



Sociedad Argentina
de Hipertensión Arterial

XXV CONGRESO ARGENTINO DE HIPERTENSION ARTERIAL

12 al 14 de
abril de 2018

“Lo esencial, lo simple, lo complejo”

HOTEL PANAMERICANO
Cuidad Autónoma de Buenos Aires

PAXON®

LOSARTÁN

PAXON® XR

LOSARTÁN - COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN CONTROLADA

PAXON® D

LOSARTÁN | HIDROCLOROTIAZIDA

DISPONIBLES EN

30

60

COMPRIMIDOS



Eficacia antihipertensiva con protección de órgano blanco¹⁻⁴



Paxon® 50 - 100: envases por 30 y 60 comprimidos recubiertos ranurados conteniendo losartán.
Paxon XR®: envase por 30 comprimidos de liberación controlada conteniendo losartán.



Paxon D®: envases por 30 y 60 comprimidos recubiertos ranurados conteniendo losartán e hidroclorotiazida.
Paxon D® 100/12,5 - 100/25: envases por 30 comprimidos recubiertos ranurados conteniendo losartán e hidroclorotiazida.

Referencias: 1. Little WC y col; Effect of losartan and hydrochlorothiazide on exercise tolerance in exertional hypertension and left ventricular diastolic dysfunction; Am J Cardiol 2006 Aug 1;98(3):383-5. 2. Moen MD, Wagstaff AJ; Losartan: a review of its use in stroke risk reduction in patients with hypertension and left ventricular hypertrophy; Drugs 2005;65(18):2657-74. 3. Brenner BM y col; RENAAL Study Investigators. Effects of losartan on renal and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and nephropathy; N Engl J Med 2001 Sep 20;345(12):861-9. 4. Elliott WJ, Meyer PM; Incident diabetes in clinical trials of antihypertensive drugs: a network meta-analysis; Lancet 2007 Jan 20;369(9557):201-7.



Para más información sobre PAXON®, PAXON® XR y PAXON® D visite www.gador.com.ar



INDICE



CARTA DE BIENVENIDA	04
BIENVENIDA DE LOS PRESIDENTES DEL XXV CONGRESO ARGENTINO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	05
AUTORIDADES	06
AUSPICIOS	07
INVITADOS EXTRANJEROS	08
INVITADOS NACIONALES	10
INFORMACIÓN GENERAL	11
PLANO	12
AGRADECIMIENTOS	13
CRONOGRAMA RESUMIDO DE ACTIVIDADES	14
PROGRAMA CIENTÍFICO	17
TEMAS LIBRES	29

Bienvenida del Presidente de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial

Queridos colegas y amigos

En nombre de la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial con gran alegría quiero darles la bienvenida a todos los participantes del XXV Congreso Nacional de Hipertensión Arterial. La Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial celebró el 2 de Marzo del corriente año sus primeros 25 años de vida, que desde sus comienzos viene trabajando de manera ininterrumpida en formar profesionales en investigación y en el conocimiento de hipertensión arterial en las diferentes áreas de las ciencias de la salud.

Nuestra sociedad organiza desde hace 25 años congresos exitosos, que año tras año han preservado un continuo crecimiento de sus asistentes y de contenidos en su programa científico. Con estos antecedentes se presenta un nuevo desafío, que se verá plasmado en el excelente trabajo realizado por prestigiosos miembros de nuestra sociedad, que integran el Comité Organizador presidido por el Dr. Pablo Rodríguez y el Científico, presidido por la Dra. Paula Cuffaro.

Tendremos 3 días de intensa actividad con líderes de opinión nacionales y extranjeros que provienen de Uruguay, Estados Unidos, España, Colombia, Brasil, Suecia, Italia, Inglaterra y Alemania. A todos ellos gracias por aceptar la invitación.

La World Hypertension League, la Sociedad Española de Hipertensión Arterial – Liga Española de Lucha contra la Hipertensión Arterial, la Sociedad Brasileña de Hipertensión Arterial, la International Society of Hypertension - New Investigator Committee (ISH NIC) y el Artery Latam participaran de actividades conjuntas con la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial; del mismo modo que las Sociedades Nacionales amigas con quienes interactuamos habitualmente y nos enriquecemos con el intercambio y las experiencias compartidas.

Nuestro agradecimiento y reconocimiento a todos los participantes del programa científico por la generosidad de compartir sus conocimientos, que sin duda enriquecerá cada una de las actividades.

El XXV congreso fue diseñado para satisfacer las necesidades de todos los participantes. Así desde lo esencial, con una mirada simple y práctica para el médico que debe resolver la problemática de la hipertensión arterial en el consultorio, hasta el enfoque de lo complejo para el especialista en hipertensión arterial. Todos obtendrán su respuesta en un excelente programa que nos enorgullece.

Un especial agradecimiento a todos los sponsors de este congreso, no solo por el apoyo económico, sino por acompañarnos una vez más y confiar en los organizadores.

Está todo listo para disfrutar de un intenso programa científico acompañado de camaradería y amistad que son los pilares de los congresos de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial.

Bienvenidos a la Ciudad de Buenos Aires, ciudad apasionada y apasionante, un destino alegre y colorido en el que siempre hay algo que ver, hacer o saborear.

Los invito a disfrutar de sus encantos y de su gente.

Bienvenidos al XXV Congreso Argentino de Hipertensión Arterial.



Dra. Judith M. Zilberman
Presidente de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial

Bienvenida de los Presidentes del XXV Congreso Argentino de Hipertensión Arterial



Ansias de un Congreso

Abril en Buenos Aires. La ciudad lentamente va adoptando los colores ocres del otoño y se prepara, como cada año, para el principal evento de la hipertensión arterial en Argentina. Desde hace 25 años el Congreso Argentino de Hipertensión Arterial no solo es conocimiento y ciencia, sino un espacio de encuentro entre colegas y amigos; un tiempo de debate y de reflexión. Momentos de aprendizaje y motivación para gestionar cambios que puedan mejorar el cuidado de los pacientes y el control de la hipertensión arterial.

Quienes asumimos la enorme responsabilidad de organizar el XXV Congreso Argentino de Hipertensión Arterial queremos darles cordialmente la bienvenida e invitarlos a participar de la principal cita de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial.

Del 12 al 14 de abril de 2018, el Hotel Panamericano de Buenos Aires, ubicado en un sitio estratégico de la ciudad a los pies de la Avenida 9 de Julio, mirando a algunos símbolos emblemáticos como el Obelisco y el Teatro Colón, será el lugar donde se darán cita más de 2500 asistentes entre médicos, enfermeros, nutricionistas y estudiantes, para aprender e intercambiar experiencias.

Creemos firmemente que quienes nos dedicamos a la hipertensión arterial como especialidad, podemos acercarnos de una manera simple, concreta y útil esa "mirada del especialista" a los profesionales que en su mayor parte asisten al paciente hipertenso. Por eso, los médicos clínicos y los de atención primaria serán los principales destinatarios de este evento.

La estructura del programa científico bajo el lema "Lo esencial, lo simple, lo complejo" dará prioridad a aquellos temas que cada día el médico enfrenta en el consultorio. Con un enfoque práctico, el diagnóstico, el tratamiento, las situaciones o poblaciones especiales (ancianos, embarazo, niños, diabetes, etc.) tendrán un lugar preponderante, así como las propuestas más novedosas e innovadoras.

Contaremos con destacados invitados internacionales y nacionales que compartirán con los participantes los conceptos más valiosos sobre los temas destacados. Mesas Redondas, Simposios, Conferencias, Debates, Controversias y otros desafiantes formatos serán la manera de transmitir este conocimiento.

No nos olvidamos que la investigación es y será siempre el pilar de los avances del conocimiento. La investigación básica, la clínica y la traslacional ocuparán nuevamente un lugar de jerarquía en la agenda. Se presentará el producto de la investigación sobre hipertensión arterial y enfermedades asociadas en nuestro país y países limítrofes, coronado con la entrega de premios a los mejores trabajos presentados.

La invitación está hecha. Sólo les pedimos que nos acompañen. Buenos Aires, el otoño y un momento dedicado a la hipertensión los esperan.



Dr. Pablo D. Rodríguez
Presidente Comité Organizador



Dra. Paula E. Cuffaro
Presidente Comité Científico



AUTORIDADES

Comité Organizador

Presidente: Dr. Pablo D. Rodríguez (CABA)
Presidente Honorario: Dr. Marcos Marín (CABA)
Vicepresidente: Dra. Carol Kotliar (Buenos Aires)
Secretario: Dr. Alejandro Delucchi (CABA)

Vocales: Dr. Alejandro Aiello (La Plata)
Dra. Fabiana Calabria (CABA)
Dra. Carolina Caniffi (CABA)
Dr. Marcelo Choi (CABA)
Dra. Daniela Cianfagna (CABA)
Dr. Walter Espeche (La Plata)
Dr. Jorge Irusta (Neuquén)
Dr. Daniel La Greca (CABA)
Dr. Walter Manucha (Mendoza)
Dr. Miguel Schiavone (CABA)
Dr. Joaquín Serra (Paraná)
Dr. Julián Volmaro (Córdoba)

Comité Científico

Presidente: Dra. Paula Cuffaro (CABA)
Presidente Honorario: Dr. Gabriel Waisman (CABA)
Vicepresidente: Dra. Laura Brandani (CABA)
Secretario: Dr. Roberto Parodi (La Plata)

Vocales: Dr. Lucas Aparicio (CABA)
Dr. José Boggia (Uruguay)
Dr. Alejandro De Cerchio (Corrientes)
Dra. Rosana Elesgaray (CABA)
Dra. Irene Ennis (La Plata)
Dr. Diego Fernández (CABA)
Dra. Mariela Gironacci (CABA)
Dr. Sebastián Obregón (Buenos Aires)
Dr. Marcelo Orías (Córdoba)
Dra. Olga Páez (CABA)
Dra. María Peral de Bruno (Tucumán)
Dr. Luis Pompozzi (CABA)
Dr. Eduardo Rusak (CABA)
Dra. Analía Tomat (CABA)



Comisión Directiva SAHA 2017 – 2019

Presidente:	Dra. Judith Zilberman (CABA)
Past President:	Dr. Fernando Filippini (Rosario)
Vicepresidente 1°:	Dra. Irene Ennis (La Plata)
Vicepresidente 2°:	Dra. Cristina Arranz (CABA)
Secretario:	Dr. Marcos Marín (CABA)
Pro-Secretario:	Dr. Marcelo Orías (Córdoba)
Tesorero:	Dr. Pablo Rodríguez (CABA)
Pro-Tesorero:	Dr. Nicolás Renna (Mendoza)
Vocales:	Dr. Jessica Barochiner (CABA) Dr. Mario Bendersky (Córdoba) Dr. Jorge Irusta (Neuquén) Dr. Diego Stisman (Tucumán) Dr. Gustavo Staffieri (Rosario) Dr. Alejandro De Cerchio (Corrientes) Dra. Rosa Simsolo (CABA) Dr. Walter Espeche (La Plata) Dr. Joaquín Serra (Paraná) Dra. Analía Tomat (CABA) Dr. Sergio Vissani (San Luis) Dr. Carlos Castellaro (CABA) Dra. Mildren del Sueldo (Villa María, Córdoba)
Revisores de cuentas:	Dra. Mariela Gironacci (CABA) Dr. Gustavo Lavenia (Rosario) Dr. Alberto Villamil (CABA)

AUSPICIOS OTORGADOS

- Academia Nacional de Medicina
- Artery LATAM 2016 – 2018
- Federación Argentina de Cardiología
- Latin American Society of Hypertension
- Sociedad Andaluza de Hipertensión Arterial y Riesgo Vascular
- Sociedad Argentina de Cardiología
- Sociedad Argentina de Diabetes
- Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo
- Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica
- Sociedad Argentina de Investigación Clínica
- Sociedad Chilena de Hipertensión Arterial
- Sociedad de Medicina Interna del Uruguay
- Sociedad de Nefrología, Medio Interno e Hipertensión Arterial de Córdoba
- Sociedad Latinoamericana de Medicina Interna
- Sociedad Peruana de Cardiología
- Sociedad Uruguaya de Cardiología
- Universidad del Salvador - Facultad de Medicina
- Sociedad Mexicana para el Estudio de la Hipertensión
- Sociedad Argentina de Patología
- Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial
- Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de La Plata

INVITADOS EXTRANJEROS



Dr. Pablo Aschner Montoya (Colombia)

Especialista en Medicina Interna y Endocrinología, Magister en Epidemiología Clínica. Profesor Asociado de Endocrinología, Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana.



Dr. José Ramón Banegas (España)

Profesor de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, España. Miembro del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud Cardiovascular de la Sociedad Española de Medicina de Familia.



Dr. José Boggia (Uruguay)

Médico Internista, Nefrólogo. Magister y Doctorado en Hipertensión Arterial. Profesor Adjunto de Nefrología – Profesor Agregado de Fisiopatología en Hospital Manuel Quintela - Universidad de la Republica del Uruguay. Integrante del consorcio IDACO – IDHOCO.



Dr. León Ferder (Estados Unidos)

Profesor Asociado de Pediatría, Division of Pediatric Nephrology, Department of Pediatrics, University of Miami School of Medicine (USA). Profesor Titular del Department of Physiology, Pharmacology and Toxicology, Ponce School of Medicine, Ponce, Puerto Rico.



Dr. Gregory D. Fink (Estados Unidos)

Profesor del Department of Pharmacology and Toxicology, Michigan State University, USA. Miembro del Comité Ejecutivo y Tesorero de la Inter-American Society of Hypertension.



Dr. Mario Fritsch Toros Neves (Brasil)

Profesor de Medicina Interna de la Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Director de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Coordinador de Clinics of Hypertension and Associated Metabolic Disease.



Dr. Daniel T. Lackland (Estados Unidos)

Profesor de Epidemiology at the Medical University of South Carolina, USA. Director de la Division of Translational Neuroscience and Population Studies, and the Masters of Science in Clinical Research Program. Presidente de la World Hypertension League



Dra. Laura Magee (Reino Unido)

Molecular and Clinical Sciences Research Institute, St. George's, University of London and St. George's NHS Hospitals Foundation Trust, United Kingdom.

INVITADOS EXTRANJEROS



Dra. Elizabeth Muxfeldt (Brasil)

Coordinadora del Programa de Hipertensión, Universidad Federal de Rio de Janeiro
Profesora del Programa de Graduados de Medicina Interna, Universidad Federal de Rio de Janeiro. Profesora del Curso de Medicina de la Universidad Estácio de Sá



Dr. Peter M. Nilsson (Suecia)

Profesor de la Clinical Cardiovascular Research at the Lund University, Sweden.
Director del Programa "Epidemiology for Health" (EpiHealth), Suecia.



Dr. Stefano Omboni (Italia)

Director del Instituto Italiano de Telemedicina (Varese, Italia). Miembro del Guideline Writing Committee y del Working Group of Blood Pressure Monitoring and Cardiovascular Variability of the Italian and European Society of Hypertension



Dr. Stefan Verlohren (Alemania)

Consultor en Obstetricia y Ginecología y Profesor Asociado en Ginecología del Department of Obstetrics, Charité University Medicine, Berlin. Especialista en Medicina Materno-Fetal. Jefe de Preeclampsia Research Group at the Charité, Berlin.



Dra. Brandi Wynne (Estados Unidos)

Instructora de Medicina (Department of Medicine, Renal Division, Emory University, Atlanta, GA, USA. Postdoctoral fellow under Dr. Robert Hoover.



INVITADOS NACIONALES

Dr. Aiello, Alejandro
Dr. Alfie, José
Dr. Aparicio, Lucas
Dra. Arranz, Cristina
Dra. Balaszczuk, Ana
Dra. Barochiner, Jessica
Dr. Baroni, Marcos
Dr. Bellido, Claudio
Dr. Bendersky, Mario
Dra. Brandani, Laura
Dr. Burlando, Guillermo
Dr. Cafferata Alberto
Dra. Calabria, Fabiana
Dr. Cámara, Luis
Dra. Caniffi, Carolina
Dr. Carbajal, Horacio
Dr. Caruso, Gustavo
Dr. Castellaro, Carlos
Lic. Castro, Darío
Dr. Cerezo, Gustavo
Dr. Choi, Marcelo
Dra. Christen, Alejandra
Dra. Cianfagna, Daniela
Dr. Coloccini, Roberto
Dr. Corrales Barboza, Andrea
Dra. Cuffaro, Paula
Dr. De Cerchio, Alejandro
Dr. Delucchi, Alejandro
Dra. De Miguel, Valeria
Dra. del Sueldo, Mildren
Dr. Díaz, Alejandro
Dra. Díaz, María Alicia
Lic. Duette, Patricia
Dr. Elesgaray, Rosana
Dr. Elikir, Gerardo
Dra. Ennis, Irene
Dr. Espeche, Walter
Dr. Fábregues, Guillermo
Dr. Fernández, Diego
Dr. Filippini, Fernando
Dr. Forcada, Pedro
Dra. García, Silvia
Dra. Ghezzi, Lidia
Dra. Gironacci, Mariela
Dra. Giuliano, María Elena
Dr. Gómez Llambí, Hernán
Dr. González, Sergio
Dr. Greca, Alcides
Dr. Grosse, Pedro
Dr. Iglesias, Diego
Dr. Ingaramo, Roberto
Dr. Inserra, Felipe
Dr. Irusta, Jorge
Dra. Iturzaeta, Adriana
Lic. Juani, Susana
Dr. Juncos, Luis
Dra. Kerbage, Soraya
Dra. Kotliar, Carol
Dr. Koretzky, Martín
Dr. Kushnir, Emilio
Dr. La Greca, Daniel
Dra. Landa, Silvina
Dr. Lavalle Cobo, Augusto
Dr. Lavenia, Gustavo
Lic. Leiva, Norma
Dra. Lupi, Susana
Dr. Majul, Claudio
Dr. Manucha, Walter
Dr. Marín, Marcos
Dr. Martínez, Felipe
Dra. Martínez, Rocío
Lic. Mazzei, Noemí
Dr. Milmaniene, Martín
Dra. Mociulsky, Juliana
Dra. Mondino, Roxana
Dr. Montañana, Juan M.
Dra. Morales, Margarita
Dr. Nannini, Diego
Dr. Obregón, Sebastián
Dr. Orías, Marcelo
Dra. Páez, Olga Beatríz
Dr. Parodi, Roberto
Dr. Peidro, Roberto
Dr. Pena, Ramiro
Dra. Peral de Bruno, María
Dr. Pereira Redondo, Juan C.
Dra. Pérez, Mariana
Dr. Piskorz, Daniel
Dr. Pizzorno, José
Dr. Plunkett, Ricardo
Dr. Pompozzi, Luis
Dra. Presta, Jorgelina
Dr. Puchulu, Félix
Dr. Pupi, Luis
Dra. Puyó Ana
Dr. Rada, Marcelo
Dr. Raffa, Sebastián
Dr. Ramírez, Agustín
Dr. Re, Alberto
Dr. Renna, Nicolás
Dr. Ricart, Juan Pablo
Dr. Rodríguez, Pablo
Lic. Rolando, Fernando
Dr. Romero, César
Dra. Romo, Miriam
Dr. Rusak, Eduardo
Dr. Sabio, Rodrigo
Dr. Salazar, Martín
Dr. Sanabria, Hugo
Dr. Sánchez, Ramiro
Dr. Schiavone, Miguel
Dr. Schifis, Hugo
Dr. Serra, Joaquín
Dra. Sinsolo, Rosa
Lic. Sívori, Stefanía
Lic. Somoza, María Inés
Dr. Staffieri, Gustavo
Dr. Stavile, Nicolás
Dr. Stisman, Diego
Dr. Suárez Cordo, Cristian
Dr. Suarez, Daniel
Dr. Tortolo, Mauro
Dra. Iturzaeta, Adriana
Dr. Vicario, Augusto
Dr. Villamil, Alberto
Dr. Vissani, Sergio
Dr. Volmaro, Julián
Dr. Voto, Liliana
Dra. Waisman, Florencia
Dr. Waisman, Gabriel
Dr. Wassermann, Alfredo
Dra. Zilberman, Judith

INFORMACIÓN GENERAL

Sede del Congreso

Hotel Panamericano Buenos Aires
Carlos Pellegrini 551, 1009
Teléfono: (011) 4348-5000, Buenos Aires,
Argentina
Mail: registracionargentina@mci-group.com

Horarios de Secretaría General del Congreso

(1° Subsuelo)

Jueves 12 de Abril: 07.30 a 18:30 hs.
Viernes 13 de Abril: 07:00 a 18:30 hs.
Sábado 14 de Abril: 07:30 a 13:30 hs.

Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial

La Secretaría de la SAHA funcionará en el Foyer Panamericano (entrepiso) los días 12, 13 y 14 de abril, en el mismo horario de la Secretaría General del Congreso.

Credenciales

Por razones de seguridad todos los participantes y expositores deberán exhibir su credencial durante el Congreso.

Certificado de asistencia y de trabajos científicos

Los certificados de asistencia, disertantes y autoridades de mesa, así como los de presentación de trabajos científicos estarán disponibles en formato digital, a través de la página de SAHA: www.saha.org.ar. Se podrán descargar a partir del 25 de abril de 2018.

Exhibición de e-pósters y recorrida

El 12 y 13 de Abril en el Salón Río Colorado.
Horario de la recorrida: consultar en el programa desarrollado.

Idioma oficial del Congreso

Español e inglés.
El español es el idioma oficial del Congreso.
Habrá interpretación simultánea Inglés - Español en las principales Sesiones Científicas del salón Panamericano Norte y Río Paraná.
(Ver referencia en la grilla)

Oficina receptora de material audiovisual

Se encuentra en el Salón Guayquiraró 1° subsuelo. Se solicita a los presentadores entregar su material audiovisual por lo menos 2 horas antes de su presentación. Si su presentación es la primera actividad del día deberá entregarlo el día anterior. Si fuera del día jueves, deberá entregarla a las 8:00 am de ese mismo día.

Auriculares

Se requerirá DNI, CI o Pasaporte para aquellas personas que deseen un auricular para la traducción simultánea español/inglés. Las autoridades del Congreso no se hacen responsables por rotura o extravío del receptor.

Fotografías

Las fotografías tomadas por el/los fotógrafo/s oficiales del Congreso serán exhibidas para la venta durante el mismo.

Exposición comercial

Estará ubicada en salón Jardines, Foyer Jardines, Foyer Panamericano del entrepiso y Foyer Paraná del 1° subsuelo.
El salón de la cordialidad está ubicado en el Salón Jardines y en el 1° Subsuelo.

Área libre de tabaco

Este evento, así como todas las instalaciones del Hotel Panamericano son declarados "Libre de tabaco".

Área libre de telefonía celular

Todos los asistentes a este congreso deberán apagar o poner en modo vibración sus teléfonos celulares al entrar a las actividades dentro de los salones.

Responsabilidad

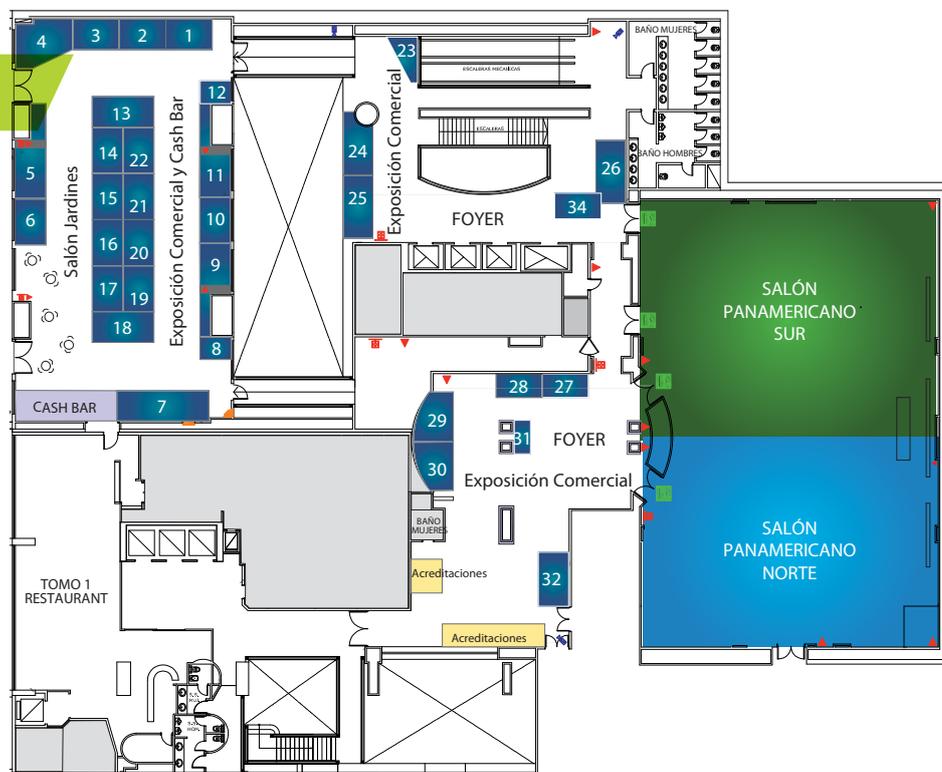
El Comité Organizador del XXV Congreso Argentino de Hipertensión Arterial y/o "New Meetings" no serán responsables legalmente por daños ocasionados por pérdida, hurto o daño de las pertenencias de los asistentes al congreso.

PLANOS DEL XXIII CONGRESO ARGENTINO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

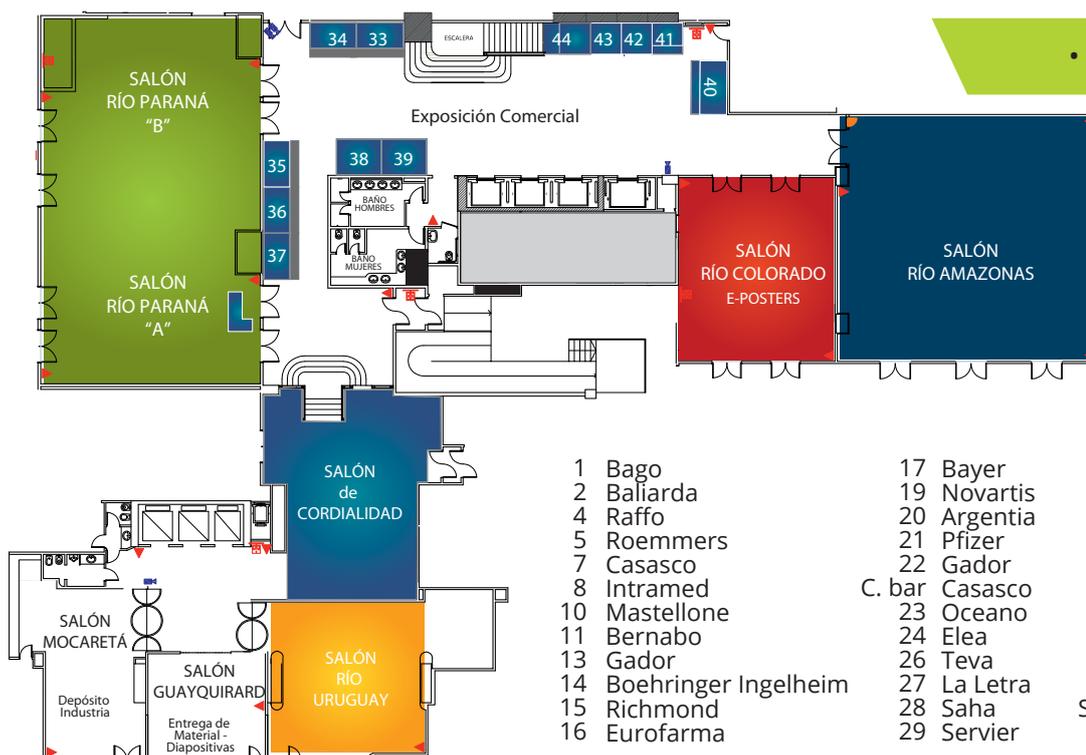
HOTEL PANAMERICANO BUENOS AIRES

• ENTREPISO

- ACREDITACIONES
- SALÓN PANAMERICANO NORTE
- SALÓN PANAMERICANO SUR
- SALÓN RÍO PARANÁ
- SALÓN RÍO AMAZONAS
- SALÓN RÍO COLORADO
- SALÓN RÍO URUGUAY



• 1º SUBSUELO



- | | | |
|-------------------------|----------------|---------------------|
| 1 Bago | 17 Bayer | 31 Arytza |
| 2 Baliarda | 19 Novartis | 33 Temis Lostalo |
| 4 Raffo | 20 Argentia | 35 Lazar |
| 5 Roemmers | 21 Pfizer | 37 CardioVex |
| 7 Casasco | 22 Gador | 38 Phoenix |
| 8 Intramed | C. bar Casasco | 40 San Up |
| 10 Mastellone | 23 Oceano | 41 Exxer |
| 11 Bernabo | 24 Elea | 42 Lepetit |
| 13 Gador | 26 Teva | 43 Jotatec |
| 14 Boehringer Ingelheim | 27 La Letra | 44 Iraola |
| 15 Richmond | 28 Saha | S. Cordial. Casasco |
| 16 Eurofarma | 29 Servier | |

AGRADECIMIENTOS



El Comité Organizador agradece la participación de las siguientes empresas, que hacen posible la realización de esta Reunión Científica:

Benefactores Platino

Gador S.A.
Laboratorio Casasco S.A.I.C.
Laboratorios Elea S.A.C.I.F. y A.
Baliarda S.A.
Laboratorio Bagó S.A.
Laboratorios Roemmers S.A.I.C.F.
Laboratorios Raffo

Benefactores Oro

Servier Argentina S.A.
Laboratorios Temis-Lostaló S.A.
Laboratorio Phoenix
Laboratorio Bernabó S.A.
Laboratorio Teva Argentina

Benefactores Plata

Boehringer Ingelheim S.A.
Laboratorios Richmond
Bayer Argentina S.A.
Novartis Argentina S.A.
Pfizer S.R.L.
Argentia S.A.
Mastellone Hnos.
Eurofarma Argentina S.A.

Patrocinadores

Lepetit Pharma
JotaTec S.R.L.
Laboratorio Dr. Lazar & Cía. S.A.
La Letra
Arytza
Iraola y Cia S.A.
Exxer
SAN UP S.A.
CardioVex

CRONOGRAMA RESUMIDO DE ACTIVIDADES

JUEVES 12

HORARIO	SALÓN PANAMERICANO NORTE	SALÓN PANAMERICANO SUR	SALÓN RÍO PARANÁ	SALÓN RÍO AMAZONAS	SALÓN RÍO COLORADO	SALÓN RÍO URUGUAY
07:30 17:30	INSCRIPCIÓN					
09:30 10:30	MESA REDONDA CONJUNTA SAD- SAHA Hipertensión y diabetes: "Malos compañeros" P. ASCHNER (Colombia)	MESA REDONDA CONJUNTA SAN-SAHA Hipertensión y Enf. Renales: la mirada del nefrólogo	MESA REDONDA SAL- SAHA Hipercolesterolemia e HTA	MESA REDONDA Hipertensión y Corazón: Regresando la hipertrofia	PRESENTACIÓN DE TEMAS LIBRES FORMATO E-POSTERS SESIÓN 1	
10:30 10:45	INTERVALO					
10:45 11:45	CONFERENCIA INAUGURAL "Prof. Dr. Federico Luis Leloir" "Tratamiento Antihipertensivo en el embarazo: Beneficios y perjuicios ¿Cómo lograr un equilibrio?" Disertante Dra. LAURA MAGÉE (Reino Unido)					
11:45 12:15	INTERVALO					
12:15 13:45	SIMPOSIO AUSPICIADO POR EL LABORATORIO RAFFO	SIMPOSIO AUSPICIADO POR EL LABORATORIO BALIARDA Dr. P. Nilsson (Suecia)	MESA REDONDA Hipertensión en Niños y Adolescentes "Más allá de las transiciones"	PRESENTACIÓN DE TEMAS LIBRES FORMATO E-POSTERS SESIÓN 2	SIMPOSIO ISH NIN-SAHA ¿CÓMO EMPEZAR A INVESTIGAR EN HTA? Dra. B. WYNNE (USA)	
13:45 14:00	INTERVALO					
14:00 15:30	MESA REDONDA CONJUNTA Sociedad Brasileña de HTA - SAHA "HTA Secundaria: aspectos prácticos para el consultorio" Dr. E. Muxfeldt (Brasil)	MESA REDONDA CONJUNTA SAM-SAHA "Lo esencial, lo simple y lo complejo según la visión del clínico"	MESA REDONDA CONJUNTA SAGG - SAHA Envejecimiento: "Hipertensión en la Montaña rusa"	MESA REDONDA Medición de la PA: "Medir en situaciones particulares"	PRESENTACIÓN DE TEMAS LIBRES FORMATO E-POSTERS SESIÓN 3	
15:30 15:45	INTERVALO					
15:45 17:15	SIMPOSIO AUSPICIADO POR LABORATORIO GADOR Dr. S. OMBONI (Italia)	SIMPOSIO AUSPICIADO POR LABORATORIO CASASCO	MESA REDONDA Avances recientes en inflamación y hipertensión Dr. G. FINK (Estados Unidos)	MESA REDONDA "Facilitar cambios saludables y mejorar la calidad de vida"	PRESENTACIÓN DE TEMAS LIBRES - SESIÓN 4 PREMIO E-POSTER INVESTIGACIÓN CLÍNICA "Dr. Miguel Arnolt"	
17:15 17:30	INTERVALO					
17:30 19:00	ACTO INAUGURAL					

CRONOGRAMA RESUMIDO DE ACTIVIDADES



VIERNES 13

HORARIO	SALÓN PANAMERICANO NORTE	SALÓN PANAMERICANO SUR	SALÓN RÍO PARANÁ	SALÓN RÍO AMAZONAS	SALÓN RÍO COLORADO	SALÓN RÍO URUGUAY
08:00 18:00	INSCRIPCIÓN					
08:00 09:00	TEMAS DE ACTUALIZACIÓN 1 Exposición a la altura en hipertensos: recomendaciones prácticas. Manejo Periquirúrgico de la HTA en cirugía no cardíaca.	TALLER Mediciones Ambulatorias: MAPA y MDDPA "¿Cuándo indicar, como interpretar y qué informar?"	TEMAS DE ACTUALIZACIÓN 2 Hipertensión en la Guardia ¿Qué es urgente en la urgencia hipertensiva?	TALLER Mecánica vascular "Para pensar en fisiopatología"		
09:00 10:30	MESA REDONDA CONJUNTA/ Sociedad Española de HTA - SAHA S.O.S!: ¿Qué estamos haciendo con el control de la HTA?	MESA REDONDA ¿Siempre es resistente la Hipertensión resistente?	CURSO ATENCIÓN PRIMARIA Parte 1 "Lo esencial en el diagnóstico"	TOMA DE POSICIÓN HTA EN LA MUJER	PRESENTACIÓN DE TEMAS LIBRES FORMATO E-POSTERS SESIÓN 5	PREMIO ORAL INVESTIGACIÓN BÁSICA "Prof. Dr. Carlos María Taquini" Presentación Oral de Trabajos de Investigación Básica
10:30 10:45	INTERVALO					
10:45 11:15	CONFERENCIA Mecanismos que vinculan la acumulación de grasa visceral e hipertensión Dr. G. FINK (Estados Unidos)	CONFERENCIA "Guías para el tratamiento de la DM2: su aplicación en pacientes hipertensos." Dr. P. ASCHNER (Colombia)	SIMPÓSIO ROCHE DIAGNOSTICS Dr. STEFAN VERLOHREN (Alemania)	SIMPÓSIO MASTELLONE		REUNIÓN JÓVENES INVESTIGADORES DE LA SAHA
11:15 11:45	CONFERENCIA Telemedicina: "Manejo de la hipertensión en la era de la atención conectada" Dr. S. OMBONI (Italia)	CONFERENCIA Hidratos de Carbono e Hipertensión Dr. L. FERDER (Estados Unidos)				
11:45 12:15	INTERVALO					
12:15 13:45	SIMPÓSIO AUSPICIADO POR EL LABORATORIO BOEHRINGER INGELHEIM	SIMPÓSIO AUSPICIADO POR EL LABORATORIO ELEA	SIMPÓSIO AUSPICIADO POR EL LABORATORIO TEVA	SIMPÓSIO AUSPICIADO POR EL LABORATORIO PFIZER	PRESENTACIÓN DE TEMAS LIBRES - SESIÓN 6 PREMIO E-POSTER INVESTIGACIÓN BÁSICA "Dra. María de los Angeles Costa"	REUNIÓN CAMPAÑA CONOCE Y CONTROLA TU PRESIÓN ARTERIAL
13:45 14:00	INTERVALO					
14:00 15:30	MESA CONJUNTA ARTERY LATAAM - SAHA La rigidez arterial y la ECV desde la perspectiva clínica Dr. Peter Nilsson (Suecia) - Dr. Mario Fritsch Neves (Brasil)	MESA REDONDA CONJUNTA FAC- SAC - SAHA "Conociendo el Consenso Argentino de HTA"	CURSO ATENCIÓN PRIMARIA Parte 2 "Haciendo simple el tratamiento"	MESA REDONDA Angiotensinas, Enfermedad vascular y deterioro cognitivo: un enfoque traslacional	FORMATO E-POSTERS SESIÓN 7	PREMIO ORAL INVESTIGACIÓN CLÍNICA "Prof. Dr. Juan Carlos Fasciolo" Presentación Oral de Trabajos de Investigación Clínica
15:30 15:45	INTERVALO					
15:45 17:15	MESA REDONDA Hipertensión en el embarazo: Lo conocido y lo que resta por conocer Dra. L. Magee (Reino Unido)	SIMPÓSIO AUSPICIADO POR EL LABORATORIO GADOR	MINI CONFERENCIAS HTA y EHNA - Inmunidad e HTA-Microalbuminuria	MESA REDONDA Fisiopatología: SRAA y ON	PRESENTACIÓN DE TEMAS LIBRES FORMATO E-POSTERS SESIÓN 8	Comisión de EMC SAHA Presentación Monografías Seleccionadas Entrega de Diplomas
17:15 17:30	INTERVALO					
17:30 19:00	ASAMBLEA ANUAL ORDINARIA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL					

SÁBADO 14

HORARIO	SALÓN PANAMERICANO NORTE	SALÓN PANAMERICANO SUR	SALÓN RÍO PARANÁ	SALÓN RÍO AMAZONAS	SALÓN RÍO URUGUAY	
08:00 10:00	INSCRIPCIÓN					
08:30 10:00	MESA CONJUNTA WHL- SAHA Guía americana de HTA 2017: Los pros y los contras Dr. D. Lackland (Usa)	TATENEO DE HIPERTENSIÓN Discusión de casos clínicos con expertos sobre Cerebro, Corazón y Riñón	CURSO ATENCIÓN PRIMARIA Parte 3 "Lo más complejo en las situaciones especiales"	JORNADAS DE ENFERMERÍA Lo importante, lo valioso	REUNIÓN GRUPOS DE TRABAJO DE LA SAHA	
10:00 10:15	INTERVALO					
10:15 10:45	Influencia de las etapas tempranas de la vida sobre la HTA y el riesgo CV en el adulto CONFERENCIA: Dr. Peter Nilsson (Suecia)	Diferencias de sexo y género en el control de la hipertensión CONFERENCIA: Dra. Judith Zilberman	CONTROVERSIAS EN EL MUNDO REAL 1. Debemos bajar la PA a < 130/80 mmHg	JORNADAS DE ENFERMERÍA Lo importante, lo valioso		
10:45 11:15	El papel de la inflamación en el remodelado vascular en hipertensión CONFERENCIA: Dr. M. Fritsch T. Neves (Brasil)	La actualidad en HTA Resistente CONFERENCIA: Dra. E. Muxfeldt (Brasil)	CONTROVERSIAS EN EL MUNDO REAL 2. La variabilidad de la PA es un objetivo del tratamiento			
11:15 11:30	INTERVALO					
11:30 13:00	ACTO DE CLAUSURA Conferencia de Clausura "Prof. Dr. Bernardo Houssay" Dr. José Ramón Banegas (España)					



Sociedad Argentina
de Hipertensión Arterial

DESCARGATE EL PROGRAMA CIENTÍFICO DEL CONGRESO EN TU CELULAR!

ESCAÑEÁ
AQUÍ



Descargalo desde



o bien en el sitio

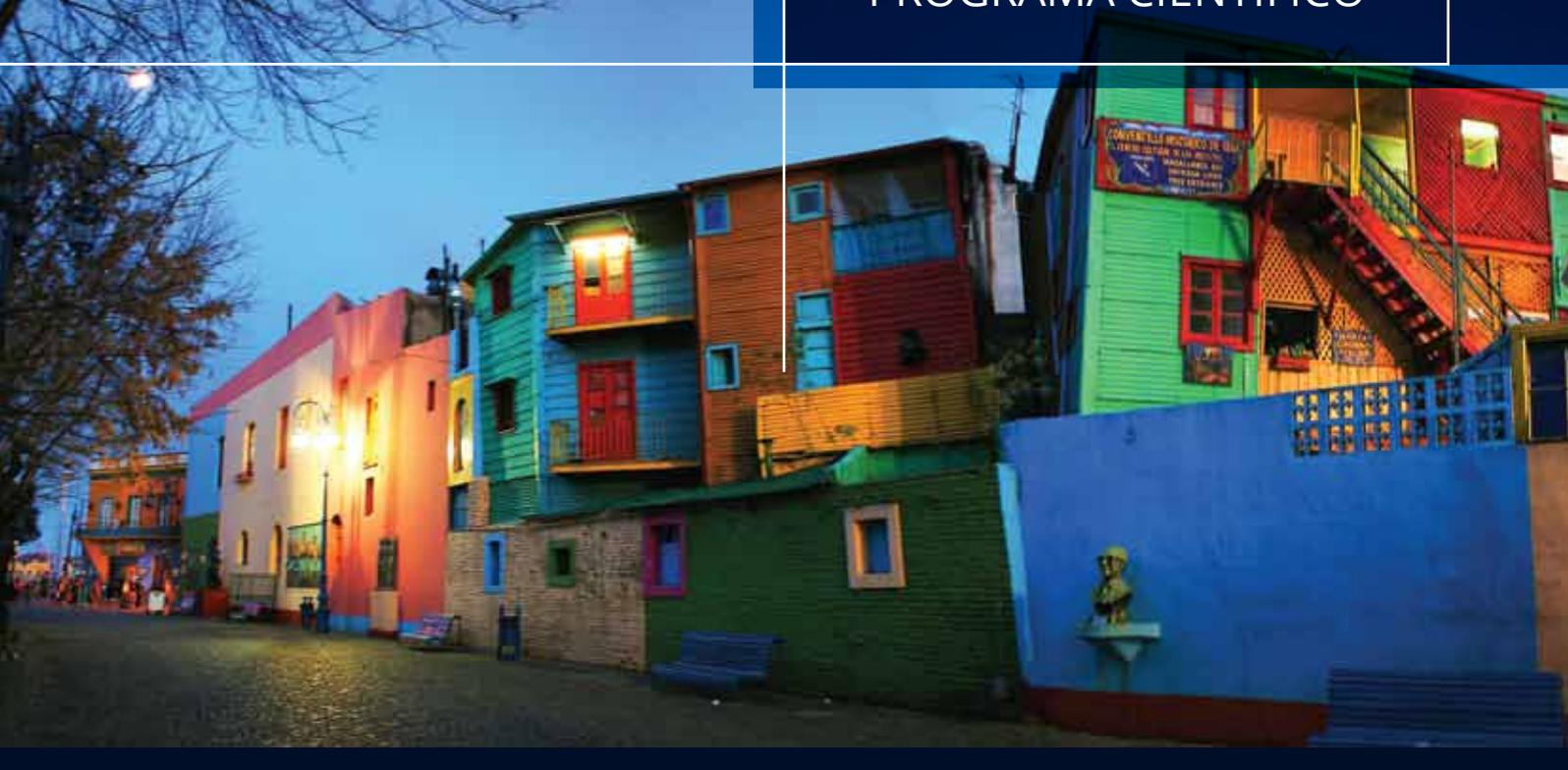
<http://www.gador.com.ar/saha>



Gador 
Al Cuidado de la Vida



PROGRAMA CIENTÍFICO



Sociedad Argentina
de Hipertensión Arterial

7:30 a 17:00

INSCRIPCIÓN

9:00 a 10:30

SALÓN PANAMERICANO NORTE

MESA CONJUNTA SOCIEDAD ARGENTINA DE DIABETES - SAHA. HIPERTENSIÓN Y DIABETES: MALOS COMPAÑEROS
Mesa Redonda

Coordinación: Dr. Claudio Bellido
Dr. Guillermo Burlando

- 09:00 ¿Todos los diabéticos son hipertensos?
Dr. Alejandro Delucchi
- 09:15 ¿Son útiles los marcadores de daño de órgano blanco en el diabético tipo 2 hipertenso?
Dr. Hugo Sanabria
- 09:30 Estrategias para mejorar el manejo de la hipertensión en diabéticos.
Dr. Gabriel Waisman
- 09:45 Riesgo cardiovascular en diabetes e impacto de los nuevos antidiabéticos.
Dr. Pablo Aschner Montoya (Colombia)
- 10:00 Discusión

9:00 a 10:30

SALÓN PANAMERICANO SUR

MESA CONJUNTA SOCIEDAD ARGENTINA DE NEFROLOGÍA - SAHA HIPERTENSIÓN Y ENFERMEDADES RENALES: LA MIRADA DEL NEFRÓLOGO.
Mesa Redonda

Coordinación: Dr. Gustavo Lavenia
Dr. Alfredo Wassermann

- 09:00 ¿La hipertensión produce nefropatía?
Dr. Marcelo Orias
- 09:15 Mediciones ambulatorias de la presión arterial en la enfermedad renal crónica
Dr. José Boggia (Uruguay)
- 09:30 Manejo de la hipertensión arterial en pacientes dializados
Dr. Felipe Inserra
- 09:45 Objetivos de presión arterial en enfermedad renal crónica.
Dr. Carlos Castellaro
- 10:00 Discusión

9:00 a 10:30

SALÓN RÍO PARANÁ

MESA CONJUNTA SOCIEDAD DE LÍPIDOS - SAHA DISLIPIDEMIAS E HIPERTENSIÓN
Mesa Redonda

Coordinación: Dr. Fernando Filippini
Dr. Augusto Lavalle Cobo

- 09:00 Hipertrigliceridemia en hipertensos de bajo riesgo: Estatinas vs. Fibratos.
Dr. Gerardo Elikir
- 09:20 Inhibidores del PCSK9: ¿Tienen algún lugar en el tratamiento de la dislipidemia?
Dr. Alberto Cafferata
- 09:40 ¿Debemos mirar las arterias en el hipertenso con dislipidemias?
Dr. Marcelo Rada
- 10:00 Discusión

9:00 a 10:30

SALÓN RÍO AMAZONAS

HIPERTENSIÓN Y CORAZÓN REGRESANDO LA HIPERTROFIA VENTRICULAR
Mesa Redonda

Coordinación: Dr. Hernán Gómez Llambi
Dr. Nicolás Renna

- 09:00 Hipertrofia cardíaca: ¿inducir su regresión o favorecer su transformación?
Dra. Irene Ennis
- 09:15 ¿Cuál es la mejor forma de evaluar la regresión de la hipertrofia?
Dr. Daniel Piskorz
- 09:30 Presión arterial central o braquial: ¿cuál debo tratar para la regresión de la HVI?
Dr. Claudio Majul
- 09:45 Tratamiento antihipertensivo y fibrosis miocárdica: ¿Cuál es la mejor opción?
Dr. Felipe Martínez
- 10:00 Discusión

9:00 a 10:30

SALÓN RÍO COLORADO

PRESENTACIÓN DE TEMAS LIBRES EN FORMATO E-POSTERS - SESIÓN 1

Comentadores: Dra. Ana Puyó
Dra. Silvina Landa
Dra. Mariela Gironacci

10:30 a 10:45

INTERVALO

10:45 a 11:45

SALÓN PANAMERICANO NORTE Y SUR

CONFERENCIA INAUGURAL "Prof. Dr. Federico Luis Leloir" TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO: BENEFICIOS Y PERJUICIOS ¿CÓMO LOGRAR UN EQUILIBRIO?
Conferencia Plenaria Inaugural

Presidente: Dr. Olga Beatriz Páez
Disertante: Dra. Laura Magee (Reino Unido) 

11:45 a 12:15

INTERVALO

12:15 a 13:45

SALONES PANAMERICANO NORTE Y SUR

SIMPOSIO AUSPICIADO POR EL LABORATORIO RAFFO COMO MANEJAR LA HIPERTENSIÓN SISTÓLICA EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA Y NO FRACASAR EN EL INTENTO

Símposio
Coordinación: Dr. Gabriel Waisman

- 12:15 Presentación
Dr. Gabriel Waisman
- 12:20 ¿Siempre es espuria la HTA sistólica en adolescentes y jóvenes? Cuando no lo es: ¿cómo la tratamos?
Dr. Alejandro Delucchi
- 12:40 ¿Es la HTA sistólica un factor de riesgo independiente para ACV, cardiopatía isquémica y enfermedad renal? ¿Cómo la tratamos?
Dr. Daniel La Greca

- 13:00 ¿Hay cambios en las metas y/o en el tratamiento de la HTA sistólica en los adultos mayores?
Dr. Gabriel Waisman
- 13:20 Preguntas y Comentarios

12:15 a 13:45 SALÓN RÍO PARANÁ

SIMPOSIO AUSPICIADO POR EL LABORATORIO BALIARDA TRATAMIENTO EVOLUTIVO DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DISGLUCEMIA Y DISLIPEMIA
Simposio
 Coordinación: Dra. Carol Kotliar

- 12:15 Presentación
Dra. Carol Kotliar
- 12:20 Nuevas direcciones en Hipertensión Arterial y Diabetes
Dr. Peter Nilsson (Suecia)
- 12:45 Caso clínico y Foro de actualización-discusión interactivo:
Manejo de dislipidemia y disglucemia en el paciente con hipertensión arterial
Panelistas:
Dr. Alberto Cafferata
Dr. Félix Puchulu
Moderadora:
Dra Carol Kotliar
- 13:30 Conclusiones: Entre luces y sombras
Dr. Peter Nilsson (Suecia) ☺

12:15 a 13:45 SALÓN RÍO AMAZONAS

PEDIATRÍA
HIPERTENSIÓN EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA: MÁS ALLÁ DE LAS TRANSICIONES
Mesa redonda

Coordinación: Dra. Miriam Romo
Dra. Rosa Simsolo

- 12:15 Hipertensión de guardapolvo blanco y oculta en pediatría.
Dra. Adriana Iturzaeta
- 12:30 ¿Cuándo estudiar causas secundarias en la niñez y adolescencia?
Dra. Lidia Ghezzi
- 12:45 Hipertensión sistólica aislada en adolescentes ¿qué hacer?
Dr. Luis Pompozzi
- 13:00 Consenso Europeo 2016 y Guía Americana 2017: Similitudes y diferencias
Dra. Rosa Simsolo
- 13:15 Discusión

12:15 a 13:45 SALÓN RÍO COLORADO

PRESENTACIÓN DE TEMAS LIBRES EN FORMATO E-POSTERS - SESIÓN 2

Comentadores: Dra. Carolina Caniffi
Dr. Carlos Castellano
Dr. José Alfie

13:45 a 14:00 INTERVALO

14:00 a 15:30 SALÓN PANAMERICANO NORTE

MESA REDONDA CONJUNTA SOCIEDAD BRASILEÑA DE HTA - SAHA
HIPERTENSIÓN SECUNDARIA: ASPECTOS PRÁCTICOS PARA EL CONSULTORIO

Mesa redonda
 Coordinación: Dr. Mario Fritsch T. Neves (Brasil)
 Dr. Marcos Marín

- 14:00 Hiperaldosteronismo primario: certezas y controversias.
Dra. Susana Lupi
- 14:15 Manejo clínico del Feocromocitoma.
Dra. Valeria De Miguel
- 14:30 Novedades en fibrodisplasia muscular.
Dr. Lucas Aparicio
- 14:45 Apnea del sueño: ¿cuál es el mejor abordaje terapéutico?
Dra. Elizabeth Muxfeldt (Brasil) ☺
- 15:00 Discusión

14:00 a 15:30 SALÓN PANAMERICANO SUR

MESA CONJUNTA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA - SAHA
LO ESENCIAL, LO SIMPLE Y LO COMPLEJO SEGÚN LA VISIÓN DEL CLÍNICO

Mesa redonda
 Coordinación: Dr. Roberto Parodi
 Dr. Luis Camera

- 14:00 Lo esencial
Adherencia al tratamiento: ¿resultados distintos haciendo siempre lo mismo?
Dr. Mauro Tortolo
- 14:20 Lo simple
Hipertensión en atención primaria: ¿es posible alcanzar los objetivos con pocos medios?
Dr. Rodrigo Sabio
- 14:40 Lo complejo
Riesgo subestimado: ¿Lo que no entra en un score no debe tenerse en cuenta?
Dr. Alcides Greca
- 15:00 Discusión

14:00 a 15:30 SALÓN RÍO PARANA

MESA REDONDA CONJUNTA SOCIEDAD DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA - SAHA
ENVEJECIMIENTO: HIPERTENSIÓN EN LA MONTAÑA RUSA

Mesa redonda
 Coordinación: Dra. Fabiana Calabria
 Dr. Hugo A. Schifis

- 14:00 ¿Cómo diferenciar el anciano frágil del no frágil?
Dr. Gustavo Caruso
- 14:15 ¿Es útil la evaluación hemodinámica y arterial en el anciano?
Dra. Laura Brandani

- 14:30 La hipertensión con hipotensión oculta, ¿es la causa de la variabilidad?
Dr. José Alfie
- 14:45 ¿Cuál es el mejor tratamiento de la hipertensión sistólica aislada en muy ancianos?
Dr. Joaquín Serra

14:00 a 15:30 SALÓN RÍO AMAZONAS

**MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL
MEDIR EN SITUACIONES PARTICULARES
Mesa Redonda**

Coordinación: Dr. Diego Fernández
Dra. Jessica Barochiner

- 14:00 Presión arterial de screening: la farmacia y otros contextos ¿Cuál es la evidencia?
Dr. Martín Salazar
- 14:15 Fibrilación auricular: ¿Medición auscultatoria o automática?
Dr. Miguel Schiavone
- 14:30 Hipertensión de guardapolvo blanco: tratar o no tratar ¿hay respuestas al dilema?
Dr. Diego Stisman
- 14:45 Exagerada respuesta de la presión arterial en el ejercicio ¿Cuál es su valor?
Dr. Juan Pablo Ricart
- 15:00 Discusión

14:00 a 15:30 SALÓN RÍO COLORADO

**PRESENTACIÓN DE TEMAS LIBRES EN FORMATO
E-POSTERS - SESIÓN 3**

Comentadores: Dra. Mariana Pérez
Dr. Juan Carlos Pereira Redondo
Dr. Augusto Vicario

14:00 a 15:30 SALÓN RÍO URUGUAY

**SIMPOSIO CONJUNTO ISH NIC-SAHA PARA JÓVENES
INVESTIGADORES
¿CÓMO EMPEZAR A INVESTIGAR EN HIPERTENSIÓN
ARTERIAL?**

Mesa Redonda
Coordinación: Dr. Agustín Ramírez
Dra. Irene Ennis

- 14:00 Tener el mentor correcto: clave para el éxito
Dra. Brandi Wynne (Estados Unidos)
- 14:20 ¿Qué investigar? Respuestas válidas a preguntas adecuadas
Dr. César Romero
- 14:40 Relevancia y estrategia para optimizar la calidad de los datos
Dr. Alejandro Díaz
- 15:00 Preguntas y respuestas
Panel

15:30 a 15:45 INTERVALO

15:45 a 17:15 SALÓN PANAMERICANO NORTE

**SIMPOSIO AUSPICIADO POR GADOR
PRESIÓN ARTERIAL EN CONSULTORIO: ES NECESARIA
PERO NO SUFICIENTE**

Simposio
Coordinación: Dr. Marcos Marín

- 15:45 Palabras de Bienvenida
Dr. Marcos Marín
- 15:50 Importancia clínica de la HTA de guardapolvo blanco y la HTA oculta
Dr. Alejandro Delucchi
- 16:10 Monitoreo domiciliario de la presión arterial: ¿una herramienta subutilizada?
Dr. Marcos Marín
- 16:30 ¿Cómo mejorar la detección y el tratamiento de la HTA con MAPA y telemonitoreo?
Dr. Stefano Omboni (Italia) 
- 17:00 Preguntas y respuestas

15:45 a 17:15 SALÓN PANAMERICANO SUR

**SIMPOSIO AUSPICIADO POR EL LABORATORIO CASASCO
DIFERENTES PACIENTES: ¿DIFERENTES OBJETIVOS DE
PRESIÓN ARTERIAL?**

Simposio
Coordinación: Dra. Judith Zilberman

- 15:45 El paciente cardiometabólico
Dra. Judith Zilberman
- 16:10 El paciente anciano
Dr. Gabriel Waisman
- 16:35 El paciente renal
Dr. Felipe Inserra
- 17:00 Preguntas y respuestas
Panel

15:45 a 17:15 SALÓN RÍO PARANA

**INMUNIDAD E INFLAMACIÓN
AVANCES RECIENTES EN INFLAMACIÓN E
HIPERTENSIÓN**

Mesa Redonda
Coordinación: Dra. Mariela Gironacci
Dr. Walter Manucha

- 15:45 La hipertensión como enfermedad inflamatoria.
Dr. León Ferder (Estados Unidos)
- 16:05 El tracto gastrointestinal y el riñón: ¿Un nuevo eje en la regulación de la presión arterial?
Dr. Marcelo Choi
- 16:25 ¿Cuál es la relación entre serotonina e hipertensión?
Dr. Gregory Fink (Estados Unidos) 
- 16:45 Discusión



JUEVES 12

15:45 a 17:15 SALÓN RÍO AMAZONAS

CONDUCTAS SALUDABLES
FACILITAR CAMBIOS SALUDABLES Y MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA

Mesa Redonda

Coordinación: Dr. Andrea Corrales Barboza
Dr. Roberto Coloccini

- 15:45 ¿Dieta o anti-dieta para el paciente hipertenso?
Dra. Juliana Mociulsky
- 16:00 En el gimnasio: ¿Actividad física aeróbica o de sobrecarga?
Dr. Roberto Peidro
- 16:15 ¿Todos los obesos son hipertensos?
Dr. Martín Milmaniene
- 16:30 Estrés e HTA: ¿Disminuir el estrés mejora la hipertensión?
Dr. Gustavo Cerezo
- 16:45 Discusión

15:45 a 17:15 SALÓN RÍO COLORADO

PRESENTACIÓN DE TEMAS LIBRES EN SESIÓN E-POSTERS - SESIÓN 4

Premio al mejor trabajo de Investigación Clínica en formato Poster "Dr. Miguel Arnolt"

Coordinación: Dr. Joaquin Serra

Jurados: Dr. Claudio Majul
Dra. Mildren Del Sueldo
Dr. Alcides Greca

17:15 a 17:30 INTERVALO

17:30 a 19:00 ACTO INAUGURAL

7:30 a 18:30 INSCRIPCIÓN

8:00 a 9:00 SALÓN PANAMERICANO NORTE

TEMAS DE ACTUALIZACIÓN 1

Coordinación: Dr. Daniel La Greca

- 08:00 Exposición a gran altitud en hipertensos: recomendaciones prácticas para viajeros.
Dr. Diego Iglesias
- 08:30 Manejo Periquirúrgico de la hipertensión en cirugía no cardíaca.
Dr. Martin Koretzky

8:00 a 9:00 SALÓN PANAMERICANO SUR

TALLER

MEDICIONES AMBULATORIAS: MAPA Y MDPA

"¿CUÁNDO INDICAR, COMO INTERPRETAR Y QUÉ INFORMAR?"

Taller de casos clínicos

Coordinación: Dr. Diego Stisman

Dr. Ricardo Plunkett

Presentación de Casos: Dra. Rocío Martínez

Dr. Pedro Grosse



VIERNES 13

8:00 a 9:00 SALÓN RÍO PARANÁ

TEMAS DE ACTUALIZACIÓN 2

HIPERTENSIÓN EN LA GUARDIA: ¿QUÉ ES URGENTE EN LA CRISIS HIPERTENSIVA?

Coordinación: Dr. Jorge Irusta

- 08:00 ¿La urgencia hipertensiva es un problema urgente?
Dr. Nicolás Stavile
- 08:30 Tratamiento de la hipertensión en el evento cerebrovascular agudo.
Dr. Sebastián Obregón

8:00 a 9:00 SALÓN RÍO AMAZONAS

TALLER

MECÁNICA VASCULAR: PARA PENSAR EN FISIOPATOLOGÍA

Taller de interpretación de casos clínicos

Coordinación: Dr. Juan Carlos Pereira Redondo

Dr. Luis María Pupi

Presentación de Casos: Dr. Pedro Forcada

Dr. Juan Manuel Montañana

9:00 a 10:30

SALÓN PANAMERICANO NORTE

MESA CONJUNTA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIPERTENSIÓN - SAHA
¿S.O.S! QUE ESTAMOS HACIENDO CON EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN

Mesa Redonda

Coordinación: Dr. Alberto Re
 Dr. Alejandro Díaz

- 09:00 Impacto de la reducción de la presión arterial sobre la mortalidad
 Dr. José Ramón Banegas (España)
- 09:20 Estudios epidemiológicos: experiencia en Argentina
 Dr. Horacio Carbajal
- 09:40 Rol de las sociedades científicas en el conocimiento y control de la hipertensión
 Dr. Marcos Marín
- 10:00 Discusión

9:00 a 10:30

SALÓN PANAMERICANO SUR

HIPERTENSIÓN RESISTENTE
¿SIEMPRE ES RESISTENTE LA HIPERTENSIÓN RESISTENTE?

Mesa Redonda

Coordinación: Dra. Laura Brandani
 Dr. Sergio Vissani

- 09:00 Hipertensión refractaria: ¿más fármacos o diferente fisiopatología?
 Dr. Ramiro Sánchez
- 09:20 Adherencia a drogas: ¿realidad o ciencia ficción?
 Dr. Guillermo Fábregues
- 09:40 Rol actual de la denervación renal como alternativa terapéutica
 Dr. Alberto Villamil
- 10:00 Discusión

9:00 a 10:30

SALÓN RÍO PARANÁ

CURSO DE ATENCIÓN PRIMARIA PARTE 1*
"LO ESENCIAL EN EL DIAGNÓSTICO"

*Este curso cuenta con el apoyo irrestricto del Laboratorio Elea

Coordinación: Dra. Rocío Martínez
 Dra. María Alicia Díaz

- 09:00 Mediciones ambulatorias de la PA: rol en el diagnóstico y evaluación del tratamiento.
 Dra. Jessica Barochiner
- 09:20 Evaluación del Riesgo cardiovascular en hipertensos
 Dr. Gustavo Staffieri
- 09:40 ¿Cuándo sospechar causas secundarias?
 Dr. Pedro Grosse
- 10:00 Hipertensión resistente: conductas iniciales en atención primaria
 Dra. Daniela Cianfagna
- 10:20 Preguntas y respuestas

9:00 a 10:30

SALÓN RÍO AMAZONAS

TOMA DE POSICIÓN SAHA
HIPERTENSIÓN EN LA MUJER

Mesa Redonda

Coordinación: Dra. Judith Zilberman
 Dra. Mildren del Sueldo

- 09:00 Presentación
 Dra. Judith Zilberman
- 09:05 ¿Por qué consideramos necesario hacer una Toma de Posición sobre HTA en la mujer?
 Dra. Mildren del Sueldo
- 09:15 HTA y embarazo
 Dra. Olga Beatriz Páez
- 09:30 HTA y menopausia
 Dra. Roxana Mondino
- 09:45 HTA y daño vascular en la mujer
 Dra. Carol Kotliar
- 10:00 ¿Es apropiado hablar de diferentes tratamientos antihipertensivos?
 Dr. Marcos Baroni
- 10:15 Preguntas y debate
 Panel

9:00 a 10:30

SALÓN RÍO COLORADO

PRESENTACIÓN DE TEMAS LIBRES EN FORMATO E-POSTERS - SESIÓN 5

Comentadores: Dra. Alejandra Christen
 Dr. Alejandro De Cerchio
 Dra. Fabiana Calabria

9:00 a 10:30

SALÓN RÍO URUGUAY

PREMIO "PROF. DR. CARLOS MARÍA TAQUINI"
PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN BÁSICA

Coordinación: Dra. Rosana Elesgaray
 Dra. Carolina Caniffi

Jurados: Dr. León Ferder (Estados Unidos)
 Dra. María Peral de Bruno
 Dr. Luis Juncos

- 09:00 O-01 Microentorno lipídico: ¿Nuevo factor regulador de la actividad del intercambiador Na⁺/H⁺?
 Zavala, M(1); Godoy, J(2); Bernasconi, A(2); Maté, SM(2); Villa Abrille, MC(1). (1)Centro de Investigaciones cardiovasculares, Fac Cs Medicas, UNLP. La Plata, Argentina. (2)Instituto de Investigaciones Bioquímicas de La Plata, Fac Cs Médicas, UNLP. La Plata.
- 09:15 O-02 Sildenafil disminuye el estrés oxidativo miocárdico en ratas espontáneamente hipertensas (SHR)
 Escudero, DS(1); Caldiz, CI(1); Pérez, NG(1); Díaz, RG(1). (1)Centro de Investigaciones Cardiovasculares "Dr. Horacio E. Cingolani". La Plata, Argentina.
- 09:30 O-03 Rosuvastatina reduce la sobrecarga alostática celular por deformación mecánica: un inédito efecto sobre el remodelado vascular por Hipertensión arterial
 Mazzei, L(1, 2); Docherty, N(3); Manucha, W(1, 2). (1) Área de Farmacología, Facultad de Medicina, UN de Cuyo. Mendoza, Argentina. (2)Laboratorio de Farmacología Experimental, Básica y Traslacional, IMBECU-CONICET. Mendoza, Argentina. (3)Conway Institute of Biomolecular and Biomedical Research, School of Medicine, University College Dublin. Dublín, Irlanda.

10:00 a 10:45

INTERVALO

10:45 a 11:45

SALÓN PANAMERICANO NORTE

CONFERENCIAS

- 10:45 **CONFERENCIA 1**
 Presidente: Dra. Cristina Arranz
 Mecanismos que vinculan la acumulación de grasa visceral e hipertensión
 Disertante: Dr. Gregory Fink (Estados Unidos) 
- 11:15 **CONFERENCIA 2**
 Presidente: Dr. Gabriel Waisman
 Telemedicina: Manejo de la hipertensión en la era de la atención conectada
 Disertante: Dr. Stefano Omboni (Italia) 

10:45 a 11:45

SALÓN PANAMERICANO SUR

CONFERENCIAS

- 10:45 **CONFERENCIA 3**
 Presidente: Dr. Mario Bendersky

 Disertante: Dr. Pablo Aschner Montoya (Colombia)
- 11:15 **CONFERENCIA 2**
 Presidente: Dr. Emilio Kuschnir
 Hidratos de Carbono e Hipertensión
 Disertante: Dr. León Ferder (Estados Unidos)

10:45 a 11:45

SALÓN RÍO PARANÁ

SIMPOSIO AUSPICIADO POR ROCHE DIAGNÓSTICA
CAMBIO DE PARADIGMA EN EL DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA: ¿SON ÚTILES LOS BIOMARCADORES?
Simposio
 Coordinación: Dr. Ramiro Pena (Roche Diagnóstica)

- 10:45 Introducción y Bienvenida
 Dr. Ramiro Pena
- 10:50 Preeclampsia: epidemiología e impacto sanitario
 Dra. Liliana Voto
- 11:05 Predicción y diagnóstico de preeclampsia con el cociente sFit-1/PIGF: incorporación en la práctica clínica
 Dr. Stefan Verlohren (Alemania) 
- 11:30 Perspectiva económica al incorporar el cociente sFit-1/PIGF
 Dr. Ramiro Pena
- 11:40 Cierre y conclusiones

10:45 a 11:45

SALÓN RÍO AMAZONAS

SIMPOSIO AUSPICIADO POR MASTELLONE
ACTUALIZACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ¿QUÉ HAY DE NUEVO?
Simposio
 Coordinación: Lic. Stefania Sívori

- 10:45 La importancia del cambio en el estilo de vida en la prevención de la enfermedad cardiovascular: nuevas evidencias enfocadas en ejercicio y alimentación
 Dra. Soraya Kerbage
- 11:10 Alimentación cardiosaludable: un estilo de vida
 Lic. María Inés Somoza
- 11:35 Preguntas y respuestas

10:45 a 11:45

SALÓN RÍO URUGUAY

REUNIÓN JÓVENES INVESTIGADORES DE LA SAHA
 Coordinación: Dra. Judith Zilberman
 Dr. César Romero

11:45 a 12:15

INTERVALO

12:15 a 13:45

SALÓN PANAMERICANO NORTE

SIMPOSIO AUSPICIADO POR EL LABORATORIO BOEHRINGER INGELHEIM
HIPERTENSIÓN Y DIABETES: LO NUEVO Y LO SIMPLE
Simposio
 Coordinación: Dr. Felipe Inserra

- 12:15 Bienvenida e Introducción
 Dr. Felipe Inserra
- 12:20 Simplificando el manejo de la diabetes, aún en poblaciones vulnerables
 Dr. Cristian Suárez Cordo
- 12:50 Hipertensión arterial: nuevas guías, nuevas metas, nuevos desafíos
 Dr. Felipe Inserra
- 13:20 Preguntas y respuestas

12:15 a 13:45

SALÓN PANAMERICANO SUR

SIMPOSIO AUSPICIADO POR EL LABORATORIO ELEA
BIOMECÁNICA VASCULAR APLICADA AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA. UN ENFOQUE PRÁCTICO PARA LA MEDICINA AMBULATORIA.
Simposio
 Coordinación: Dra. Carol Kotliar

- 12:15 Introducción
 Dr. Sebastián Obregón
- 12:20 Biomecánica y el paciente. Después de años de experiencia y el análisis de las evidencias: ¿Cuál es la utilidad de contar con datos de biomecánica para tratar la HTA de mis pacientes?
 Dr. Pedro Forcada
- 12:40 Envejecimiento arterial acelerado en menores de 40 años y en las mujeres. Su diagnóstico con y sin equipos. ¿Es necesario? ¿Es útil? ¿Es sinónimo de mayor riesgo?
 Dra. Carol Kotliar
- 13:00 Presentación Caso clínico: mujer 50 años hipertensa controlada con 2 fármacos, sin dislipidemia ni díglicemia. Se le detecta en estudio vascular no invasivo: ateromas carotídeos leves, aumento de la rigidez arterial y de las resistencias periféricas. Su edad arterial corresponde a 65 años.
 Presentación: Dr. Sebastián Obregón

Panel de Discusión: Dra. Carol Kotliar – Dr. Pedro Forcada

13:30 Preguntas y respuestas

12:15 a 13:45 SALÓN RÍO PARANÁ

SIMPOSIO AUSPICIADO POR EL LABORATORIO TEVA
ADAPTACIÓN DE LAS NUEVAS GUÍAS DE HTA A NUESTRO PAÍS
Simposio

Coordinación: Dr. Daniel La Greca

- 12:15 Introducción
Dr. Daniel La Greca
- 12:20 ¿Cómo tratar a los pacientes ancianos?
Dr. Daniel La Greca
- 12:40 ¿Cómo tratar a los pacientes diabéticos y coronarios?
Dra. Laura Brandani
- 13:00 Hipertensión en la mujer
Dra. Mildren del Sueldo
- 13:20 Preguntas y respuestas

12:15 a 13:45 SALÓN RÍO AMAZONAS

SIMPOSIO AUSPICIADO POR EL LABORATORIO PFIZER
¿DE QUÉ HABLAN LOS EXPERTOS CUANDO HABLAN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL? LOS 5 TEMAS INDISPENSABLES EN 2018

Simposio

Coordinación: Dra. Judith Zilberman

- 12:15 Palabras de Bienvenida
Dra. Judith Zilberman
- 12:20 El tratamiento que cambió la definición de hipertensión resistente
Dr. Daniel Piskorz
- 12:35 Si y No de las nuevas guías ACC/AHA
Dra. Judith Zilberman
- 12:50 Variabilidad de la presión arterial: no está todo dicho
Dr. Claudio Majul
- 13:05 Diabetes, síndrome metabólico e hipertensión arterial: las mejores opciones de tratamiento
Dr. Gabriel Waisman
- 13:20 Tratamiento adecuado en el paciente anciano
Dr. Alberto Villamil
- 13:35 Preguntas y Respuestas
Panel

12:15 a 13:45 SALÓN RÍO COLORADO

PRESENTACIÓN DE TEMAS LIBRES EN SESIÓN E-POSTERS - SESIÓN 6
Premio al mejor trabajo de Investigación Básica en formato póster "Dra. María de los Angeles Costa"

Coordinación: Dr. Nicolás Renna

Jurados: Dr. José Boggia
Dra. Silvia García
Dra. Ana María Balaszczuk

12:15 a 13:45 SALÓN RÍO URUGUAY

REUNIÓN CAMPAÑA CONOCE Y CONTROLA TU PRESIÓN ARTERIAL

Coordinación: Dr. Marcos Marín

13:45 a 14:00 INTERVALO

14:00 a 15:30 SALÓN PANAMERICANO NORTE

MESA CONJUNTA ARTERY LATAM - SAHA
MESA CONJUNTA ARTERY LATAM - SAHA
Mesa Redonda

Coordinación: Dr. Pedro Forcada
Dr. Luis Pupí

- 14:00 Rigidez arterial: diálogo cruzado entre las grandes arterias y la microcirculación
Dr. Pedro Forcada
- 14:20 ¿Cómo evaluar la rigidez arterial en la práctica clínica?
Dr. Mario Fritsch T. Neves (Brasil) 
- 14:40 ¿Qué hay de nuevo en envejecimiento vascular acelerado (EVA)?
Dr. Peter Nilsson (Suecia) 
- 15:00 Discusión

14:00 a 15:30 SALÓN PANAMERICANO SUR

MESA REDONDA CONJUNTA FAC-SAC-SAHA
CONOCIENDO EL CONSENSO ARGENTINO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Mesa Redonda

Coordinación: Dr. Daniel Piskorz
Dr. Alejandro Delucchi

- 14:00 Diagnóstico del paciente hipertenso
Dr. Marcos Marín
- 14:20 ¿Hay algo nuevo en tratamiento?
Dr. Mario Bendersky
- 14:40 Hipertensión en poblaciones especiales
Dra. Olga Beatriz Páez
- 15:00 Discusión

14:00 a 15:30 SALÓN RÍO PARANÁ

CURSO DE ATENCIÓN PRIMARIA PARTE 2
"HACIENDO SIMPLE EL TRATAMIENTO"

Coordinación: Dra. Florencia Waisman
Dr. Augusto Lavalle Cobo

- 14:00 Cómo indicar estilo de vida saludable para optimizar el tratamiento
Dra. Margarita Morales
- 14:20 Cuándo y cómo asociar fármacos antihipertensivos de manera efectiva
Dr. Alejandro De Cerchio
- 14:40 Estableciendo objetivos terapéuticos en el hipertenso esencial
Dra. Jorgelina Presta
- 15:00 Estrategias para evaluar y mejorar la adherencia al tratamiento
Dr. Roberto Ingaramo
- 15:20 Preguntas y respuestas

14:00 a 15:30

SALÓN RÍO AMAZONAS**TRASLACIONAL ANGIOTENSINAS, ENFERMEDAD VASCULAR Y DETERIORO COGNITIVO: UN ENFOQUE TRASLACIONAL**
Mesa RedondaCoordinación: Dra. Alejandra Christen
Dra. Carolina Caniffi

- 14:00 Angiotensinas y neuroprotección, ¿qué nos enseñan los modelos en animales?
Dra. Mariela Gironacci
- 14:20 ¿El deterioro cognitivo leve condiciona la estrategia farmacológica?
Dr. Augusto Vicario
- 14:40 Adultos jóvenes con arterias rígidas: ¿tienen que preocuparse por su función cognitiva?
Dr. Diego Nannini
- 15:00 Discusión

14:00 a 15:30

SALÓN RÍO COLORADO**PRESENTACIÓN DE TEMAS LIBRES EN FORMATO E-POSTERS - SESIÓN 7**Comentadores: Dra. Daniela Cianfagna
Dr. Ricardo Plunkett
Dr. Diego Stisman

14:00 a 15:30

SALÓN RÍO URUGUAY**PREMIO "PROF. DR. JUAN CARLOS FASCIOLLO" PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**Coordinación: Dr. Miguel Schiavone
Dr. Gustavo CarusoJurados: Dr. José Ramón Banegas (España)
Dr. Hernán Gómez Llambí
Dr. Fernando Filippini

- 14:00 O-04 Impacto de la presión positiva de las vías aéreas sobre la rigidez arterial en hipertensos resistentes con apnea del sueño moderada a grave
Nejm Roderjan, C(1); Fernandes Cortez, A(2); Chedier, B(2); Dussoni Moreira dos Santos, B(2); de Hollanda Cavalcanti, A(2); Botelho Viegas, B(2); Silaid Muxfeldt, E(2). (1)Programa de Hipertensión, Hospital Universitario Clementino Fraga Filho. Rio de Janeiro, Brasil. (2)Programa de Hipertensão Arterial, Hospital Universitario Clementino Fraga Filho. Rio de Janeiro, Brasil.
- 14:15 O-05 La hipertensión arterial nocturna en la mitad del embarazo de riesgo predice el desarrollo de preeclampsia
Espeche, W(1); Salazar, M(1); Leiva Sisnieguez, C(1); Leiva Sisnieguez, BC(1); Balbin, E(1); Stavile, RN(1); March, C(1); Olano, D(1); Soria, A(2); Yoma, O(2); Prudente, M(2); Torres, S(2); Grassi, F(2); Santillan, C(2); Carreras, P(1); Carbajal, H(3). (1)Unidad de Enfermedades Cardiometaabólicas, Clínica Médica, Hospital Gral. San Martín. La Plata, Argentina. (2)Servicio Obstetricia, Hospital Gral. San Martín. La Plata, Argentina. (3)Facultad de Ciencias Médicas, UNLP. La Plata, Argentina
- 14:30 O-06 Proyecto MAPEC-Salta: Una nueva modalidad en la atención del paciente hipertenso en dos centros de atención primaria de la salud de la ciudad de Salta, Argentina.
Lacunza, CD(1); Sánchez, DC(2); Sueldo, CA(3); Reales, LDV(4); Duré, AV(5); Ferrari, S(6); Yañez Sánchez, LS(7); Hoyos, MG(8); Ciotta, A(8). (1)Cardiología, Centros de

Atención Primaria de la Salud N° 9 y 61. Dir. Primer Nivel de Atención. Área Operativa LV. Salta, Argentina. (2)Cátedra de Metodología de la Investigación Científica, Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta. Salta, Argentina. (3)Medicina General, Centro de Atención Primaria de la Salud N° 61. Dir. Primer Nivel de Atención. Área Operativa LV. Salta, Argentina. (4)Odontología, Centro de Atención Primaria de la Salud N° 61. Dir. Primer Nivel de Atención. Área Operativa LV. Salta, Argentina. (5)Nutrición, Centro de Atención Primaria de la Salud N° 61. Dir. Primer Nivel de Atención. Área Operativa LV. Salta, Argentina. (6)Nutrición, Centro de Atención Primaria de la Salud N° 9. Dir. Primer Nivel de Atención. Área Operativa LV. Salta, Argentina. (7)Psicología, Centro de Atención Primaria de la Salud N° 9. Dir. Primer Nivel de Atención. Área Operativa LV. Salta, Argentina. (8)Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán. Tucumán, Argentina.

- 14:45 O-07 Factor volumen en la hipertensión resistente: rol del sexo, del inotropismo intrínseco del ventrículo izquierdo, de la carga vascular y de la medicación antihipertensiva.
González, S(1); Olano, D(2); Martínez, G(1); Ricon, D(1); Mendez, M(1); Diganchi, O(1); Schiavone, M(3); Inserra, F(3); Donaire, J(1); La Greca, R(4); Ramella, I(4). (1)Laboratorio Neurovascular, Servicio de Cardiología, Hospital Churruca. CABA, Argentina. (2)Servicio de Cardiología, Sanatorio Ipenza. La Plata, Argentina. (3)Centro Cardiometaabólico, Hospital Austral. Pilar, Buenos Aires. (4)Servicio de Cardiología, Hospital Churruca. CABA, Argentina

- 15:00 O-08 Presión arterial y apnea obstructiva del sueño sondeada por el test STOP-BANG y escala de EPWORTH en una población asistida por una Unidad básica de salud de la familia en Río de Janeiro - Proyecto piloto del estudio LAPARC
Bellotti, RA; Lobão, MBCB; de Souza, KM; da Paixão, LR; Gomes, LdF; dos Santos, LC; do Rego, MfDMR; Cunha, ML; Mallet, ALdR; Muxfeldt, ES(1). (1)Curso de Medicina Campos Arcos da Lapa, Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, Brasil

- 15:15 O-09 Detección del daño de órgano blanco a nivel cardíaco y vascular en una población de pacientes hipertensos.
Corrales Barboza, A(1, 2); Tomat, A(3); Romero, M(3); Elesgaray, R(3); De Bono, G(1); Politi, T(1); Vilotta, A(2); Contreras, F(2); Arranz, C(3); Ronderos, R(1); Villamil, A(2); Zilberman, J(2). (1)Servicio de Ultrasonido Cardiovascular - Sección Diagnóstico por Imágenes, ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires. CABA, Argentina. (2)Servicio de Epidemiología y Prevención Cardiovascular - Sección Hipertensión arterial, ICBA - Instituto Cardiovascular de Buenos Aires. CABA, Argentina. (3)Cátedra de Fisiología - Facultad de Farmacia y Bioquímica, Universidad de Buenos Aires, UBA - Instituto de Química y Metabolismo del Fármaco, IQUIMEFA-CONICET. CABA, Argentina

15:30 a 15:45

INTERVALO

15:45 a 17:15

SALÓN PANAMERICANO NORTE**EMBARAZO HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO: LO CONOCIDO Y LO QUE RESTA POR CONOCER**
Mesa RedondaCoordinación: Dra. Judith Zilberman
Dra. Mariana Pérez

- 15:45 Fisiopatología de la preeclampsia: relación con las manifestaciones clínicas.
Dra. Liliana Voto

16:00 Implicancias diagnósticas y terapéuticas de la hipertensión de guardapolvo blanco y oculta en el embarazo
Dr. Walter Espeche

16:15 Marcadores bioquímicos de preeclampsia en la práctica clínica
Dr. Stefan Verlohren (Alemania) 

16:35 Presente y futuro del tratamiento farmacológico de la preeclampsia.
Dra. Laura Magee (Reino Unido) 

15:45 a 17:15

SALÓN PANAMERICANO SUR

SIMPOSIO AUSPICIADO POR GADOR
Toma de Posición SAHA: Rol actual de los ARA II
Simpósio

Coordinación: Dr. Mario Bendersky
Dr. Fernando Filippini

15:45 Introducción
Dr. Mario Bendersky

15:50 Farmacología básica de los ARA II. Complejidad del SRA
Dra. Irene Ennis

16:00 Acciones cardiovasculares, renales, metabólicas y sobre el SNC de los ARA II
Dr. Fernando Filippini

16:25 Farmacología clínica de los ARA II. Eficacia y utilidad. Efecto sobre la adherencia.
Dr. Mario Bendersky

16:55 Discusión

15:45 a 17:15

SALÓN RÍO PARANÁ

MINICONFERENCIAS: LA VISIÓN DE LOS EXPERTOS

Coordinación: Dr. Martín Koretzky

15:45 Hígado graso no alcohólico ¿Se relaciona con la hipertensión arterial?
Dr. Sebastián Raffa

16:05 Sal, inflamación e hipertensión arterial
Dra. Brandi Wynne (Estados Unidos) 

16:25 Microalbuminuria ¿Cambia la estrategia terapéutica?
Dr. Alfredo Wassermann

16:45 Conclusiones

15:45 a 17:15

SALÓN RÍO AMAZONAS

SRAA Y ÓXIDO NÍTRICO: YING Y YANG EN LA FISIOPATOLOGÍA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL
Mesa Redonda

Coordinación: Dra. Rosana Elesgaray
Dr. Alejandro Aiello

15:45 El SRAA en la programación fetal de las enfermedades cardiovasculares.
Dra. Cristina Arranz

16:05 Estrés oxidativo, inflamación y disfunción endotelial ¿Cómo los evaluamos?
Dra. María Peral de Bruno

16:25 Alteraciones de la nefrogénesis en el desarrollo de la HTA: rol del óxido nítrico.
Dr. Walter Manucha

16:45 Discusión

15:45 a 17:15

SALÓN RÍO COLORADO

PRESENTACIÓN DE TEMAS LIBRES EN FORMATO E-POSTERS - SESIÓN 8

Comentadores: Dr. Roberto Parodi
Dr. Gustavo Staffieri
Dr. Luis Pomposi

15:45 a 17:15

SALÓN RÍO URUGUAY

ÁREA DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA - ÁREA DE CERTIFICACIONES PROFESIONALES

PRESENTACIÓN ORAL DE MONOGRAFÍAS SELECCIONADAS Y ENTREGA DE DIPLOMAS CURSOS SAHA

Coordinación: Dr. Eduardo Rusak
Dr. Daniel Suárez

15:45 Introducción
Dr. Eduardo Rusak

15:55 PRESENTACIÓN DE MONOGRAFÍAS
Curso de Posgrado en Hipertensión Arterial Universidad Nacional de Tucumán -SAHA
"HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ENFERMEDAD RENAL VASCULAR"
Autor: Dr. Tomas Gilabert
Curso Nacional de Hipertensión Arterial SAHA - Sede CABA
"HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR BEVACIZUMAB"
Autor: Dra. Karina Palacios

16:40 Comentarios

16:50 Entrega de certificados y diplomas

17:15 a 17:30

INTERVALO

17:30 a 19:00

SALÓN PANAMERICANO NORTE

ASAMBLEA ANUAL ORDINARIA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

08:00 a 10:00 INSCRIPCIÓN**8:30 a 11:30 SALÓN RÍO URUGUAY**

REUNIÓN GRUPOS DE TRABAJO DE LA SAHA

8:30 a 10:00 SALÓN PANAMERICANO NORTE

MEZA CONJUNTA WORLD HYPERTENSION LEAGUE – SAHA
 GUÍA AMERICANA DE HTA 2017: LOS PROS Y LOS CONTRAS
Mesa Redonda

Coordinación: Dr. Marcelo Orias
 Dr. Pablo Rodríguez

- 08:30 Guía americana de hipertensión 2017:
 LOS PROS
 Dr. Daniel Piskorz
- 08:50 Guía americana de hipertensión 2017:
 LOS CONTRAS
 Dr. Gabriel Waisman
- 09:10 Prevención y control global de la hiper-
 tensión: impacto en el accidente cerebro-
 vascular
 Dr. Daniel Lackland (Estados Unidos) 
- 09:30 Discusión

8:30 a 10:00 SALÓN PANAMERICANO SUR

CASOS CLÍNICOS
 DISCUSIÓN DE CASOS CLÍNICOS CON EXPERTOS SOBRE
 CEREBRO, CORAZÓN Y RIÑÓN

Coordinación: Dr. Diego Nannini
 Expertos: Dr. Felipe Inserra

- Dr. Alberto Re
 Dr. Diego Nannini
- 08:30 CASO 1 CEREBRO
 Dra. María Elena Giuliano
- 08:50 Discusión
- 09:00 CASO 2 CORAZÓN
 Dra. Florencia Waisman
- 09:20 Discusión
- 10:00 CASO 3 RIÑÓN
 Dra. Roxana Mondino
- 10:20 Discusión

8:30 a 10:00 SALÓN RÍO PARANÁ

CURSO DE ATENCIÓN PRIMARIA PARTE 3
 "LO MÁS COMPLEJO EN LAS SITUACIONES ESPECIALES"

Coordinación: Dr. Julián Volmaro
 Dr. Lucas Aparicio

- 08:30 Tratamiento y objetivos terapéuticos en
 octogenarios.
 Dr. Diego Fernández
- 08:50 ¿Qué es esencial conocer de HTA en el
 embarazo?
 Dr. José Pizzorno
- 09:10 Estrategias de tratamiento en hipertensos obesos
 Dr. Eduardo Rusak
- 09:30 Hipertensión en diabéticos
 Dr. Marcos Baroni
- 09:50 Preguntas y respuestas

10:00 a 10:15 INTERVALO**10:15 a 11:15 SALÓN PANAMERICANO NORTE**

CONFERENCIAS

- 10:15 CONFERENCIA 1
 INFLUENCIA DE LAS ETAPAS TEMPRANAS
 DE LA VIDA SOBRE LA HIPERTENSIÓN
 ARTERIAL Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR
 EN EL ADULTO
 Presidente: Dr. Luis Juncos
 Disertante: Dr. Peter Nilsson (Suecia) 
- 10:45 CONFERENCIA 2
 EL PAPEL DE LA INFLAMACIÓN EN EL
 REMODELADO VASCULAR EN HIPERTEN-
 SIÓN
 Presidente: Dr. Felipe Martínez
 Disertante: Dr. M. Fritsch T. Neves (Brasil) 

10:15 a 11:15 SALÓN PANAMERICANO SUR

CONFERENCIAS

- 10:15 CONFERENCIA 1
 DIFERENCIAS DE SEXO Y GÉNERO EN EL
 CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN
 Presidente: Dra. Mildren del Sueldo
 Disertante: Dra. Judith Zilberman
- 10:45 CONFERENCIA 2
 LA ACTUALIDAD EN HIPERTENSIÓN
 RESISTENTE
 Presidente: Dr. Martin Salazar
 Disertante: Dra. Elizabeth Muxfeldt (Brasil)

10:15 a 11:15 SALÓN RÍO AMAZONAS

CONTROVERSIAS EN EL MUNDO REAL

Controversia

Coordinación: Dr. Sebastián Obregón

- CONTROVERSIA I: DEBEMOS BAJAR LA PA A
 MENOS DE 130/80 MMHG
- 10:15 Agonista: Dra. Carol Kotliar
- 10:25 Antagonista: Dr. Ramiro Sánchez
- 10:35 Réplica Agonista
- 10:40 Réplica Antagonista
- CONTROVERSIA II: LA VARIABILIDAD ES UN
 OBJETIVO DEL TRATAMIENTO
- 10:45 Agonista: Dr. Sergio González
- 10:55 Antagonista: Dr. Agustín Ramirez
- 11:05 Réplica Agonista
- 11:10 Réplica Antagonista

08:30 a 11:15 SALÓN RÍO AMAZONAS

JORNADAS DE ENFERMERÍA EN HIPERTENSIÓN

"LO IMPORTANTE, LO VALIOSO"

Coordinación: Lic. Noemí Mazzei

- 08:30 LO PRIMARIO: La Hipertensión Arterial en el curriculum de enfermería
Lic. Norma Leiva
- 08:50 LAS NUEVAS TÉCNICAS: Desmitificando los tensiómetros automáticos.
Dra. Jessica Barochiner
- 09:10 HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES. Una dupla peligrosa.
Lic. Patricia Duette
- 09:30 HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EMBARAZO. ¿Cómo y cuándo intervenir?
Lic. Fernando Rolando

10:00 a 10:15 **INTERVALO**

- 10:15 ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL Su importancia para la Salud Pública
Lic. Darío Castro
- 10:35 CAMPAÑA "CONOCE Y CONTROLA" TU PRESIÓN ARTERIAL. Resultados 2017
Lic. Noemí Mazzei
- 10:55 INVESTIGACIÓN E HIPERTENSIÓN ARTERIAL Evidencias de Enfermería.
Lic. Susana Juani

11:15 a 11:30 **INTERVALO**

11:30 a 13:00 **SALÓN PANAMERICANO NORTE Y SUR**

ACTO DE CLAUSURA
CONFERENCIA DE CLAUSURA
"PROF. DR. BERNARDO ALBERTO HOUSSAY"
DESAFÍOS EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN; TECNOLÓGICOS, CLÍNICOS Y DE SALUD PÚBLICA

Presidente: Dra. Paula Cuffaro
Disertante: Dr. José Ramón Banegas (España)

SESIÓN 1

JUEVES 12 DE ABRIL / 09:00-10:30 HS / SALÓN RÍO COLORADO

Comentadores: Dras. Ana Puyó, Silvina Landa y Mariela Gironacci

P-01 Efectos cardiometabólicos de las dietas bajas en zinc y altas en grasas durante las diferentes etapas de la vida

Echeverría Paredes, F(1); Mendes Garrido Abregú, F(1); Saravia, M(1); Martínez Tambella, J(1); Soria, D(1); Ciancio, N(1); Magaldi, R(1); Gobetto, MN(1); Zago, V(2); Schreier, L(2); Caniffi, C(1); Elesgaray, R(1); Arranz, C(1); Tomat, A(1). (1)Cátedra de Fisiología, Facultad de Farmacia y Bioquímica FFyB-UBA, IQUIMEFA-CONICET. CABA, Argentina. (2)Laboratorio de Lípidos y Lipoproteínas, Facultad de Farmacia y Bioquímica FFyB-UBA. CABA, Argentina.

P-02 La activación del receptor GPER inhibe la hipertrofia cardiaca en modelos in vitro e in vivo

Di Mattia, RA(1); Portiansky, E(2); Aiello, EA(1); Orlowski, A(1). (1)Centro de Investigaciones Cardiovasculares CONICET-UNLP. La Plata, Argentina. (2)Laboratorio de Análisis de Imágenes, Facultad de Veterinaria, UNLP-CONICET. La Plata, Argentina.

P-03 Efecto hipotensor y antihipertensivo del extracto acuoso de *Melicoccus bijugatus* Jacq (Sapindaceae)

Paredes, A(1); Cifuentes, F(2); Lavado, A(2); Gutiérrez, C(2); Palacios, J(3); Nwokocha, C(4). (1)Laboratorio de Química Biológica, Universidad de Antofagasta. Antofagasta, Chile. (2)Laboratorio de Fisiología Experimental, Universidad de Antofagasta. Antofagasta, Chile. (3)Instituto de Etnofarmacología, Universidad Arturo Prat. Iquique, Chile. (4)Basic Medical Sciences, University of the West Indies. Mona, Jamaica.

P-04 Efecto inflamatorio renal dependiente del anión cloruro en la sobrecarga aguda de fructosa y de cloruro de sodio

Kouyoumdzian, NM(1); Cao, G(1); Pandolfo, M(2); Guezikaraian, N(3); Buks, A(3); Giardina, GL(4); Rukavina Mikusic, NL(1); Choi, MR(1); Toblli, JE(1, 4); Fernández, BE(1, 3); Rosón, M(1). (1)Instituto de Investigaciones Cardiológicas (ININCA), UBA-CONICET. CABA, Buenos Aires, Argentina. (2)Cátedra de Bioquímica Clínica, FFyB, UBA. CABA, Buenos Aires, Argentina. (3)Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación H.A. Barceló. CABA, Buenos Aires, Argentina. (4)Hospital Alemán. CABA, Buenos Aires, Argentina.

P-05 Efecto de carvedilol o losartan sobre la variabilidad de la presión arterial y su impacto sobre el daño de órgano blanco en ratas espontáneamente hipertensas

Parola, L(1); Santander Platamura, Y(1); Del Mauro, JS(1); Donato, M(2); Gelpi, R(2); Plizio, AH(1, 3); Chiappetta, DA(3, 4); Taira, CA(1, 3); Höcht, C(1). (1)Cátedra de Farmacología, Facultad de Farmacia y Bioquímica. CABA, Argentina. (2)INFICA, UBA. CABA, Argentina. (3)CONICET, CONICET. CABA, Argentina. (4)Cátedra de Tecnología Farmacéutica 1, Facultad de Farmacia y Bioquímica. CABA, Argentina.

P-06 Actividad vasorrelajante de aceite esencial de Cannabis sp

Cifuentes, F(1); Cifuentes, M(2); Gutiérrez, C(1); Lavado, A(1); Paredes, A(3); Palacios, J(4). (1)Laboratorio de Fisiología Experimental, Universidad de Antofagasta. Antofagasta, Chile. (2)Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile. (3)Laboratorio de Química Biológica, Universidad de Antofagasta. Antofagasta, Chile. (4)Instituto de Etnofarmacología, Universidad Arturo Prat. Iquique, Chile.

P-07 La terapia combinada de nebivolol más N-acetilcisteína mejora la reactividad vascular en un modelo de sobrecarga oral de fructosa

Santander Plantamura, YA(1); Parola, L(1); Boquete, C(1); Peralta, I(2); Anesini, C(2); Gorzalczy, S(1); Chiappetta, D(3); Carranza, A(4); Taira, C(1); Höcht, C(1); Polizio, A(1, 4). (1)Cátedra de Farmacología, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Universidad de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. (2)Cátedra de Farmacognosia, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Universidad de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. (3)Cátedra de Tecnología Farmacéutica, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Universidad de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. (4)Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, (CONICET).

P-08 La medición de la presión arterial y su impacto en el equilibrio simpato-vagal: análisis espectral mediante transformada Wavelets

Barbone, F(1, 2); Ribotta, MP(1); Kreig, KC(1); Galluccio, F(1, 2); Musacchio, HM(1, 2); Corazza, I(3). (1)Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe, Argentina. (2)Servicio de Medicina Interna, Hospital Provincial J. B. Iturraspe. Santa Fe, Argentina. (3)Departamento de Medicina Especializada, Diagnóstica y Experimental, Universidad de Bologna. Bologna, Italia.

SESIÓN 2

JUEVES 12 DE ABRIL / 12:15-13:45 HS / SALÓN RÍO COLORADO

Comentadores: Dres. Carolina Caniffi, Carlos Castellano y José Alfie

P-09 Capacidad miorelajante de extracto metanólico de nolana independiente de endotelio

Gutiérrez, C(1); Cifuentes, F(1); Lavado, A(1); Bravo, A(1); Paredes, A(2); Palacios, J(3); Simirgiotis, M(4); Bórquez, J(5). (1)Laboratorio de Fisiología Experimental, Universidad de Antofagasta. Antofagasta, Chile. (2)Laboratorio de Química Biológica, Universidad de Antofagasta. Antofagasta, Chile. (3)Instituto de Etnofarmacología, Universidad Arturo Prat. Iquique, Chile. (4)Instituto de Farmacia, Universidad Austral. Valdivia, Chile. (5)Laboratorio de Productos Naturales, Universidad de Antofagasta. Antofagasta, Chile.

P-10 Efecto cardioprotector del extracto acuoso de *Melicoccus bijugatus* Jacq (Sapindaceae)

Paredes, A(1); Cifuentes, F(2); Lavados, A(2); Gutiérrez, C(2); Palacios, J(3); Nwokocha, C(4). (1)Laboratorio de Química Biológica, Universidad de Antofagasta. Antofagasta, Chile. (2)Laboratorio de Fisiología Experimental, Universidad de Antofagasta. Antofagasta, Chile. (3)Instituto de Etnofarmacología, Universidad Arturo Prat. Iquique, Chile. (4)Basic Medical Sciences, University of the West Indies. Mona, Jamaica.

P-11 Hipertensión Arterial renovascular en niño que requirió nefrectomía

Bresso, P(1); Amoreo, O(1); Oviedo, G(1); Baran, M(1); Di Pietrantonio, S(1); Aran, N(1); Alberton, V(2); Perea, R(1); Leroy, D(1). (1)Nefrología y trasplante renal infantil, Hospital El Cruce. Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina. (2)Anatomía Patológica, Hospital El Cruce. Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina.

P-12 Epidemiología de Hipertensión en hemodiálisis

Bueno, D(1). (1)Nefrología -HTA, Diaverum .sede Jujuy. Jujuy, Argentina.

P-13 Relación entre los Biomarcadores Inflamatorios y la Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial en Hipertensos Resistentes

Silaid Muxfeldt, E(1); Fernandes Cortez, A(1); Souza Mares, G(1); Roussenoq Daibert, L(1); Oliveira de Carvalho Carlos, F(1). (1)Programa de Hipertensión Arterial del Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Rio de Janeiro, Brasil.

P-14 Caracterización de biotipos antropométricos y su vínculo con Hipertensión Arterial en la infancia.

Estragó Mérola, V(1); Muñoz Wolf, M(1); Zeláryan Noceti, M(1); Álvarez-Vaz, R(1). (1)Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Montevideo, Uruguay.

P-15 Impacto del uso prolongado de la presión positiva continua de vías aéreas superiores en la presión arterial de pacientes con Hipertensión Arterial resistente y Apnea Obstructiva del Sueño

de Hollanda Cavalcanti, A(1); Fernandes Cortez, A(1); Chedier, B(1); Nejm Roderjan, C(1); Dussoni Moreira dos Santos, B(1); Oliveira de Carvalho Castro, F(1); Silaid Muxfeldt, E(1). (1)Programa de Hipertensão Arterial, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ. Rio de Janeiro, Brasil.

P-16 Utilidad y correlación de marcadores de estrés oxidativo e inflamación en la Insuficiencia cardíaca crónica

Bonafede, R(1, 2); Manucha, W(2, 3). (1)Servicio de Insuficiencia Cardíaca, Hospital Central de Mendoza. Mendoza, Argentina. (2)Mendoza. (3)Área de Farmacología, Facultad de Ciencias Médicas, UN de Cuyo. Mendoza, Argentina.

SESIÓN 3

JUEVES 12 DE ABRIL / 14:00-15:30 HS / SALÓN RÍO COLORADO

Comentadores: Dres. Mariana Pérez, Juan Carlos Pereira Redondo y Augusto Vicario

P-17 Perfil de riesgo cardiovascular en una Unidad básica de salud de la familia en Río de Janeiro - Proyecto piloto del estudio LAPARC

de Oliveira, MG; da Silva, AFda; Franco, ALB; Petrúcio, C; Ribeiro, CP; Del Rio, FV; da Silva, IC; Oliveira, IMds; do Nascimento, JCR; Muxfeldt, ES. (1)Curso de Medicina Campus Arcos da Lapa, Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, Brasil.

P-18 Alteraciones precoces de trastornos hipertensivos del embarazo y predicción de preeclampsia: futuro en la hemodinamia no invasiva?

Olano, D(1, 2); Salazar, M(1, 2); Espeche, W(1, 2); Stavile, N(1, 2); Leiva, C(1, 2); Leiva, C(1, 2); De Iraola, A(1, 2); Tolosa, P(1, 2); Gómez, D(1, 2); Carbajal, H(1, 2). (1)Unidad de Enfermedades Cardiometabólicas, Hospital San Martín de La Plata. La Plata, Argentina. (2)Universidad Nacional de La Plata. La Plata, Argentina.

P-19 Uso de la Monitorización domiciliar de la presión arterial en el diagnóstico de la Hipertensión arterial en una población asistida por una Unidad básica de salud de la familia en Río de Janeiro-Proyecto piloto del estudio LAPARC

de Andrade, LZJ; dos Santos, TL; de Oliveira, MG; Forgiarini, LdR; Angelim, AIM; Santana, BRL; Taveira, BRF; Lima e Silva, CSLeS; Fernandes, ACTdC; Muxfeldt, ES. (1)Curso de Medicina Campus Arcos da Lapa, Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, Brasil.

P-20 Utilidad del análisis de onda de pulso radial en campañas preventivas de Hipertensión

Clara, F(1, 2); Blanco, G(1); Resina, C(1); Casarini, M(1); Fita, M(1); Meschino, G(2). (1)Unidad Cardiometabólica, Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias. Mar del Plata, Argentina. (2)ICYTE, UNMDP/CONICET. Mar del Plata, Argentina.

P-21 Amiloride en el tratamiento de la hipertensión arterial y proteinuria: serie de casos

Marquez Ullivarri, D. Unidad de HTA, San Bernardo. Salta, Argentina.

P-22 Asociación de la rigidez arterial y la severidad de apnea obstructiva del sueño en una cohorte de hipertensos resistentes

Nejm Roderjan, C(1); de Hollanda Cavalcanti, A(1); Fernandes Cortez, A(1); Chedier, B(1); Oliveira de Carvalho Castro, F(1); Dussoni Moreira dos Santos, B(1); Silaid Muxfeldt, E(1). (1)Programa de Hipertensão Arterial, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Rio de Janeiro, Brasil.

P-23 Pacientes obesos pediátricos: presión arterial en consultorio y MAPA

Deregiibus, M(1); Pompozzi, L(1); Steinbrun, S(1); Iturzaeta, A(2). (1)Clínica Pediátrica, Juan P Garrahan. CABA, Argentina. (2)Clínica Pediátrica, 2Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. CABA, Argentina.

P-24 Hipertensión Arterial de difícil manejo: abordaje terapéutico desde un enfoque hemodinámico

Marquez Ullivarri, D(1); Iñiguez, F(1); Lescano, L(1); Correa Salazar, C(1); Orias, M(2); Romero, CA(3). (1)Unidad de HTA, San Bernardo. Salta, Argentina. (2)Nefrología, Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina. (3)Hypertension and Vascular Research Division, Henry Ford. Detroit, USA.

SESIÓN 4

JUEVES 12 DE ABRIL / 15:45-17:15 HS / SALÓN RÍO COLORADO

PREMIO AL MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN FORMATO POSTER "DR. MIGUEL ARNOLT"

Coordinación: Dr. Joaquín Serra

Jurados: Dres. Claudio Majul, Mildren del Sueldo y Alcides Greca

P-25 La influencia del peso al nacer en la incidencia de Hipertensión Arterial depende de la exposición al consumo de sodio

Moliterno, P(1); Thijs, L(2); Raaijmakers, A(3, 4); Allegaert, K(4); Wei, F(5); Zhang, Z(6); Yang, W(7); Parnizari, P(8); Staessen, JA(9). (1)Departamento de Nutrición Clínica, Escuela de Nutrición, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. (2)Research Unit Hypertension and Cardiovascular Epidemiology, KU Leuven Dept. of Cardiovascular Science, University of Leuven. Leuven, Belgium. (3)Department of Pediatrics and Neonatology, University Hospitals Leuven. Leuven, Belgium. (4)KU Leuven Department of Development and Regeneration, University of Leuven. Leuven, Belgium. (5)Research Unit Hypertension and Cardiovascular Epidemiology, KU Leuven Dept. of Cardiovascular Science, University of Leuven. Leuven, Belgium. (6)Research Unit Hypertension and Cardiovascular Epidemiology, KU Leuven Dept. of Cardiovascular Science, University of Leuven. Leuven, Belgium. (7)Research Unit Hypertension and Cardiovascular Epidemiology, KU Leuven Dept. of Cardiovascular Science, University of Leuven. Leuven, Belgium. (8)Centro de Nefrología, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. (9)Research Unit Hypertension and Cardiovascular Epidemiology, KU Leuven Dept of Cardiovascular Science, University of Leuven. Leuven, Belgium.

P-26 Análisis bibliométrico de la producción científica argentina en Medline en el área de Hipertensión Arterial

Petehs, E(1); Espeche, W(2); Ortigosa, E(1); Parodi, R(2); Flores, R(2); Diaz, A(1). (1)Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud, ESCS UNICEN CONICET. Tandil, Argentina. (2)Grupo de trabajo en Epidemiología, Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. Argentina.

P-27 Proporción y predictores de la conversión del abstracts presentados en los congresos argentinos de Hipertensión Arterial a publicaciones indexadas con referato

Barochiner, J(1); Martínez, R(1); Choi, M(1); Espeche, W(2); Micali, RG(1); Tomat, A(1). (1)Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial, SAHA. CABA, Argentina. (2)Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial, SAHA. La Plata, Argentina.

P-28 Perfil metabólico y rigidez vascular: relaciones en pacientes normotensos de mediana edad

González, S(1); Chiabaut Svane, J(1); Kempny, P(1); Schiavone, M(1); Castellaro, C(1). (1)Centro Cardiometabólico, Servicio de Cardiología, Hospital Austral. Pilar, Argentina.

P-29 Hipertensión refractaria: prevalencia y perfil clínico en una gran cohorte de Hipertensión resistente

Chedier, B(1); de Hollanda Cavalcanti, A(1); Fernandes Cortez, A(1); Nejm Roderjan, C(1); Dussoni Moreira dos Santos, B(1); Viegas Botelho, B(1); Silaid Muxfeldt, E(1). (1)Programa de Hipertensão Arterial, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ. Rio de Janeiro, Brasil.

P-30 Presencia de publicaciones de Argentina en Medline en el área de Hipertensión Arterial

Ortigosa, E(1); Espeche, W(2); Petehs, E(1); Parodi, R(2); Flores, R(2); Diaz, A(1). (1)Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud. CONICET, ESCS UNICEN. Tandil, Argentina. (2)Grupo de Trabajo en Epidemiología, Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. Argentina.

P-31 Variables asociadas a la finalización del embarazo de alto riesgo por doppler patológico

Espeche, W(1); Salazar, M(1); Stavile, N(1); Leiva, C(1); Leiva, C(1); March, C(1); Maciel, P(1); Carreras, P(1); Gómez, D(1); Tolosa, P(1); Balbin, E(1); Carbajal, H(2). (1)Unidad de enfermedades Cardiometabólicas-Servicio de Clínica Médica, Hospital San Martín. La Plata, Argentina. (2)Facultad de Ciencias Médicas, UNLP. La Plata, Argentina.

P-32 Presión arterial y evolución luego de un Accidente Cerebrovascular en pacientes muy ancianos

Linares, G(1); Alonzo, C(1); Brescacin, L(1); Zúrru, MC(2); Guido, B(1); Baroni, MV(1); Waisman, G(1). (1)Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires. CABA, Argentina. (2)Neurología, Hospital Italiano de Buenos Aires. CABA, Argentina.

SESIÓN 5

VIERNES 13 DE ABRIL / 09:00-10:30 HS / SALÓN RÍO COLORADO

Comentadores: Dres. Alejandra Christen, Alejandro De Cerchio y Fabiana Calabria

P-33 Comparación de la función endotelial por medios de la vasodilatación mediada por flujo utilizando la velocidad de onda del pulso carótido-radial en sujetos hipertensos sin y con diabetes tipo II

Rusak, E(1); Bellido, C(1). (1)Departamento de Medicina, Hospital de Clínicas "José de San Martín". Buenos Aires, Argentina.

P-34 Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia

Bueno, D(1). (1)Diaverum sede Jujuy, Jujuy, Argentina.

P-35 Análisis de Biomarcadores Inflamatorios en Pacientes con Hipertensión Resistente

Silaid Muxfeldt, E(1); Fernandes Cortez, A(1); Roussenoq Daibert, L(1); Souza Mares, G(1); Botelho Viegas, B(1). (1)Programa de Hipertensão Arterial del Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Rio de Janeiro, Brasil.

P-36 Test Stop-Bang y escala de Epworth como herramientas para el sondeo de Apnea obstructiva del sueño en una población asistida por una Unidad básica de salud de la familia en Río de Janeiro-Proyecto piloto del estudio LAPARC

Lobão, MBCB; Junqueira e Andrade, LZ; de Oliveira, MG; Gomes, KM; Belotti, R; Barbosa, YB; Tostes, CN; de Assunção, JBP; Cabral, MAF; Muxfeldt, ES(1). (1)Curso de Medicina Campus Arcos da Lapa, Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, Brasil.

P-37 Comparación de dos formas de indexación de masa ventricular izquierda en pacientes con BMI mayor a 25

Schiavone, MA(1); Gonzalez, S(1); Ayerdi, L(2); Kempny, P(3); Chiavaut Svane, J(3); Failo, M(2); Castellaro, C(3). (1)Unidad Cardiometabólica, Hospital Universitario Austral. Martínez, Argentina. (2)Cardiología, Hospital Universitario Austral. Pilar, Argentina. (3)Unidad Cardiometabólica, Hospital Universitario Austral. Pilar, Argentina.

P-38 Cambios de la presión arterial durante el ortostatismo y sus perfiles hemodinámicos característicos en pacientes en diálisis

Schiavone, M(1); Castellaro, C(2); Naián, ME(3); Magenta, M(3); Laham, G(3); Calegari, C(3); Díaz, C(3); Speranzoni, F(2); Montagnana, JM(2); Pereira Redondo, JC(2). (1)Unidad Cardiometabólica, Hospital Universitario Austral. Pilar, Argentina. (2)Hipertensión Arterial, CEMIC. CABA, Argentina. (3)Unidad Renal, CEMIC. CABA, Argentina.

P-40 Utilidad del test del reloj como screening cognitivo en pacientes con Hipertensión Arterial

Conti, P(1, 2); Forcada, P(1); De Cerchio, A(1, 3); Llorens, M(4, 5); Spósito, P(4, 5); Del Sueldo, M(1, 6); Morales, M(1, 7); Pérez, MA(1, 7); Waisman, G(1, 7); Cerezo, GH(1, 8); Vicario, A(1, 8). (1)Red Federal Corazón-Cerebro. CABA, Argentina. (2)Clínica Médica, Hospital Italiano. San Justo, Argentina. (3)Servicio de Hipertensión Arterial, Hospital Juana Cabral. Corrientes, Argentina. (4)Red Federal Corazón-Cerebro. Montevideo, Uruguay. (5)Servicio de Hipertensión Arterial, Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay. (6)Cardiología, Clínica de Especialidades. Villa María, Argentina. (7)Clínica Médica, Hospital Italiano. CABA, Argentina. (8)Unidad Corazón-Cerebro, Instituto Cardiovascular de Buenos Aires. CABA, Argentina.

SESIÓN 6

VIERNES 13 DE ABRIL / 12:15-13:45 HS / SALÓN RÍO COLORADO

PREMIO AL MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN BÁSICA EN FORMATO PÓSTER "DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES COSTA"

Coordinación: Dr. Nicolás Renna

Jurados: Dres. José Boggia, Silvia García y Dra. Ana María Balaszczuk

P-41 El losartán previene la alteración en la liberación de prostanooides vasculares producida por una dieta alta en grasa en la rata

Lee, HJ(1, 2); Cantú, SM(1, 2); Álvarez Primo, M(1, 2); Donoso, AS(1, 2); Choi, MR(1, 2, 3); Peredo, HA(1, 2); Puyó, AM(1, 2). (1)Cátedra de Anatomía e Histología, Facultad de Farmacia y Bioquímica. Universidad de Buenos Aires. CABA, Argentina. (2)INFIBIOC, Facultad de Farmacia y Bioquímica. Universidad de Buenos Aires. CABA, Argentina. (3)ININCA, Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. CABA, Argentina.

P-42 Desarrollo de andamios nanoparticulados para mejorar el perfil farmacocinético de principios activos antihipertensivos

Martín Giménez, VM; Kassaia, DE; Manucha, W. Área de Farmacología. Facultad de ciencias Médicas. UN de Cuyo, Mendoza. Argentina.

P-43 La activación selectiva del receptor de estrógenos acoplado a proteína G (GPER) disminuye la contractilidad cardíaca a través de la inhibición del canal de calcio tipo L (IC_L).

Díaz Zegarra, LA(1); Espejo, MS(1); Ibáñez, AM(1); De Giusti, VC(1); Aiello, EA(1). (1)Centro de Investigaciones Cardiovasculares "Horacio E. Cingolani", Facultad de Ciencias Médicas. La Plata, Argentina

P-44 Interacción entre los receptores Mas de angiotensina-(1-7) y MrgD de almandina, receptores involucrados en respuestas antihipertensivas

Silva, MG(1); Grecco, H(2); Mazitelli, L(1); Gironacci, MM(1). (1)Dpto. Química Biológica, IQUIFIB-CONICET, Facultad de Farmacia y Bioquímica, UBA. CABA, Argentina. (2)Dpto. Física, Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, UBA. CABA, Argentina.

P-45 Remodelamiento miocárdico durante el ejercicio voluntario: rol del cotransportador Na⁺/HCO₃ electrogénico

Medina, A(1); Díaz Zegarra, L(1); Ibáñez, A(1); Blanco, P(2); Portiansky, EL(3); de Giusti, V(1); Aiello, A(1); Yeves, A(1); Ennis, I(1). (1)Centro de Investigaciones Cardiovasculares. La Plata, Argentina. (2)Servicio de Cardiología, Hospital Escuela-Facultad de Cs Veterinarias UNLP. La Plata, Argentina. (3)Servicio de Procesamiento y Análisis de Imágenes, Facultad de Cs. Veterinarias UNLP. La Plata, Argentina.

P-46 Efecto de la insulina exógena sobre el tono basal arterial en ratas hipertensas por síndrome metabólico inducido por dieta de cafetería

Alberstein A, Joo Turoni C; Maraño R; Sánchez R; Juncos L; Peral de Bruno M. Depto. Biomédico - Or Fisiología, Facultad de Medicina - UNT; INSIBO -CONICET - Tucumán.

P-47 Efecto vasodilatador del extracto hidroalcohólico del fruto de la especie Berberis sp

Lavado, A(1); Güiza, J(1); Barriá, I(1); Gutiérrez, C(1); Vega, JL(1); Cifuentes, F(1); Paredes, A(2); Palacios, J(3). (1)Laboratorio de Fisiología Experimental, Universidad de Antofagasta. Antofagasta, Chile. (2)Laboratorio de Química Biológica, Universidad de Antofagasta. Antofagasta, Chile. (3)Instituto de Etnofarmacología, Universidad Arturo Prat. Iquique, Chile.

P-48 Modificaciones Cardiovasculares en ratas ovariectomizadas: El rol del intercambiador sodio/protón (NHE) y el Cotransportador Sodio/bicarbonato (NBC)

Ibáñez, AM(1); Espejo, MS(1); González Arbeláez, L(1); Mosca, S; Zavala, M(1); Villa-Abrille, C(1); De Giusti, VC(1); Aiello, EA(1). (1)Facultad de Medicina, Centro de Investigaciones Cardiovasculares. La Plata, Argentina

SESIÓN 7

VIERNES 13 DE ABRIL / 14:00-15:30 HS / SALÓN RÍO COLORADO

Comentadores: Dres. Daniela Cianfagna, Ricardo Plunkett y Diego Stisman

P-49 Cronoterapia y patrón non-dipper de Hipertensión Arterial

De León, L(1); Spósito, P(1); Rey, R(1); Sacchi, F(1). (1)Clínica Médica 3, Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay.

P-50 Prevalencia de la Hipertensión Arterial según los criterios tradicionales y por la nueva directriz estadounidense en una población asistida por una Unidad básica de salud de la familia en Río de Janeiro-Proyecto piloto del Estudio LAPARC

dos Santos, TL; Alves, SR; da Silva, AfD; Lizarralde, MA; de Freitas, NC; Costa, RMM; Silva, RdA; Oliveira, Rdj; Campos, TOS; Muxfeldt, ES(1). (1)Curso de Medicina Campus Arcos da Lapa, Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, Brasil.

P-51 Factores de riesgo cardiovascular en alumnos de primer año de la Cátedra de enfermería comunitaria. 2016

Cevila, FR; Farhat, NV; Gainza, GI; Romero, NB. Universidad Nacional de Tucumán.

P-52 Características del control y tratamiento en una policlínica de Hipertensión Arterial de un prestador público, en el sistema nacional integrado de salud, Uruguay

Toledo, V(1); Spósito, P(1); Tabares, F(1); Taborda, A(1); Comotto, A(1); Llorens, M(1). (1)Medicina interna, Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay.

P-53 RETAFA SAN LUIS Efecto de la intervención del fármaco en sujetos con registros elevados de presión arterial

Vissani, SG(1, 2); De Pratti, M(3); Arnaudo, C(2, 4); Arce, S. (1)Cardiología, CENYR. San Luis, Argentina. (2)SAN LUIS. (3)Dirección Médica, Laboratorio ELEA. CABA, Argentina. (4)Farmacéutica, CFSL. SAN LUIS, Argentina.

P-54 Determinantes Sociales del Control de la Presión Arterial en Córdoba, Argentina

Zanuzzi, M(1, 2); Cornavaca, M(1, 2); Garzon, ME(1, 2); Bernabeu, F(1, 2); Romero, CA(1, 2). (1)Servicio de Clínica Médica, Hospital Privado Universitario. Córdoba, Argentina. (2)Cátedra de Medicina I, Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de Córdoba. Córdoba, Argentina.

P-55 Prevalencia de Hipertensión Arterial y su relación con los componentes de la escala de Graffar

Galluccio, F(1); Díaz Parodi, G(1); Bacca, E(1); Barbone, F(1); Musacchio, HM(1). (1)Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe, Argentina.

P-56 Adherencia al tratamiento en Hipertensión Arterial en el primer nivel de atención

Guerrero Molina, MS(1); Garbero, I(1). (1)Sistema Provincial de Salud. Tucumán, Argentina.

SESIÓN 8

VIERNES 13 DE ABRIL / 15:45-17:15 HS / SALÓN RÍO COLORADO

Comentadores: Dres. Roberto Parodi, Gustavo Staffieri, Luis Pompozzi

P-57 La Hipertensión Arterial: importancia de evaluar los factores de riesgo

Bueno, D(1). (1)Diaverum sede Jujuy, Jujuy, Argentina.

P-58 Utilidad del Monitoreo domiciliario en la pesquisa de hipotensión en ancianos hipertensos tratados

Barochiner, J(1); Marín, MJ(1); Alfie, J(1); Aparicio, LS(1); Morales, MS(1); Martínez, R(1); Cuffaro, PE(1); Galarza, CR(1); Rada, MA(1); Waisman, GD(1). (1)Sección Hipertensión Arterial, Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires. CABA, Argentina.

P-59 Estilos de vida y control de la presión arterial

Bueno, D(1). (1)Diaverum sede Jujuy, Jujuy, Argentina.

P-60 Hipertensión arterial en el centro diurno de adultos mayores "Virgen del Valle" de la ciudad de Santiago del Estero, Argentina

Flores, RA(1). (1)Consultorios Externos Clínica Médica, Dr. Ramón Carrillo. Santiago del Estero, Argentina.

P-61 Hipertensión arterial: evaluación de factores de riesgo modificables en la salud de la familia

Bueno, D(1). (1)Diaverum sede Jujuy, Jujuy, Argentina.

P-62 No todo es enalapril

Trionfi, R(1); Basualdo, F(1); Astesiano, A(1); Renna, N(1); Torres, MJ(1); Sánchez, S(2). (1)Cardiología, Hospital Español. Mendoza, Argentina. (2)Clínica Médica, Hospital Dr. Ramón Carrillo. Mendoza, Argentina.

P-63 Higher urinary sodium excretion is associated with endothelial dysfunction and correlated with arterial stiffness in hypertensive patients

Cunha, MR(1); Cunha, AR(1); Marques, BC(1); d'El-Rei, J(1); Gismondi, R(2); Menezes, VP(1); Mattos, S(1); Oigman, W(1); Neves, MF(1). (1)Department of Clinical Medicine, State University of Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil (2)Department of Clinical Medicine, Federal Fluminense University. Niterói, Brasil.

P-64 Acute effects of dietary nitrate on non-invasive central hemodynamic parameters in hypertensive patients

Mattos, S(1); Cunha, MR(1); Cunha, AR(1); d'El-Rei, J(1); Marques, BC(1); Menezes, VP(1); Oigman, W(1); Neves, MF(1); Medeiros, F(2). (1)Department of Medical Clinic, State University of Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil (2)Department of Nutrition, Federal University of the State of Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

BISOPIL® 2.5 - 5 - 10 mg: comprimidos recubiertos. Venta bajo receta. **COMPOSICIÓN:** Cada comprimido contiene bisoprolol fumarato 2.5 mg, 5 mg y 10 mg respectivamente y excipientes c.s. **ACCION TERAPEUTICA:** Agente beta-bloqueante, selectivo. **INDICACIONES:** Hipertensión, Angina de pecho. Tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica estable, con función ventricular sistólica izquierda reducida junto con inhibidores de la ECA y diuréticos, y opcionalmente, con digitálicos. **POSOLOGIA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN:** Hipertensión/Angina de pecho: Adultos: Se recomienda iniciar el tratamiento con 5 mg al día. La dosis habitual es de 10 mg una vez al día con una dosis máxima recomendada de 20 mg al día. Niños: edad recomendada para el tratamiento con bisoprolol fumarato en insuficiencia cardiaca crónica estable es de 10 años. Pacientes con trastornos funcionales hepáticos renales leves a moderados, normalmente, no es necesario ajustar la dosis de medicación. En pacientes con insuficiencia cardiaca grave (aclaramiento de creatinina < 20 ml/min) y en pacientes con insuficiencia hepática grave, la dosis no debe exceder de 10 mg una vez al día. Interrupción del tratamiento: El tratamiento con bisoprolol debe ser iniciado con un aumento gradual de la dosis de acuerdo con los siguientes pasos: 1.25 mg una vez al día durante una semana, si es bien tolerado aumentar a 2.5 mg una vez al día durante una semana más, si es bien tolerado aumentar a 3.75 mg una vez al día durante una semana más, si es bien tolerado aumentar a 5 mg una vez al día durante 4 semanas, si es bien tolerado aumentar a 7.5 mg una vez al día durante 4 semanas, si es bien tolerado aumentar a 10 mg una vez al día para la terapia de mantenimiento. La dosis máxima recomendada es una vez al día. Se debe comenzar el tratamiento con bisoprolol fumarato en insuficiencia cardiaca, presión arterial, de los síntomas de empeoramiento de la insuficiencia cardiaca durante la fase de ajuste de la dosis. Modificación del tratamiento: Si la dosis máxima recomendada no se logra bien, se puede considerar una disminución gradual de la dosis. En casos de empeoramiento pasajero de la insuficiencia cardiaca, hipotensión o bradicardia, se recomienda una reconsideración de la dosificación de la medicación concomitante. También puede ser necesario disminuir temporalmente la dosis de bisoprolol o considerar su interrupción. La reintroducción y/o el ajuste de dosis de bisoprolol se debe tener en cuenta siempre y cuando el paciente esté de nuevo estable. **CONTRAINDICACIONES:** Bisoprolol está contraindicado en: hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes, insuficiencia cardiaca aguda o durante los episodios de descompensación de la insuficiencia cardiaca que requieran de tratamiento inotrópico i.v., shock cardiogénico, bloqueo AV de segundo o tercer grado, marcados síndrome del nodo sinusal, bloqueo auriculoventricular, bradicardia, hipotensión, asma bronquial grave, enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave, formas graves de oclusión arterial periférica avanzada, formas graves de síndrome de Raynaud, combinaciones con floctafena y sulpotrida, feocromocitoma no tratado, acidosis metabólica. **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES:** El tratamiento con bisoprolol de la insuficiencia cardiaca crónica estable debe iniciarse con una fase de ajuste de dosis. La interrupción del tratamiento con bisoprolol no debe hacerse bruscamente a menos que esté claramente indicado, especialmente en pacientes con enfermedad cardiaca isquémica, ya que ello podría llevar a un empeoramiento transitorio del estado cardiaco. El inicio del tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica estable con bisoprolol precisa de una monitorización regular. Si se intermite bruscamente el tratamiento, existe riesgo de infarto de miocardio y muerte súbita en pacientes con cardiopatía isquémica. Bisoprolol debe utilizarse con precaución en pacientes con: hipertensión o angina de pecho acompañada de fallo cardiaco, broncoespasmo (asma bronquial, enfermedades respiratorias obstructivas). En el asma bronquial o en otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas que puedan causar síntomas, deben administrarse broncodilatadores en forma concomitante. Ocasionalmente, puede producirse un incremento de la resistencia en las vías respiratorias en pacientes con asma, por lo que la dosis de los agonistas beta-2 puede tener que aumentarse, diabetes mellitus con amplias fluctuaciones de la glucemia, ya que pueden enmascararse los síntomas de la hipoglucemia (p. ej., taquicardia, palpitaciones o sudoración), ayuno prolongado, tratamientos de desensibilización en curso. Como otros beta-bloqueantes, bisoprolol puede aumentar tanto la sensibilidad frente a los alérgenos como la gravedad de las reacciones anafilácticas. El tratamiento con adrenalina no siempre da el resultado terapéutico esperado, bloqueo AV de primer grado, angina de pecho, trastornos oculares, enfermedad arterial periférica oclusiva (las molestias pueden ser agravadas, especialmente al inicio de tratamiento), anestesia general. En pacientes sometidos a anestesia general, los beta-bloqueantes reducen la incidencia de arritmias e isquemia miocárdica durante la inducción anestésica, la intubación y el periodo post-operatorio. Actualmente, se recomienda mantener el tratamiento con beta-bloqueantes durante el periodo perioperatorio. El anestesiista debe estar debidamente informado del tratamiento con beta-bloqueantes debido a la posibilidad de interacción con otros medicamentos que pudiera producir bradiarritmias, disminución de la taquicardia refleja y disminución de la capacidad para compensar pérdidas de sangre. Si se considera necesario suspender el tratamiento beta-bloqueante antes de la cirugía, se realizará de forma gradual y completa antes de las 48 horas previas a la anestesia. En pacientes con psoriasis o con antecedentes de psoriasis, la administración de beta-bloqueantes (p. ej., bisoprolol) puede agravar los síntomas de la enfermedad. Se debe evaluar a los dermatólogos de las molestias que puedan aparecer, especialmente al inicio de haber instaurado previamente el tratamiento alfa-bloqueante. Durante el tratamiento con bisoprolol, los síntomas de una tirotoxicosis pueden quedar enmascarados. **REACCIONES ADVERSAS:** Trastornos cardiacos: Frecuentes: bradicardia en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica, empeoramiento de la insuficiencia cardiaca en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica. Ocasionales: alteraciones de la conducción AV, empeoramiento de la insuficiencia cardiaca (en pacientes con angina de pecho o hipertensión), bradicardia (en pacientes con angina de pecho o hipertensión). Raras: dolor de pecho. Trastornos vasculares: Frecuentes: sensación de frío o entumecimiento en las extremidades, hipotensión. Ocasionales: hipotensión ortostática. Trastornos psiquiátricos: Ocasionales: alteraciones del sueño, depresión. Raras: pesadillas, alucinaciones. Trastornos del sistema nervioso: Frecuentes: mareos, cefaleas, fatiga, desmayo. Trastornos oculares: Raras: disminución de la producción de lágrimas (a tener en cuenta si el paciente utiliza lentes de contacto) conjuntivitis. Trastornos del oído y del laberinto: Raras: deterioro de la audición. Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos: Ocasionales: broncoespasmo en pacientes con asma bronquial o historia de obstrucción de vías aéreas. Raras: rinitis alérgica. Trastornos gastrointestinales: Frecuentes: molestias gastrointestinales como náuseas, vómitos, diarrea, y estreñimiento. Trastornos hepatobiliares: Raras: hepatitis. Trastornos de la piel y tejido subcutáneo: Raras: reacciones de hipersensibilidad (prurito, rubefacción, erupción cutánea), los beta-bloqueantes pueden causar o empeorar la psoriasis o inducir reacciones similares a la psoriasis, alopecia. Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo: Ocasionalmente: debilidad muscular y calambres. Trastornos del aparato reproductor y de la mama: Raras: trastornos de la potencia sexual. Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración: Frecuentes: fatiga. Ocasionales: astenia (en pacientes con angina de pecho o hipertensión). Exploraciones complementarias: Raras: aumento de triglicéridos, aumento de enzimas hepáticas (ALAT, ASAT). Ante la presencia de eventos adversos agradeceremos comunicarse telefónicamente al 0800-220-2273 (CARE) o por mail a farmacovigilancia@gador.com. **PRESENTACIONES:** BISOPIL® 2.5, 5 y 10mg: envases conteniendo 30 comprimidos. GADOR S.A. Darwin 429 - C1414CUI - Buenos Aires - Tel: (011) 4858-9000. Para mayor información, leer el prospecto completo del producto o consultar en www.gador.com.ar. Fecha de última revisión ANMAT: Nov-2016

GADOCOR® 5 - 10: comprimidos. Venta bajo receta. **COMPOSICIÓN:** Cada comprimido contiene nebivolol clorhidrato 5 mg y 10 mg respectivamente y excipientes c.s. **ACCION TERAPEUTICA:** Agente beta-bloqueante, selectivo. **INDICACIONES:** Hipertensión, insuficiencia cardiaca crónica estable. **POSOLOGIA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN:** Hipertensión: Adulto: La dosis es de un comprimido (5 mg) al día, preferentemente a la misma hora del día y puede ser tomado durante las comidas. El efecto de descenso de la presión arterial se hace evidente después de 1-2 semanas de tratamiento y en algunos casos, se alcanza el efecto óptimo tras 4 semanas de tratamiento. Combinación con otros agentes antihipertensivos: Los beta-bloqueantes pueden utilizarse solos o en combinación con otros agentes antihipertensivos, observándose hasta la fecha un efecto antihipertensivo adicional sólo combinando nebivolol 5 mg con hidroclorotiazida 12.5 - 25 mg. Insuficiencia cardiaca crónica: El tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica estable, sin insuficiencia aguda durante las últimas 6 semanas, debe iniciarse con un aumento gradual de la dosis hasta alcanzar la dosis óptima e individual de mantenimiento. La dosis de otros medicamentos cardiovasculares, incluyendo diuréticos y/o digoxina y/o IECAs y/o antagonistas de la angiotensina II, debe quedar establecida durante las 2 semanas previas al inicio del tratamiento con Gadacor®. Según la tolerabilidad del paciente, el ajuste de la dosis inicial debe realizarse a intervalos semanales o bimensuales de la siguiente manera: Iniciar con 1.25 mg de nebivolol, incrementando a 2.5 mg de nebivolol una vez al día, continuando con 5 mg una vez al día y finalmente 10 mg una vez al día, siendo esta última la dosis máxima recomendada. Tanto el inicio de tratamiento como cada ajuste de dosis deberán ser supervisados por un médico experimentado, al menos 2 horas, para asegurar que el estado clínico (la frecuencia cardiaca, presión sanguínea, alteraciones de la conducción, signos de empeoramiento de la insuficiencia cardiaca) permanece estable. La aparición de ciertos acontecimientos adversos en los pacientes puede impedir que éstos reciban la dosis máxima recomendada. De ser necesario, la dosis alcanzada también puede disminuirse paso a paso y reintroducirse más tarde, en forma de dosis de mantenimiento. No se recomienda la interrupción brusca de la dosis de nebivolol (a tener en cuenta si el paciente utiliza lentes de contacto). La dosis de nebivolol en estos pacientes no está recomendada. En pacientes que reciben tratamiento para la hipertensión con insuficiencia renal, la dosis inicial recomendada es 2.5 mg al día. De ser necesario, la dosis puede aumentarse a 5 mg. Pacientes con insuficiencia hepática: Los datos en pacientes con insuficiencia hepática son limitados. Por lo tanto, el uso de Gadacor® en estos pacientes está contraindicado. Ancianos: No se requiere ajuste de dosis en pacientes tratados por insuficiencia cardiaca, ya que la titulación hasta la dosis máxima tolerada se ajustará individualmente en cada paciente. En pacientes mayores de 65 años y que reciben tratamiento para hipertensión, la dosis inicial recomendada es de 2.5 mg al día. De ser necesario se puede incrementar la dosis a 5 mg. En mayores de 75 años, dada la limitada experiencia en estos pacientes, se debe administrar con precaución y monitorización. Precauciones: No se han realizado estudios en niños. Por lo tanto, no se recomienda el uso de Gadacor® en niños. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad al principio activo o a cualquiera de los compuestos del producto. Shock cardiogénico, insuficiencia cardiaca aguda o episodios de descompensación de la insuficiencia cardiaca que requieran tratamiento intravenoso con inotrópicos. Insuficiencia hepática o función hepática alterada. Como sucede con otros beta-bloqueantes, Gadacor® está contraindicado en: Enfermedad del nodo sinusal, incluyendo bloqueo sinoauricular, bloqueo cardiaco de segundo y tercer grado (sin marcapasos), Bradicardia (frecuencia cardiaca inferior a 60 latidos/minuto previo al inicio de la terapia). Hipotensión (presión arterial sistólica < 90 mmHg). Alteraciones graves de la circulación periférica. Antecedentes de asma bronquial, broncoespasmo, feocromocitoma no tratado. Acidosis metabólica. **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES:** Las advertencias y precauciones, que se detallan a continuación, son aplicables a los beta-bloqueantes en general. Antes de interrumpir el bloqueo beta-bloqueante debe iniciarse la preparación de la dosis de discontinuar el antagonista beta-adrenérgico al menos 24 horas antes. Ciertos anestésicos causan depresión miocárdica, por lo que se deberá tener especial precaución. Frente a reacciones vagas, se puede proteger al paciente, mediante la administración intravenosa de atropina. Cardiovasculares: Los Beta-bloqueantes no deben utilizarse en pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) no tratada, a menos que estén estabilizados. El inicio del tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica con nebivolol requiere una monitorización regular y la interrupción del tratamiento no debe realizarse bruscamente a menos que esté claramente indicado. El tratamiento con antagonistas beta-adrenérgicos en pacientes con cardiopatía isquémica, debe ser discontinuado gradualmente, p. ej. en 1-2 semanas. En el caso de ser necesario, el tratamiento de reemplazo debe iniciarse concomitantemente para prevenir la exacerbación de la angina de pecho. Se debe tener la dosis de los beta-bloqueantes si el pulso desciende por debajo de 50 - 55 latidos/minuto en reposo y/o el paciente experimenta síntomas que sugieren una bradicardia, ya que éstos pueden inducir bradicardia. Emplear con precaución debido: al efecto negativo de los betabloqueantes en el tiempo de conducción, en pacientes con bloqueo cardiaco de primer grado; a vasoconstricción arterial coronaria mediada por el receptor alfa, en pacientes con angina de Prinzmetal; los beta-bloqueantes pueden incrementar el número y la duración de los ataques de angina; a un agravamiento de las alteraciones de la circulación periférica, en pacientes con síndrome o enfermedad de Raynaud, claudicación intermitente. Metabolismo/Endocrinas: Gadacor® no afecta los niveles de glucosa en pacientes diabéticos, aunque se debe tener precaución en estos pacientes. Ocasionalmente, el uso de nebivolol puede enmascarar ciertos síntomas de hipoglucemia (taquicardia, palpitaciones). En los pacientes con hipertiroidismo, los beta-bloqueantes pueden enmascarar los síntomas de taquicardia y la interrupción brusca de la medicación puede aumentar la sintomatología. Respiratorias: Los antagonistas beta-adrenérgicos deben utilizarse con precaución en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ya que pueden incrementar la broncoconstricción. Otras precauciones: Este medicamento contiene lactosa. No deben tomar este medicamento los pacientes con intolerancia hereditaria a galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp o problemas de absorción de glucosa o galactosa. Los antagonistas beta-adrenérgicos pueden incrementar la sensibilidad frente a alérgenos y la gravedad de las reacciones anafilácticas. Sólo después de un estudio minucioso los pacientes con psoriasis podrán tomar beta-bloqueantes. **REACCIONES ADVERSAS:** Las reacciones adversas, que figuran a continuación, se numeran según su frecuencia en los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica estable. Hipertensión: Frecuentes: vómitos, diarrea. Insuficiencia cardiaca: Frecuentes: (≥ 1/100) ocasionales (≥ 1/1,000 a ≤ 1/100) y desconocidas. Trastornos psiquiátricos: Ocasionales: pesadillas, depresión. Trastornos del sistema nervioso: Frecuentes: vértigo, cefalea, parestesia. Raras: síncope. Desconocidas: confusión, alucinaciones, psicosis. Trastornos oculares: Ocasionales: visión alterada. Desconocidas: sequedad de ojos y toxicidad oculo-mucocutánea de tipo proctolol. Trastornos cardiacos: Ocasionales: bradicardia, insuficiencia cardiaca, entumecimiento de la conducción AV/bloqueo AV. Trastornos vasculares: Ocasionales: hipotensión, claudicación intermitente. Desconocidas: extremidades frías/cianóticas, fenómeno de Raynaud. Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos: Frecuentes: broncoespasmo, broncoespasmo, feocromocitoma no tratado. Acidosis metabólica. Trastornos gastrointestinales: Frecuentes: náuseas, diarrea. Ocasionalmente: vómitos, distensión abdominal. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: Ocasionalmente: prurito, rash pruriginoso. Raras: agravamiento de la psoriasis. Trastornos del aparato reproductor y de la mama: Ocasionalmente: impotencia. Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración: Frecuentes: edema, cansancio. Trastornos del sistema inmunitario: Desconocida: edema angioneurótico e hipersensibilidad. Insuficiencia cardiaca crónica: Las reacciones adversas más frecuentes con nebivolol fueron bradicardia y mareo. Otras descritas, posiblemente relacionadas con nebivolol, son empeoramiento de la insuficiencia cardiaca, hipotensión postural, bloqueo auriculoventricular de primer grado y edema de las extremidades inferiores. Ante la presencia de eventos adversos agradeceremos comunicarse telefónicamente al 0800-220-2273 (CARE) o por mail a farmacovigilancia@gador.com. **PRESENTACIONES:** GADOCOR® 5 y 10: estuches conteniendo 30 comprimidos. GADOR S.A. Darwin 429 - C1414CUI - Buenos Aires - Tel: (011) 4858-9000. Para mayor información, leer el prospecto completo del producto o consultar en www.gador.com.ar. Fecha de última revisión ANMAT: Ago-2015

PAXON® 50-100 mg: comprimidos recubiertos. Venta bajo receta. **COMPOSICIÓN:** Cada comprimido contiene losartán potásico 50 mg y 100 mg respectivamente y excipientes c.s. **ACCION TERAPEUTICA:** Antagonista selectivo del receptor de la angiotensina II. Antihipertensivo. Vasodilatador. **INDICACIONES:** Hipertensión arterial e insuficiencia cardiaca. Hipertensión arterial: losartán ha demostrado disminuir el riesgo combinado de morbimortalidad cardiovascular en pacientes hipertensos con hipertrofia ventricular izquierda. Insuficiencia cardiaca: losartán está indicado en pacientes con insuficiencia cardiaca en el caso que el tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) no se considere adecuado. **POSOLOGIA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN:** Hipertensión: La dosificación inicial y de mantenimiento usual para la mayoría de los pacientes es de 50 mg una vez al día. Algunos pacientes pueden requerir dosis de 100 mg una vez al día. El efecto antihipertensivo máximo se alcanza tres a seis semanas después de iniciar el tratamiento. En los pacientes que tienen disminuido el volumen intravascular (por ej. los tratados con dosis altas de diuréticos) se debe considerar una dosificación inicial de 25 mg una vez al día. No es necesario hacer ningún ajuste inicial de la dosificación en los pacientes de edad avanzada o con deterioro renal, incluyendo los que se encuentran en diálisis. Se debe considerar una dosificación inicial más baja en los pacientes con antecedentes de deterioro hepático. PAXON® puede administrarse en combinación con otros antihipertensivos. Insuficiencia cardiaca: La dosis inicial de PAXON® en pacientes con insuficiencia cardiaca es de 12.5 mg una vez al día. La dosis debe titularse a intervalos semanales duplicando la dosis en base a la respuesta y tolerabilidad hasta alcanzar la dosis habitual de mantenimiento de 50 mg una vez al día. PAXON® puede administrarse con o sin alimentos. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes, segundo y tercer trimestre de embarazo, insuficiencia hepática grave. El uso concomitante de PAXON® con medicamentos con aliskiren está contraindicado en pacientes con diabetes mellitus o insuficiencia renal (TFG < 60 ml/min/1.73 m²). **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES:** Hipersensibilidad: Angioedema. Se debe realizar un cuidadoso seguimiento de aquellos pacientes con antecedentes de angioedema (hinchazón de la cara, labios, garganta y/o lengua). Losartán puede afectar al sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente. Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del sistema renina-angiotensina-aldosterona, tales como aquellos con insuficiencia cardiaca grave o con disfunción renal preexistente). Al igual que con otros medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona, también se ha observado un aumento de los niveles séricos de potasio, suplementos de potasio y sustitutos de la sal que contengan potasio. Insuficiencia hepática: Teniendo en cuenta los datos farmacocinéticos que muestran un aumento importante de las concentraciones plasmáticas de losartán en pacientes cirróticos, debe considerarse el uso de una dosis menor en pacientes con historia de insuficiencia hepática. No existe experiencia terapéutica con losartán en pacientes con insuficiencia hepática grave. Por tanto, no se debe administrar losartán a pacientes con insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal: Como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina, se han notificado casos de alteraciones en la función renal, incluida insuficiencia renal (en particular, en pacientes cuya función renal es dependiente del

Gadocor®

Nebivolol 5 - 10 mg

SELECTIVO Y VASODILATADOR¹



- Brinda un **eficaz control** de la presión arterial en el **paciente hipertenso²**
- Permite ser utilizado con **seguridad** en **pacientes diabéticos o con síndrome metabólico³**
- Preserva la función eréctil⁴**
- Está **indicado** en **pacientes con EPOC⁵**
- No interfiere** en el desarrollo de la **actividad física** del paciente⁶

Gadocor® permite que cada parte contenga la dosis correspondiente debido al diseño de sus comprimidos birranurados de 5 mg



PRESENTACIONES:
5 mg x 30 comprimidos birranurados
10 mg x 30 comprimidos ranurados



Gador 
Al Cuidado de la Vida

Para más información sobre GADOCOR® visite www.gador.com.ar

1. Cheng AN, Nebivolol: a third-generation beta-blocker for hypertension. Clin Ther 2008;31:447-62. 2. Weiss RJ, Saunders E, Greenhouse M. Efficacy and tolerability of nebivolol in stage II hypertension: a pooled analysis of data from three randomized, placebo-controlled monotherapy trials. Clin Ther 2011; 33: 1150-1161. 3. Agabelli Rossi E, Fozzani D. Metabolic profile of nebivolol, a beta-adrenergic antagonist with unique characteristics. Drugs 2007;67(6):1020-07. 4. Marzolla A et al. Antihypertensive Treatment and Sexual Dysfunction. Curr Hypertens Res 2012; 14:225-231. 5. Morinac C, Brasseur T. The use of beta blocker Nebivolol in patients with chronic obstructive pulmonary disease in association with arterial hypertension. Rev Med Clin Soc Med Ven Bol. 2012 Jan-Mar;116(1):316-21. 6. Patrinoakos AP, Porthmann JG, et al. Effects of Nebivolol on left ventricular function and exercise capacity in patients with rheumatic aortic aortomyopathy. A randomized placebo-controlled study. Hellas J Cardiol. 2005 May-Jun;46(3):189-97.

NUEVO

Bisopil®

Bisoprolol 2,5 - 5 - 10 mg

CARDIOSELECTIVO DE AMPLIA COBERTURA¹



Posee **alta selectividad** por los receptores β_1 ²



Disminuye la presión arterial de manera rápida y eficaz³



Está indicado en **pacientes diabéticos compensados y/o con dislipemias**^{4,5,6}



Reduce las hospitalizaciones por agravamiento de IC¹

1 TOMA DIARIA



Presentaciones: 2,5 - 5 - 10 mg x 30 comprimidos

MOLÉCULA APROBADA POR EMA Y FDA



Para más información sobre BISOPIL® visite www.gador.com.ar



¹ CIBIS-III Investigators and Committees. The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study (CIBIS-III): a randomised trial. Lancet 1999; 353: 9-13. 2. Zhou WJ, Wang RY, Li Y, et al. A randomized controlled study on the effects of bisoprolol and atenolol on sympathetic nervous activity and central aortic pressure in patients with essential hypertension. PLoS One. 2013 Sep 10;8(9):e72102. 3. Krämer B, Balser J, Stubbig K, Krämer G, Kübler W. Comparison of bisoprolol with other beta-adrenoreceptor blocking drugs. J Cardiovasc Pharmacol. 1986;8 Suppl 11:546-52. 4. Janika HU, Ziegler AG, Ditzelhoff G, Mehnert H. Influence of bisoprolol on blood glucose, glucosuria, and haemoglobin A1c in noninsulin-dependent diabetics. J Cardiovasc Pharmacol. 1986;8 Suppl 11:596-9. 5. Owada A, Suda S, Hata T, Miyake S. The effects of bisoprolol, a selective beta1-blocker, on glucose metabolism by long-term administration in essential hypertension. Clin Exp Hypertens. 2001 May; 23(4):305-16. 6. Fritze G, Weiner L. Effects of bisoprolol on blood pressure, serum lipids and HDL-cholesterol in essential hypertension. Eur J Clin Pharmacol. 1987;32(1):77-80.