

impulsar

**CARDIOLOGÍA
REAL Y
CONECTADA**

Entrevista
DR. SEBASTIÁN WOLFF

CON EL CORAZÓN PUESTO EN EL DEPORTE

Actualidad profesional
**HIPERTENSIÓN ARTERIAL
SECUNDARIA. CUÁNDO
PENSAR EN ELLA Y CUÁNDO
AVANZAR EN LA BÚSQUEDA**

Actualidad profesional
**EL "CUARTO TRIMESTRE"
DEL EMBARAZO. UN
NUEVO CONCEPTO EN EL
RIESGO CARDIOVASCULAR
Y METABÓLICO**

Reflexiones sobre
la práctica médica
**CONCURRENCIAS,
EN EL FOCO
DE LA DISCUSIÓN**

Cuando un producto tiene...

Trayectoria ^{es} original

Nebilet[®]
nebivolol

En Hipertensión Arterial

PRESENTACIONES



NEBILET:

Comprimidos 5 mg x 28.



NEBILET D:

Comprimidos 5 mg/ 12,5 mg x 28.

Nebilet[®]
nebivolol

Nebilet[®]***D***
Nebivolol 5 mg / Hidroclorotiazida 12,5 mg



Para mayor información acerca de
nuestros productos, ver prospecto de
emase y/o dirigirse a Nova Argentia
SA, Carlos Calvo 2764. Tel. 122693131

 **Argentia**

| Pasión por cuidarte

www.argentia.com.ar
f Laboratorios Argentia



#05

CARDIOLOGÍA REAL Y CONECTADA

Lupa | ediciones & contenidos

Producción científica y editorial
de **Lupa ediciones & contenidos**.

© 2019 Derechos reservados. Acoyte 673, 4º 24
(1405) Ciudad de Buenos Aires.

www.lupaediciones.com

Diseño: Julián Balangero.

Fotografías para entrevista: Germán Lledó

La presente obra tiene como objetivo
informar a los profesionales de la salud
sobre la situación actual de la cardiología.
Agradecemos a todos los que, de una
forma u otra, han colaborado para que este
material, de indudable interés científico y
didáctico, pueda ser difundido.

Queda prohibida su reproducción en
cualquier forma o por cualquier medio
electrónico o mecánico sin el previo
consentimiento de los autores.

El material publicado en la revista **imPulsar**
representa la opinión de sus autores y no
refleja necesariamente la opinión de NOVA
ARGENTIA S.A. La mención de entidades
comerciales, productos o servicios en esta
publicación no implica que NOVA ARGENTIA
S.A. los apruebe o recomiende, deslindando
cualquier responsabilidad al respecto.

Para mayor información acerca de nuestros
productos, ver prospecto de envase
y/o dirigirse a NOVA ARGENTIA S.A.:
Carlos Calvo 2764 CP 1230AAT.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Argentina. TEL.: (5411) 5296-9360

Línea Cardiológica



imPulsAR



Actualidad profesional

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA CUÁNDO PENSAR EN ELLA Y CUÁNDO AVANZAR EN LA BÚSQUEDA

2

Dr. Gustavo Mario Manuel Lavenia

Entrevista DR. SEBASTIÁN WOLFF

CON EL CORAZÓN PUESTO EN EL DEPORTE

4

Agustina Sucrí



Actualidad profesional

EL "CUARTO TRIMESTRE" DEL EMBARAZO UN NUEVO CONCEPTO EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR Y METABÓLICO

7

Dras. Roxana Mondino y Mildren del Sueldo

Reflexiones sobre la práctica médica

CONCURRENCIAS, EN EL FOCO DE LA DISCUSIÓN

9

Dr. Romano Trionfi

HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA

CUÁNDO PENSAR EN ELLA Y CUÁNDO AVANZAR EN LA BÚSQUEDA



Sociedad Argentina
de Hipertensión Arterial

**Dr. Gustavo Mario
Manuel Lavenia**

Médico especialista en
Nefrología. Magíster en
Mecánica Vascular e
Hipertensión Arterial de
la Universidad Austral.
Director médico de
NEFROSUR Terapias
Renales. Sanatorio
Parque de Rosario.
Miembro de la Comisión
directiva de la SAHA.

No deben estudiarse todos los pacientes, por lo que siempre será necesario un elevado índice de sospecha para detectarla. Pasar por alto ciertas claves clínicas puede hacernos perder una oportunidad única de diagnosticar una causa potencialmente curable y de modificar así su pronóstico cardiovascular y su evolución.

Al evaluar la hipertensión arterial (HTA), debemos realizar una anamnesis adecuada, un examen físico completo y estudios complementarios básicos. Luego, hacer el diagnóstico de certeza con los métodos disponibles hoy; evaluar el riesgo cardiovascular (CV); intentar inferir los mecanismos fisiopatológicos subyacentes, que nos guiarán en los posibles tratamientos, y siempre pensar o evaluar posibles “causas secundarias”.

La definición de HTA secundaria (HTAS) engloba etiologías específicas, pero se sabe que en el 90-95% de los casos de HTA no se detecta una causa concreta, y se la denominará “HTA esencial”. En el 5-10%, aproximadamente, de los hipertensos se detectará una causa que puede corregirse, y se asumirá una causa secundaria de la HTA. La importancia de detectarla radica

en causas que pueden curarse, cuyo tratamiento pueda, en efecto, reducir la presión arterial (PA). Sin embargo, en un porcentaje de casos la HTA puede perpetuarse pese a la corrección de la causa, debido, principalmente, a la elevada prevalencia de HTA esencial subyacente o por un proceso establecido de daño vascular. Siempre será necesario un alto índice de sospecha para detectarla (véase el recuadro).

Causas de hipertensión arterial secundaria

Enfermedades del parénquima renal. Son las causas más frecuentes; así, es obligatoria su evaluación por análisis en orina de proteínas y sedimento activo. Si son positivos, deberán efectuarse estudios más específicos para enfermedad renal.

Enfermedad renovascular. Más esperada que encontrada, podría llegar solo al 5% de las causas de HTAS. Debemos diferenciar la HTA de origen renovascular (HTARV), causada por hipoperfusión renal, de la enfermedad renovascular (ERV) aterosclerótica (60-70%) o por displasia fibromuscular (30-40%), que no siempre provoca hipoperfusión suficiente para desencadenar HTA. Esta causa se halla en menos del 1% de los casos, mientras que puede estar presente hasta en el 35% de los pacientes con HTA grave.

Causas endocrinas. Entre ellas, el hiperaldoosteronismo primario (HAP) se consideraba una causa infrecuente de HTA, pero usar el cociente entre aldosterona plasmática y actividad de renina plasmática (ARP) como *test de screening* incrementó su prevalencia hasta el 10% en HTA y hasta cerca del 20% en HTA resistente.

SITUACIONES CLÍNICAS DE SOSPECHA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA

- 1 • Comienzo de la hipertensión arterial (HTA) antes de la pubertad.
- 2 • Edad de comienzo < 30 años en pacientes sin obesidad, sin antecedente familiar de HTA ni otros factores de riesgo cardiovascular.
- 3 • Edad de comienzo > 60 años.
- 4 • Elevación aguda de la presión arterial en pacientes con presión arterial previa normal o con HTA esencial bien controlada.
- 5 • HTA resistente (HTA no controlada con tres antihipertensivos sinérgicos –uno de ellos un diurético–, en dosis adecuadas).
- 6 • HTA acelerada o maligna (retinopatía hipertensiva grado III o IV de Keith-Wagener, respectivamente).
- 7 • Síntomas o signos que orienten a una enfermedad subyacente.
- 8 • Fármacos capaces de inducir HTA (con frecuencia un fármaco de este tipo empeora el control de una HTA esencial o induce resistencia al tratamiento).

90-95%

Casos de HTA
sin una causa concreta
(HTA esencial).

5-10%

Casos aproximados
de HTA con una
causa corregible
(HTA secundaria).

Las enfermedades del
parénquima renal son las
causas más frecuentes,
por lo que es obligatoria
su evaluación por análisis
en orina de proteínas y
sedimento activo.

Existen datos clínicos y de antecedentes que nos aconsejan que descartemos un HAP: PA > 160/100 mmHg, HTA resistente, HTA con hipopotasemia espontánea o inducida por diuréticos, HTA e incidentaloma suprarrenal, HTA con antecedente familiar de HTA en edades jóvenes o enfermedad cerebrovascular en jóvenes (< 40 años), y pacientes hipertensos con familiares de primer grado con HAP. Otra causa endocrina es el síndrome de Cushing, resultado de una exposición crónica e inadecuada a corticoides. Su causa exógena más frecuente es la administración de glucocorticoides, y la endógena, la secreción excesiva de adrenocorticotrofina (ACTH) y, raramente, la secreción del factor liberador de corticotrofina (CRF).

Feocromocitoma. Es un tumor neuroendocrino derivado de las células cromafines de la médula adrenal (80-85%) o de los ganglios extraadrenales (paragangliomas, 15-20%). Se caracteriza por la secreción excesiva de catecolaminas, lo que eleva la PA. Es poco frecuente (1%), y su tríada clásica se caracteriza por episodios de sudoración, palpitaciones y cefalea, acompañados de elevación de la PA.

Hiperparatiroidismo primario. En este caso, un exceso de parathormona (PTH) estimula las células de la zona glomerulosa (ZG), lo que ocasiona una hipersecreción de aldosterona que estimula la reabsorción de agua y sodio, y un efecto proactivo del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA).

Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS). Se relaciona con el desarrollo de HTA y enfermedad cardiovascular. Los episodios repetidos de obstrucción completa o parcial de la vía respiratoria alta dan lugar al ronquido. El mecanismo principal por el que causa

HTA es la activación simpática, y puede provocar arritmias cardíacas. Se diagnostica con la polisomnografía.

Coartación de aorta. Es causa de HTAS en niños, aunque puede diagnosticarse mucho tiempo después. Los hallazgos clásicos son HTA en miembros superiores, pulsos femorales disminuidos o retrasados, y PA baja en miembros inferiores. El diagnóstico se hace por técnicas de imagen no invasivas (ecocardiografía y resonancia magnética o tomografía computarizada aórticas) que permiten reservar el cateterismo cardíaco para la intervención terapéutica (angioplastia) o el eventual tratamiento quirúrgico.

Fármacos. Algunos pueden ser una causa frecuente de HTAS. Pueden poner de manifiesto una HTA esencial enmascarada, dificultar el control de una HTA esencial u ocasionar, incluso, HTA resistente.

Hipertiroidismo e hipotiroidismo. Pueden causar HTA o hipertensión pulmonar. En el contexto del hipertiroidismo, suele manifestarse con HTA sistólica, vía *up-regulation* de la acción de catecolaminas y receptores betaadrenérgicos; mientras que aquellos con hipotiroidismo muestran PA diastólica alta con exagerado tono simpático y respuesta alfaadrenérgica.

En conclusión, la HTAS puede estar presente en el 5-10% de los casos. No deben estudiarse todos los pacientes, la sospecha clínica guiará a quiénes estudiar, como en la HTA refractaria o resistente, solo luego de descartar causas más habituales. La causa renal es la más frecuente, seguida de la ERV, el HAP, el SAOS y el feocromocitoma. Puede ser frustrante que, a pesar de la sospecha, en la mayoría de las ocasiones el diagnóstico sea de HTA esencial, y no debemos olvidar que pasar por alto claves clínicas de sospecha de HTAS puede hacernos perder una oportunidad única de diagnosticar una causa que puede curarse y modificar así su pronóstico CV y su evolución. ♥

Bibliografía recomendada

- Aronow W, Frishman W. Contemporary Drug Treatment of Hypertension: Focus on Recent Guidelines. *Drugs* 2018;78:567-76.
- Hyungwoo A, Chun E, Lee H, et al. Multimodality Imaging in Patients with Secondary Hypertension: With a Focus on appropriate Imaging Approaches Depending on the Etiologies. *Korean J Radiol* 2018;19:272-83.
- Kline G, Prebtani A, Leung A, et al. The Potential Role of Primary Care in Case Detection/Screening of Primary Aldosteronism. *Am J Hypertens* 2017;30:1147-50.
- Marín M, Bendersky M, Páez O. Consenso de Hipertensión Arterial 2018 (Sociedad Argentina de Cardiología/Federación Argentina de Cardiología/Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial). *Rev Arg Cardiol* 2018;86:2-53.
- Morimoto R, Omata K, Ito S, et al. Progress in the Management of Primary Aldosteronism. *Am J Hypertens* 2018;31:522-31.
- Piskorz D. Hipertensión Secundaria. *Revista CONAREC* 2017;33:73-9.
- Santamaria R, Gorostidi M. Hipertensión arterial secundaria: cuándo y cómo debe investigarse. *NefroPlus* 2015;7:11-21.
- Wei F, Zhang Z, Huang Q, et al. Diagnosis and management of resistant hypertension: state of the art. *Nat Rev Nephrol* 2018;14:428-41.

Entrevista
**DR. SEBASTIÁN
WOLFF**

“Es fundamental el seguimiento de los pacientes, ya que ciertas alteraciones van a evolucionar con el tiempo”.

CON EL CORAZÓN PUESTO EN EL DEPORTE

En el Instituto de Cardiología Wolff, en Mendoza, un equipo de expertos trabaja para prevenir y detectar de forma precoz enfermedades que ponen en riesgo a quienes practican distintas disciplinas deportivas. Avances y desafíos de una especialidad fundamental para reducir las tasas de muerte súbita.

Agustina Sucrí

Licenciada en Periodismo. Editora del suplemento "Ciencia y Salud" del diario La Prensa.

Más del 80% de los deportistas que sufren una muerte súbita presentan alguna cardiopatía u otra afección que aumenta el riesgo de un evento cardiovascular durante la práctica deportiva. De ahí la importancia de los controles médicos precompetitivos y de la evaluación periódica, área de la medicina que ha experimentado un gran crecimiento durante los últimos años, según subraya el cardiólogo Sebastián Wolff, director médico del instituto cardiológico que lleva su apellido, ubicado en la ciudad de Mendoza. "Hoy conocemos las enfermedades que producen con mayor frecuencia muerte súbita en deportistas y son las que buscamos detectar con el chequeo médico precompetitivo", agrega.

¿Qué afecciones se buscan?

En los deportistas jóvenes, sin lugar a duda, la miocardiopatía hipertrófica y las cardiopatías genéticas, tales como el nacimiento anómalo de las arterias coronarias. En los deportistas mayores, hacemos el *screening*, principalmente, de la cardiopatía isquémica, es decir, la arteriopatía coronaria.

¿Qué estudios complementarios utilizan habitualmente para detectarlas?

Después del examen físico siempre empezamos con el electrocardiograma, para cuya lectura utilizamos un algoritmo. Existen cambios que, en los deportistas, se ven con mucha frecuencia y no producen ningún tipo de enfermedad. Pero hay otras alteraciones que consideramos la señal de un semáforo en amarillo o en rojo, que nos obligan a continuar con el *screening* utilizando otros métodos diagnósticos, como la ergometría. Esta prueba es muy importante para detectar la isquemia miocárdica y es muy útil también para diagnosticar alguna miocardiopatía arritmogénica. Además, tenemos el ecocardiograma, que permite diagnosticar las afecciones valvulares o el nacimiento anómalo de las arterias coronarias. Con el ecocardiograma vamos a evaluar la masa ventricular izquierda, los espesores parietales y la morfología de las miocardiopatías. De la morfología que tengan dependerá el riesgo que van a presentar los deportistas. También utilizamos técnicas de imagen para detectar la isquemia. Entre ellas, se destacan el eco estrés, la cámara gamma o la tomografía computarizada y la resonancia cardíaca. Vamos a usar estas técnicas, exclusivamente, cuando encontremos alguna anomalía en los estudios anteriores, ante la sospecha de una enfermedad particular.



¿Considera que existen todavía desafíos a la hora de estratificar el riesgo de muerte súbita debido a las diferencias que existen entre las guías de recomendaciones a nivel mundial?

Sí. No hay una uniformidad de criterios sobre cuáles son los estudios complementarios indispensables para un chequeo médico precompetitivo. Las recomendaciones varían de acuerdo con las guías que se consulten. Están las europeas, las estadounidenses y hay recomendaciones nacionales de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) y del Comité de Medicina del Ejercicio de la Federación Argentina de Cardiología (FAC). Difieren entre sí porque existen distintos tipos de políticas de salud. No obstante, todas las guías de prácticas clínicas comparten que lo más importante del chequeo médico precompetitivo es una entrevista con un médico cardiólogo y con un deportólogo, en la que se buscan antecedentes personales o familiares que nos orienten hacia la prevalencia de algún grupo de enfermedades, y el examen físico.



¿Qué ocurre con los deportistas que se ubican en las zonas grises, con anomalías muy leves, pero sin diagnóstico de miocardiopatía?

El reto diagnóstico son las zonas grises porque existe una entidad que se denomina “adaptación fisiológica miocárdica al esfuerzo”, que se manifiesta cuando el corazón de un atleta se remodela para satisfacer las necesidades metabólicas que tiene ese deportista. Esta remodelación puede traducirse en un aumento de los espesores parietales, en un aumento de los volúmenes ventriculares, en modificaciones en la frecuencia cardíaca o en modificaciones electrocardiográficas. Se trata de un reto diagnóstico porque vamos a tener que contar con la habilidad de diferenciar una adaptación fisiológica de una entidad patológica del corazón. Cuando estamos en esta situación, muchas veces requerimos más estudios complementarios. Asimismo, es fundamental el seguimiento de los pacientes, ya que ciertas alteraciones van a evolucionar con el tiempo, como es el caso de la enfermedad aórtica. Por ejemplo, al encontrar la dilatación de la aorta ascendente, es necesario hacer un seguimiento de los pacientes e ir controlando de forma periódica que se mantenga dentro de valores normales o esperables para la carga de entrenamiento y para las características del deportista.

“Además de prevenir la muerte súbita, la evaluación periódica del deportista permite identificar factores de riesgo cardiovascular”.

¿Cómo se maneja, desde el punto de vista competitivo, a los pacientes en seguimiento?

Tenemos guías de recomendaciones sobre qué actividad física pueden realizar los atletas de acuerdo con la cardiopatía que presenten o con el antecedente patológico. Por un lado, cuando estamos ante un paciente “gris”, cuando no está

LA EXPERIENCIA CON LOS CLUBES

El Instituto de Cardiología Wolff evalúa en la actualidad a deportistas profesionales de distintos clubes, como los jugadores de Primera División de Godoy Cruz Antonio Tomba. “También trabajamos con otros clubes mendocinos como Gimnasia y Esgrima Mendoza, y con Independiente Rivadavia. En dos oportunidades evaluamos a la selección nacional de Venezuela cuando se jugó la Copa América en Chile, en 2015”, amplía Sebastián Wolff, cardiólogo y director del centro médico.

En opinión del especialista, la experiencia con los clubes profesionales de Mendoza es muy buena y cuenta que con Godoy Cruz el trabajo es permanente y constante. “Tenemos un montón de actividades que vamos realizando en conjunto”, añade.

Asimismo, Wolff admite que la contraindicación para hacer actividad física de alto rendimiento que surge, en ocasiones, a partir de las evaluaciones a deportistas profesionales suele producir un gran impacto por tratarse de la actividad profesional de esa persona. “Sin embargo, hay que entender que estamos haciendo prevención de muerte en personas asintomáticas y, muchas veces, son chicos jóvenes que tienen una condición que los pone en riesgo cada vez que corren en la cancha o en el lugar de entrenamiento. Es muy importante tener esto en cuenta y darle la importancia que merece”, concluye.

claro si tiene una adaptación fisiológica al entrenamiento o alguna condición patológica que lo ponga en riesgo, se puede recomendar que disminuya la tasa de actividad física para evaluar en forma periódica este cuadro clínico que hemos detectado y ver cómo se comporta para hacer el diagnóstico diferencial. Por otro lado, muchas veces diagnosticamos enfermedades que son tratables y, luego del tratamiento, el deportista puede volver a su actividad, fuera de la zona de riesgo. Es importante mencionar que, además de prevenir la muerte súbita, la evaluación periódica del deportista permite identificar factores de riesgo cardiovascular. ♥

¿Cómo contactarse?

🌐 www.institutowolff.com.ar

✉ info@institutowolff.com.ar

📍 Moreno 1221 (Ciudad de Mendoza)

EL “CUARTO TRIMESTRE” DEL EMBARAZO

UN NUEVO CONCEPTO EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR Y METABÓLICO



Dra. Roxana Mondino

Médica cardióloga y especialista en Hipertensión Arterial. Magíster en Enfermedad Cardiovascular y en Hipertensión Arterial y Mecánica Vascular. Miembro de Mujeres en Rojo Argentina (Federación Argentina de Cardiología). Médica de la Unidad de Hipertensión Arterial de la Clínica Universitaria Reina Fabiola (Córdoba).

Dra. Mildren del Sueldo

Médica cardióloga universitaria. Especialista en Cardioangiología Clínica. Directora de Mujeres en Rojo Argentina (Federación Argentina de Cardiología). Coordinadora del Grupo Hipertensión Arterial en la Mujer de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. Directora de la Unidad de Hipertensión Arterial de la Clínica de Especialidades Villa María.

Gestar expone al metabolismo a una “prueba de estrés”.

Preeclampsia, diabetes gestacional, parto prematuro, entre otras fallas, pueden considerarse marcadores precoces de enfermedad futura. Es una oportunidad para pesquisar a estas mujeres, fuera del alcance de la mayoría de los programas preventivos, y para acompañarlas de modo interdisciplinario.

Luego de un embarazo de alto riesgo por síndrome hipertensivo, diabetes gestacional, obesidad o sobrepeso, dislipemia, parto pretérmino u otro factor de riesgo previo o asociado con la gestación, las mujeres tienen más probabilidades de presentar una enfermedad cardiovascular. Nos referimos al “cuarto trimestre” para poner el foco en su salud, en términos de pronóstico y prevención, en la etapa en que ella prioriza las necesidades del recién nacido y para la cual las guías aún no proponen directrices concretas.

La hipertensión gestacional y la preeclampsia (PE) pueden incrementar la morbilidad materna y fetal, y son la causa más habitual de insuficiencia renal, rotura hepática, ictus hemorrágico, restricción del crecimiento fetal, parto prematuro, mortalidad intrauterina y perinatal.¹⁻⁴

La PE complica del 3% al 10% de los embarazos y más del 50% si existe hipertensión crónica, enfermedad renal o PE previa.⁵ En comparación con las mujeres sanas, aquellas con PE tienen un riesgo 11,6 y 2,2 veces mayor de presentar a largo plazo hipertensión arterial (HTA) y enfermedad coronaria, respectivamente.^{6,7}

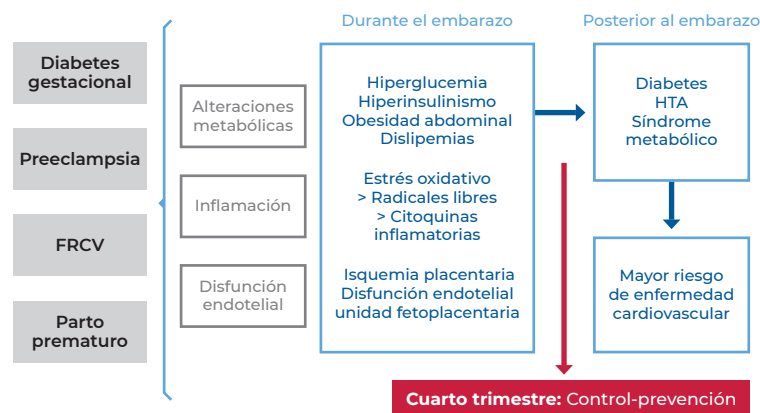
Uno de los posibles mecanismos que relacionan la PE y la enfermedad cardiovascular futura es, por un lado, el compartir varios factores de riesgo comunes, como la obesidad, la diabetes tipo 2 (DBT 2) y la enfermedad renal. Por otro lado, la PE puede inducir anomalías metabólicas y vasculares a largo plazo que pueden aumentar el riesgo general de enfermedad cardiovascular a futuro.⁸

El parto prematuro representa no solo riesgo para el niño, sino también para la madre, ya que se demostró mayor riesgo de eventos cardiovasculares, mayor tasa de hospitalización y, durante la década posterior al parto, mayor índice de perfil lipídico aterogénico que en mujeres con parto a término.⁹ Se reconoce una relación inversa entre el riesgo materno de mortalidad por enfermedad cardiovascular y el peso al nacer.¹⁰

La diabetes gestacional aumenta significativamente el riesgo a largo plazo de intolerancia a la glucosa, DBT 2 y síndrome metabólico.¹¹ Más del 70% de estas mujeres desarrollan DBT 2 dentro de los 5 años posteriores al embarazo.¹² Además, se incrementa en este grupo la prevalencia de enfermedad cardiovascular y accidente cerebrovascular, que ocurren a edad más temprana, independientemente de la presencia de DBT.¹³ La disfunción endotelial de la unidad feto-placentaria, la inflamación subclínica, la hiperinsulinemia y el estrés oxidativo subyacen en el daño cardiovascular a largo plazo.^{9,14}

El embarazo plantea a la mujer una “prueba de estrés metabólico”. Fallas en dicha prueba pueden considerarse marcadores precoces de enfermedad cardiovascular a futuro. Debe ser esta una oportunidad para pesquisar mujeres en riesgo, que están actualmente fuera del alcance de la mayoría de los programas preventivos debido a que son relativamente jóvenes, aunque con el aumento de la prevalencia de factores de riesgo modificables, pueden

Figura 1. Resumen esquemático de la importancia del “cuarto trimestre”. Modificada de Maffei et al.⁹
FRCV: factores de riesgo cardiovascular; HTA: hipertensión arterial.



dirigirse a ellas con rapidez medidas preventivas.⁹ Aquí radica la importancia del “cuarto trimestre” (Figura 1).

En síntesis, el gran reto hoy es concientizar a las mujeres para que comprendan que, después del embarazo, el riesgo cardiovascular y metabólico persiste y que deberán controlar sus factores de riesgo durante toda la vida. También compete a las sociedades científicas difundir este mensaje, que subraya la importancia de asumir el “cuarto trimestre”, la etapa posterior a un embarazo de riesgo, como un camino por recorrer en equipo con el accionar multidisciplinario de obstetras, ginecólogos, cardiólogos, diabetólogos, internistas y médicos de familia, así como especialistas en hipertensión. ♥

Bibliografía

- 1) Halla ME, Georgeb EM, Grangerb JP. El corazón durante el embarazo. Rev Esp Cardiol 2011;64(11):1045-50. • 2) Spelke B, Werner E. The Fourth Trimester of Pregnancy: Committing to Maternal Health and Well-Being Postpartum. R I Med J (2013) 2018 (1 de octubre);101(8):30-3. • 3) Tully KP, Stuebe AM, Verbiest SB. The fourth trimester: a critical transition period with unmet maternal health needs. Am J Obstet Gynecol 2017 (julio);217(1):37-41. • 4) González Maqueda I, Armada Romero E, Díaz Recasens J, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en la gestante con cardiopatía. Rev Esp Cardiol 2000;53:1474-95. • 5) Majul C, Páez O, De María M, et al. Velocidad de onda del pulso y onda de reflexión precoz en el embarazo con riesgo de preeclampsia. Rev Argent Cardiol 2000;68:353-8. • 6) Magnussen EB, Vatten LJ, Smith GD, et al. Hypertensive disorders in pregnancy and subsequently measured cardiovascular risk factors. Obstet Gynecol 2009;114:961-70. • 7) McDonald SD, Malinowski A, Zhou Q, et al. Cardiovascular sequelae of preeclampsia/eclampsia: a systematic review and meta-analyses. Am Heart J 2008;156:918-30. • 8) Craici I, Wagner S, Garovic VD. Preeclampsia and future cardiovascular risk: formal risk factor or failed stress test? Ther Adv Cardiovasc Dis 2008 (agosto);2(4):249-59. • 9) Maffei S, Guiducci L, Cugusi L, et al. Women-specific predictors of cardiovascular disease risk - new paradigms. Int J Cardiol 2019 (1 de julio);286:190-7. • 10) Davey Smith G, Hart C, Ferrell C, et al. Birth weight of offspring and mortality in the Renfrew and Paisley study: prospective observational study. BMJ 1997;315(7117):1189-93. • 11) Cohen A, Pieper CF, Brown AJ, et al. Number of children and risk of metabolic syndrome in women. J Womens Health (Larchmt) 2006;15:763-73. • 12) Retnakaran R, Shah BR. Mild glucose intolerance in pregnancy and risk of cardiovascular disease: a population based cohort study. CMAJ 2009;181:371-6. • 13) Carr DB, Utzschneider KM, Hull RL, et al. Gestational diabetes mellitus increases the risk of cardiovascular disease in women with a family history of type 2 diabetes. Diabetes Care 2006;29:2078-83. • 14) Neiger R. Long-Term Effects of Pregnancy Complications on Maternal Health: A Review. J Clin Med 2017 (27 de julio);6:76.

CONOCER TU RIESGO PUEDE SALVARTE LA VIDA

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la **principal causa de muerte en la mujer.***

Participamos junto a Mujeres en Rojo en el **Congreso Nacional de Cardiología** organizado por la FAC compartiendo en las redes fotos del congreso con los hashtags **#NosVestimosderojo** y **#Argentina** para concientizar sobre ECV en la mujer.

*Según la Sociedad Argentina de Cardiología

¡HAGAMOS QUE CUIDAR EL CORAZÓN SE HAGA VIRAL!



CONCURRENCIAS, EN EL FOCO DE LA DISCUSIÓN

Dr. Romano Trionfi

Concurrente del
Hospital Español de
Mendoza. Protesorero
de CONAREC (2019).

Los sistemas de concurrencias en la Argentina son tan distintos y diversos como los centros de formación existentes. Es, sin duda, la introducción a una temática amplia y compleja, pero no debemos perder de vista su objetivo: la capacitación y formación de un especialista dentro de la medicina.

Podríamos entender al concurrente como a aquel médico que se inserta en un sistema hospitalario con capacidad de formación, pero que no recibirá ni beneficios económicos ni la posibilidad de una dedicación exclusiva. La gran mayoría de los centros con concurrencias tienen otro sistema de formación, conocido como "residencias", que merece un capítulo aparte. Resaltemos solo dos grandes puntos que ilustran la complejidad de la coexistencia de ambos sistemas: justamente, la dedicación exclusiva y la remuneración.

¿Por qué la existencia de este sistema paralelo de concurrencias? Por un lado, tenemos al profesional recientemente egresado que comprende que la formación universitaria no alcanzó a brindarle las herramientas necesarias para el correcto desarrollo profesional, y su competitividad en el mercado laboral, lógicamente, se podría ver resentida en el futuro. Por otro lado,

un sistema de salud tanto público como privado que necesita de aquellos que desean alcanzar la especialidad, pero que les otorga libertad y flexibilidad laboral a cambio.

Como dijimos anteriormente, el sistema de residencia entiende que, para lograr los objetivos, el especialista en formación requiere un alto nivel de permanencia y contacto con los pacientes y los médicos instructores, que no le permite por ley al residente una mayor carga horaria. Dejemos, entonces, abierto a debate si es posible alcanzar el mismo nivel de formación o igualar competencias laborales entre un concurrente y un residente.

Comprendamos que el concurrente es un perito con mayor responsabilidad y decisión sobre su formación: decide en qué sistema ingresar, a qué centro postularse y con qué nivel de compromiso puede y quiere asumir la tarea de especializarse.

No debemos ser incruentos al momento de evaluar las concurrencias. No es una opción que debería dar flexibilidades si entendimos tiempo atrás que, para formar a un especialista, la permanencia y el contacto con el paciente son las claves fundamentales en el aprendizaje. ♥

¿Por qué elegís Dilatrend?

10015180

**PORQUE ES EL
BETABLOQUEANTE IDEAL :**



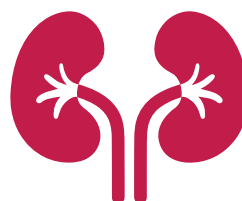
En insuficiencia
cardíaca.¹⁻²



En enfermedad
coronaria.³



En el paciente
diabético.⁴



En pacientes hipertensos
con insuficiencia renal.⁵

Además es **TITULABLE** y es la
marca ORIGINAL



Presentaciones:

Comp. 3,125 mg x 28 y 30.
Comp. 6,25 mg x 28, 30 y 56.
Comp. 12,5 mg. x 28, 30 y 56.
Comp. 25 mg. x 28, 30 y 56.
Comp. 50 mg x 28.



1-Copernicus// 2-U.S. Carvedilol Heart Failure Study// 3-Capricorn// 4- Advantages of a Third-Generation β -Blocker in Patients with Diabetes Mellitus// 5- Prospecto del producto

Para mayor información acerca de
nuestros productos, ver prospecto de
uso o póngase en contacto con:
S.A. Carlos Calvo 2704. Tel. 5296-9331

 **Argentina**

Pasión por cuidarte

www.argentia.com.ar
Laboratorios Argentia

