropiada en esta población.

Materiales y métodos. Estudio retrospectivo, observacional, de corte transversal. Los datos se obtuvieron de los registros de los servicios de electrofisiología e insuficiencia cardíaca de nuestra institución. Se incluyeron pacientes a los que se colocó CDI como prevención primaria, con o sin estudio de inducción previa, que tuvieran fracción de eyección al momento del implante menor a 35%. Se observó mediante interrogatorio ambulatorio del dispositivo la presencia o no terapia apropiada y se compararon ambas poblaciones. Se analizaron la presencia de terapia apropiada en relación a la clase funcional (mayor o menor de II), ancho de QRS (mayor o menor a 120 mseg) y edad (mayor o menor de 65 años). La disfunción renal y la presencia de fibrilación auricular no fueron evaluadas en este estudio.

Resultados. Total de 22 pacientes, ambas poblaciones tuvieron características similares. El seguimiento medio fue de 7,2 años. Predominio de sexo masculino (95%), edad media 59,5 años (rango de 48 a 75 años de edad), el promedio de fracción de eyección fue de 23,1%. El 50% se encontraban en clase funcional I-II. Prevalció la etiología isquémica en el 58% de los casos, seguido de idiopático; las causas chagásicas, valvulares, congénitas y displasia de ventrículo derecho en igual proporción. El 50% de los pacientes que recibieron terapéutica apropiada presentaban cardiopatía de etiología isquémica. La terapéutica apropiada prevaleció sobre la inapropiada (apropiada 50% vs inapropiada 13%). Diez pacientes no recibieron ningún tipo de terapia, por lo tanto el 50% de la población de este estudio no tuvo arritmia que requiriera terapia. En terapia apropiada el 54% de los pacientes tenía cardiopatía isquémica y en la terapia inapropiada el 66% era no isquémico. El 92% de los pacientes fue tratado con beta bloqueantes. El 31% (7) recibió amiodarona, de los cuales el 57% fue administrado luego de haber recibido terapia, el resto se administró en partes iguales en ambos grupos. La arritmia más prevalente fue la TV (73%).

Tanto la edad, mayor de 65 años, como la mayor clase funcional tuvieron una tendencia estadísticamente no significativa a tener mayor terapia apropiada, al igual que el QRS mayor a 120 mseg tuvo una mayor tendencia a tener terapia apropiada que el grupo con QRS menor a 120 mseg.

Conclusión. En nuestra población la terapia apropiada en pacientes con CDI como prevención primaria mostró una tendencia no significativa a tener más terapia en pacientes mayores de 65 años y en clase funcional mayor a II. Observándose una tendencia significativa a tener terapia apropiada en los pacientes con QRS mayor a 120 mseg. Estos hallazgos son similares a los observados en la población del MADIT II, publicado en enero de 2008.

9

Insuficiencia cardíaca y anemia

MA Burgos¹, E Alonso (h)¹, M Jandula¹, S Alvarez², E Alonso³, E Avila²

¹ Residencia de Cardiología.

² Servicio de Insuficiencia Cardíaca. Cardiología.

³ Servicio de Ecocardiografía. Cardiología.

Instituto Tucumán de Enfermedades del Corazón (ITEC). San Miguel de Tucumán. Tucumán. República Argentina.

Introducción. La anemia se muestra como una prevalente y adversa comorbilidad en la insuficiencia cardíaca (IC). Recientes estudios señalan que la anemia se relaciona con progresión de síntomas, intolerancia al ejercicio y aumento de la mortalidad en la insuficiencia cardíaca.

Objetivos. 1- Determinar prevalencia de anemia en pacientes (p) internados con insuficiencia cardíaca descompensada (ICD). 2- Asociar anemia con internaciones por IC y mortalidad al año de seguimiento. 3- Relacionar anemia con el deterioro de la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI).

Materiales y métodos. Desde Enero a Junio de 2008 se analizaron retrospectivamente a pacientes que ingresaron a la unidad coronaria del ITEC con diagnóstico de ICD, a los que se les realizó exámenes de laboratorio para valorar alteraciones en la hemoglobina y el hematocrito. Datos obtenidos de la historia clínica de pacientes internados. A todos los pacientes incluidos en el estudio se les realizó seguimiento telefónico al año de internación.

Se aplicó el test exacto de Fisher y test de asociación exacto, considerándose significativo $p < 0,05$.

Resultados. Fueron incluidos un total de 45 pacientes en forma consecutiva con una edad promedio de $72 \pm 10,1$ años. De los cuales el 53% era de sexo femenino.

Se observó que el 33% de los pacientes que se internaron por insuficiencia cardíaca con un intervalo de confianza 95% = (20%; 49%) presentaban anemia. El 60% de los pacientes anémicos se reinternó por ICD, mientras que la reinternación en los no anémicos fue del 33%. Sin embargo, no se encontró evidencia de asociación significativa entre la presencia de anemia y la internación por ICD ($p = 0,11$). Entre los pacientes anémicos la mortalidad fue del 20%, en tanto en los que no tuvieron anemia fue del 33%. No se encontró evidencia de asociación significativamente entre la anemia y la mortalidad ($p = 0,5$). El 54% de los pacientes anémicos tenía una FEVI $< 40\%$. No se encontró evidencia de asociación significativa entre la anemia y los valores de FEVI ($p = 0,8$).

Conclusiones. Nuestros resultados muestran una elevada prevalencia de anemia en pacientes con ICD y que esta comorbilidad se presenta tanto en pacientes con falla diastólica como sistólica. Si bien se observa un mayor número de internaciones por ICD en los pacientes anémicos, la diferencia no fue significativa.

10

Intervención especializada al alta en pacientes internados por insuficiencia cardíaca

CA Babi¹, RP Laurino¹, CR Zoni¹, PL Pozzer¹, ML Reyes Prieto¹, GD Olivera¹,
ML Coronel², ER Perna³

¹ Residencia de Cardiología.

² Comité de Insuficiencia Cardíaca.

³ Unidad Coronaria.

Instituto de Cardiología "Juana F. Cabral" de Corrientes, Corrientes, República Argentina.

Introducción. El auto-conocimiento y manejo de la insuficiencia cardíaca (IC) está soportado por las guías actuales con una recomendación de clase I, con un nivel de evidencia B. El alta inadecuada luego de una hospitalización por IC es predictor independiente de readmisión.

Objetivos. Evaluar el impacto clínico de una intervención pre-alta en pacientes admitidos al Instituto de Cardiología "Juana F. Cabral" con diagnóstico de IC descompensada (ICD) y que son dados de alta.

Material y método. Se incluyeron en forma prospectiva 91 pacientes (P) admitidos con diagnóstico de IC descompensada al Instituto de Cardiología "Juana F. Cabral".

Se excluyeron: los P que no sobrevivieron durante la internación, aquellos P con *shock* cardiogénico o con dificultades para el seguimiento. Al alta, los pacientes fueron randomizados a intervención especializada (Grupo 1) alta a cargo de médicos residentes de tercer y cuarto año entrenados por el Comité de IC de esta institución. Esta modalidad incluyó charla entre el médico a cargo del alta, el paciente y familiares comprometidos con el cuidado del mismo a fin de detallar el origen de su patología, manejo de estrategias no farmacológicas para evitar la descompensación y como reconocer signos tempranos que requieren consulta. A sí también explicación acerca de la acción, beneficios y posibles efectos adversos de los fármacos indicados. Hacer énfasis en los siguientes puntos del autocuidado: toma diaria de peso, régimen elástico de diuréticos (según peso), cantidad exacta de sal y agua permitida. Por último establecer una línea de contacto telefónico abierto con este grupo de pacientes a fin de evacuar dudas que puedan surgir cotidianamente. (Grupo 2) Manejo convencional seguidos en un control ambulatorio a 30 días y un contacto personal o telefónico a los tres y seis meses. El punto final primario del estudio fue la combinación de muerte o empeoramiento de IC, mientras que los secundarios fueron consulta a emergencia por ICD, rehospitalización por ICD o consulta ambulatoria por ICD.

Resultados. Se incluyeron 91 pacientes, 38 (42%) fueron randomizaron al Grupo 1 y 53 (58%) al Grupo 2. Las características basales fueron similares en ambos grupos, excepto en el porcentaje de administración de furosemida que fue significativamente mayor para el Grupo 1 (91,9 vs 66%, $p=0,004$). En los Grupos 1 y 2 la incidencia de rehospitalización por ICD fue del 31,6 y 37% respectivamente ($p=0,54$), consulta a emergencias por ICD 21,1 y 17% ($p=0,62$), y de ICD en consultorio del 39,5 y 32,1% ($p=0,46$). La incidencia del punto final combinado de muerte o empeoramiento de IC fue del 58,5% para el grupo de intervención especializada (Grupo 1) y del 63,2% en el manejo convencional ($p=0,65$) (Gupo2). La supervivencia sin empeoramiento de IC en los Grupos 1 y 2 fue del 81 y 79% a los 90 días (*log rank test* $p=0,81$); y del 49% vs 53% a los 180 días ($p=0,6$).

Discusión. En cuanto al motivo por el cual la intervención realizada no tuvo impacto sobre los puntos finales analizados, nos planteamos los puntos débiles del trabajo que fueron escaso número de pacientes incluidos, inconvenientes técnicos a la hora de realizar el alta o el seguimiento o la posibilidad de que el alta habitual fuera adecuada o suficiente para estos P. En cuanto a esta última opción la eliminamos al calcular la tasa de rehospitalización que se aproximó al 70%, lo que sugiere necesidad de medidas destinadas a reducirla.

Conclusión. La estrategia de educación antes del alta en pacientes con ICD falló en demostrar una reducción de eventos. Pudieron tener influencia en este resultado, el pequeño tamaño de la muestra, adecuada intervención en el grupo convencional, plan de enseñanza inadecuado/insuficiente. Sin embargo, la elevada tasa de eventos en el seguimiento sugiere la necesidad de intervenir en este grupo.

11

Prevalencia de dislipemia en pacientes VIH+ en tratamiento antirretroviral

IN de Urquiza, E Beck, G Levy Hara, C Lopardo

Servicio de Cardiología. Hospital General de Agudos "Carlos G Durand". Ciudad Autónoma de Buenos Aires. República Argentina.

Introducción. Actualmente se considera la infección por virus de inmunodeficiencia humano (VIH) como una enfermedad crónica.

Debido a la cronicidad del tratamiento, sus efectos adversos se volvieron progresivamente más importantes, dentro de los cuales se han descrito dislipemia, insulinoresistencia, diabetes, cambios en la conformación del tejido adiposo corporal, aterosclerosis precoz.

Estas alteraciones en el metabolismo, asociada al virus del VIH, se constituyen como factores de riesgo cardiovascular; elevando la incidencia de infarto de miocardio en esta población a 3,5 por 1000 personas al año.

Etiología multifactorial: debido al tratamiento recibido, en especial inhibidores de la proteasa, a factores propios del paciente y por causas atribuibles al virus.

La literatura refiere una incidencia del 15% de insuficiencia cardíaca secundaria a miocardiopatía dilatada con una fracción de eyección del ventrículo izquierdo inferior al 28% y un 4% con disfunción ventricular derecha exclusiva. Hoy al progresar la epidemia a nivel mundial, y al mejorar la expectativa de vida con el tratamiento farmacológico, más del 10% de los pacientes padecen complicaciones cardiovasculares que deben ser tratadas y prevenidas.

Objetivo. Se determinó como meta:

- Determinar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en los pacientes infectados por el VIH en tratamiento antirretroviral.

- Determinar asociación entre el estado de la enfermedad y el tipo de drogas antirretrovirales con dislipemia.

Material y método. Este trabajo cuenta con un diseño transversal, observacional, analítico y retrospectivo.

Se incluyeron 114 pacientes VIH positivos en tratamiento antirretroviral; atendidos en el Servicio de Infectología de nuestro centro entre enero 2005 y marzo del 2008.

Se evaluó la prevalencia de factores de riesgo coronarios y la asociación entre el estado de la enfermedad (valorada por nivel de carga viral y CD 4) y el tipo de tratamiento antirretroviral con dislipemia (definida por la presencia de LDL > 160 mg/dl o triglicéridos > 200 mg/dl o colesterol total > 200 mg/dl).

Se analizó con *test* de chi cuadrado para las tablas de contingencias de dos por dos.

Resultados. La edad mediana fue 44 años, sexo masculino 76,24%, antecedentes de infarto agudo de miocardio (IAM) o angina 3,8%. La prevalencia de factores de riesgo fue: hipertensión arterial 19,80%, tabaquismo 47,52%, diabetes 2,97%, dislipemia 16,83%. Se clasificaron como dislipémicos al 57,7% de la población. Los pacientes con CD 4 > 200 recibieron 45% IP vs 50% en pacientes con CD 4 < 200 (OR 0,82 IC 95% 0,09 - 7,03; p=ns). El 58,3 % de los pacientes con carga viral > 10³ (OR 0,40 IC 95 % 0,06 - 2,51; p=ns).

Dentro de la población estudiada 17 (15%) pacientes requirieron internación por insuficiencia cardíaca (valor de referencia hallado en la literatura entre el 10-25%), con 3 (2,63%) pacientes diagnosticados con hipertensión pulmonar por ecocardiograma Doppler transtorácico.

TABLAS DE RESULTADOS

| | Mediana 44 años con rango de 21 - 76 | Variable | Nº pacientes | % población total | % dislipemia | P |
|------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|--------------|-------------------|--------------|-------|
| Edad | Mediana 44 años con rango de 21 - 76 | | | | | |
| Sexo | 76,24% masculino | | | | | |
| Adictos EV | 6,93% | CD4 < 500 | 81 | 64,35 | 80,25 | |
| Antecedentes de Enf CV | 3,8% | CD4 > 500 | 20 | 14,85 | 7,5 | 0,35 |
| HTA | 19,80% | Carga viral < 10 ³ | 79 | 18,81 | 77,22 | |
| En tto por HTA | 3,96% | Carga viral > 10 ³ | 22 | 21,78 | 86,36 | 0,6 |
| TBQ | 47,52% | INTR | 99 | 98,02 | 78,79 | 0,464 |
| DBT | 2,97% | INTR Si | 63 | 62,38 | 77,78 | |
| DLP | 79,21% | INTR No | 38 | 37,62 | 81,58 | 0,648 |
| IC | 15% | IP Si | 48 | 47,2 | 83,33 | |
| | | IP No | 53 | 52,48 | 79,47 | 0,331 |

IC: insuficiencia cardíaca. INTR: inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa reversa. INNTR: inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa reversa. IP: inhibidores de la proteasa.

Conclusiones. En esta población la prevalencia de factores de riesgo, mostro ser superior a la reportada en la literatura para otras poblaciones (general o con antecedentes de enfermedad coronaria).

La asociación entre dislipemia y tipo de tratamiento farmacológico no demostró diferencia significativa.

Los pacientes con parámetros de enfermedad controlados (CD 4 > 500 ó carga viral < 10³) no tuvieron mayor prevalencia de DLP, no explicada por el tratamiento recibido.

Otros factores no relacionados con el tratamiento podrían afectar la prevalencia de DLP en esta población.

Dado la alta prevalencia de dislipemia, en este tipo de población, queda por establecer la causa de la falta de correlación entre el incremento de riesgo relativo con la incidencia reportada de eventos en la literatura.

12

Factores y niveles de riesgo cardiovascular en pacientes ingresados en un plan preventivo cardiovascular

MC Moris¹, LA Benejam², GD Vázquez Páez¹, JF Cuevas¹

¹ Servicio de Cardiología. Unidad de Cardiología.

² Medicina Familiar.

Servicio Cardiológico Sarmiento. San Miguel de Tucumán. Tucumán. República Argentina.

Introducción. Se han identificado numerosas condiciones que predisponen al desarrollo de insuficiencia cardíaca (IC), y sus predecesores, el remodelado cardíaco y la disfunción ventricular. El reconocimiento de que esos factores de riesgo pueden ser modificados, ello sustenta las estrategias preventivas en IC, además de ser su tratamiento difícil y costoso. Tratar la hipertensión arterial (HTA) disminuye el desarrollo de IC, prevenir la cardiopatía isquémica, responsable del 25 a 49% de los casos y otros factores modificables como la diabetes, dislipemia, obesidad, sedentarismo, medicación cardiotoxica, tabaquismo y drogas, son las bases fundamentales de la prevención. Por esto se implementó el plan preventivo cardiovascular (PPCV) en una obra social de la provincia de Tucumán, cuyo objetivo general es reducir la morbilidad y la mortalidad por enfermedad cardiovascular y la progresión a insuficiencia cardíaca.

Objetivos. Detectar los diferentes factores de riesgo cardiovascular (FRC) encontrados en la población de la obra social. Determinar el nivel de riesgo cardiovascular al que corresponde la población estudiada. Evaluar el impacto del plan preventivo en los pacientes, observando el porcentaje de reducción de los FRC. Determinar el motivo de consulta para estratificar el riesgo pre-ingreso al plan preventivo.

Materiales y método. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de evaluación y seguimiento. La población general de la obra social es de 32.829 afiliados, con una media de edad de 27 años. Existen 26 pacientes con IC, 216 hipertensos y 169 diabéticos tipo 2 y 90 diabéticos tipo 1. Se incluyeron en el estudio al universo de pacientes que ingresaron al PPCV, N=610.

Resultados. Se encontró un 55% de sexo masculino, con un promedio de edad de 46 años, y una mediana de 46 años. El 81% de las consultas fue de primera vez, el 12% tuvo 2 controles y el 6,6% restante más de 3 controles. Los FRC fueron: sobrepeso 20%; tabaquismo 31%; dislipemia conocida 21%; dislipemia detectada en el PPCV 15%; HTA previa 26%; HTA detectada en la consulta 3,2%; diabetes previa 4%; hiperglucemia detectada en el PPCV 1%; sedentarismo 51%. La distribución de acuerdo al nivel de riesgo fue: bajo riesgo 40%; moderado 44%; alto riesgo 16%. Motivo de la realización del PPCV: por control general (asintomáticos): 66% (n=402); por dolor precordial: 10%; por HTA: 11%. Evaluación del impacto del PPCV: de los pacientes en seguimiento se observó que el 15% normalizó los valores de colesterol; el 10% mejoró los controles tensionales ($\leq 130/80$ mm Hg); el 17% dejó de fumar; el 6% bajó de peso un 10% de su peso basal; el 5% mejoró el control glucémico y un 20% incrementó la actividad física. Se logró una cobertura del plan en HTA del 73% y de DBT de un 9%.

Conclusiones. Los FRC más frecuentes fueron sedentarismo, dislipemia, tabaquismo e HTA. El mayor número de pacientes tuvo un nivel de riesgo moderado e ingreso al PPCV por control. Se observó una reducción en los niveles de colesterol, disminución de peso y mejoría de las cifras de presión arterial, todos factores importantes en la predisposición a insuficiencia cardíaca.

13

Manejo de las crisis hipertensivas por un servicio de emergencia

MC Moris¹, LA Benejam², GD Vázquez Páez¹, JF Cuevas¹

¹ Cardiología.

² Medicina Familiar.

Servicio Cardiológico Sarmiento. San Miguel de Tucumán. Tucumán. República Argentina.

Introducción. Las crisis hipertensivas (CH) constituyen un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias y un factor de riesgo para desarrollar insuficiencia cardíaca aguda (ICA). Aproximadamente un 1-2% de los pacientes hipertensos desarrollarán una CH en algún momento de su vida. Las CH constituyen, junto con la cardiopatía isquémica la etiología principal de ICA. Las CH pueden clasificarse en urgencias hipertensivas (UH) y emergencias hipertensivas (EH). Son escasos los ensayos clínicos publicados que han comparado diferentes fármacos o estrategias de manejo de las CH y su efectividad. Por tal motivo es que se analizó el manejo de las CH por parte de un Servicio de Ambulancias de la provincia de Tucumán.

Objetivos. - Analizar ciertas características de la población atendida por CH (sexo, edad, tratamiento antihipertensivo previo, presión arterial promedio).

- Evaluar el tratamiento domiciliario implementado en UH y su respuesta positiva o negativa.

- Determinar la incidencia de ICA en pacientes con EH.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Se dividieron a los pacientes en aquellos con urgencia hipertensiva (UH) y emergencia hipertensiva (EH).

Se analizaron las fichas de atención de 1511 pacientes con CH de un servicio de ambulancias desde el 01/01/2009 al 31/05/2009. Los casos de EH se derivan inmediatamente para internación. El protocolo utilizado por el servicio de atención domiciliar de UH fue el siguiente:

Presión arterial sistólica (PAS) \geq 180 mm Hg o presión arterial diastólica (PAD) \geq 110 mm Hg; comprobar cifras de presión arterial (PA); descartar emergencia hipertensiva (EH); reposo de 15 a 30 minutos, reevaluar la PA. Si no se conseguían los objetivos (PAS \leq 140 mm Hg o PAD \leq 90 mm Hg) se iniciaba el tratamiento con antihipertensivo vía oral (VO). En los pacientes medicados previamente se administró una dosis extra de antihipertensivo habitual. En los pacientes sin medicación previa se administró de primera elección: enalapril 10 mg, de segunda elección amlodipina 10 mg y en tercera instancia atenolol 50 mg. A todos los pacientes se les administró furosemida vía intramuscular, además del antihipertensivo VO (luego de reevaluar las contraindicaciones en todos los casos). Se realizó control de PA cada 25 minutos durante 2 hs. Si no se conseguían los objetivos: se repetía la administración del fármaco o se combinaba con otro. Luego de 3 horas, si la PA \geq 160/100 mm Hg: se derivaba para internación; si la PA \leq 160/100 mm Hg se indicaba control por médico de cabecera (respuesta positiva). Se catalogaba como respuesta negativa la necesidad de derivación para internación o el rellamado por UH en las 24 hs posteriores.

Resultados. En el período mencionado se atendieron 32.295 consultas, de las cuales hubo 1511 CH con 1243 UH (82,2%) y 268 EH (ICA: 20%; dolor precordial: 30%; déficit neurológico: 23%), las cuales se derivaron todas para internación. Edad de los pacientes: en UH el 68% tuvo entre 50 y 60 años; en las EH el 71% entre 60 a 70 años. El 65% fue de sexo masculino. El 85% de los pacientes presentó tratamiento antihipertensivo previo, de los cuales: consumían inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) el 65%; beta bloqueantes (BB) el 23%; bloqueantes cálcicos (BC) el 31%; diuréticos el 23%; antagonistas receptores angiotensina (ARA) el 26%. Se utilizó como tratamiento domiciliario en UH: enalapril en el 58% de los pacientes, amlodipina en el 20%, atenolol en el 18% y ARA en el 4%. El promedio de PA inicial fue: PAS de 192 mm Hg y PAD de 124 mm Hg en general (CH). Los pacientes con ICA tuvieron una PAS inicial promedio de 210 mm Hg y PAD de 115 mm Hg.

Análisis de la respuesta en UH: se observó un 94,4% de respuestas positivas (1180 pacientes). El 5,6% tuvo respuesta negativa, de los cuáles 5% (62) se derivó para internación y se registraron 8 rellamados (0,6%) que también se derivaron para internación. El promedio de presión arterial de los pacientes con respuesta positiva fue: PAS 138 mm Hg y PAD 88 mm Hg. Los pacientes con respuesta negativa tuvieron de promedio: PAS 182 mm Hg y PAD 120 mm Hg. De los pacientes con respuesta negativa se observó que el 63% se medicó con atenolol, el 14% con ARA, el 13% con amlodipina, y el 10% con enalapril.

Conclusiones. De las UH tratadas, el 94,4% tuvo respuesta positiva al tratamiento y el resto respuesta negativa, de los cuales el 63% había realizado tratamiento con atenolol. La medicación más utilizada de los que respondieron positivamente fue el enalapril con el 58%. La incidencia ICA fue del 20% de las EH y se derivaron todas para su tratamiento en internación. Se observó que tenían una PAS inicial mayor que el promedio general.

Índice de autores de trabajos presentados

A

Alaguibe, Emilio 4
Alonso, Enrique 9
Alonso (h), Enrique 9
Alvarez, Omar D 1
Alvarez, Soledad 9
Araujo, Ramón A 8
Avila, Esteban 9

B

Babi, Carlos A 1, 10
Bangher, María del Carmen 1
Barrios, Perla 2
Beck, Edgardo 11
Benejam, Luis A 12, 13
Botta, Cristian E 4
Burgos, Mario A 9

C

Castellanos, Ramiro 8
Címbaro Canella, Juan Pablo 2, 3, 4, 5, 6, 7
Colque, Roberto M 2, 4, 5, 6, 7
Coronel, María Lorena 2, 3, 4, 5, 6, 7
Cuevas, Juan F 12, 13

D

De Urquiza, Ignacio N 11
Diez, Fabián 2, 4, 6, 7

E

Echazarreta, Diego F 5
Escalante, José M 1

F

Figueroa Castellanos, Federico 8
Fleitas País, Maximiliano 1

G

González, Sergio 8
González Plaza, Rodolfo 8

J

Jandula, Marcela 9

L

Laurino, Romina P 1, 10
Levy Hara, Gabriel 11
Lobo Márquez, Lilia Luz 2, 4, 5, 6, 7, 8
Lopardo, César 11

M

Macín, Stella Maris 3
Manzollilo, Santiago 3
Moris, María Cecilia 12, 13

O

Olivera, Guillermo D 1, 10

P

Pantich, Rolando 3
Parras, Jorge 3
Pereira Zini, Gustavo 5
Perna, Eduardo R 2, 3, 4, 5, 6, 7
Perrone, Sergio V 2, 4, 5, 6, 7
Poy, Carlos 2, 4, 5, 6, 7
Pozzer, Domingo 3, 10

R

Reyes, Ignacio 3
Reyes Prieto, ML 10
Rueda, Stella Maris 3

U

Unzain, Blas 3

V

Vázquez Páez, Gustavo D 12, 13

Z

Zoni, César R 1, 10