

GUÍA PARA LA REALIZACIÓN Y ENVÍO DE PÓSTER ELECTRÓNICO (E-PÓSTER)

Esta guía ha sido realizada con el tamaño y tipografía adecuados para su correcta presentación en la sesión de E-Póster. Para la realización de su E-Póster deberá utilizar una de las plantillas disponibles en la página web del Congreso

Descripción de la sesión de E-Póster:

En las sesiones de póster electrónico (E-Póster) los trabajos se presentarán en una pantalla de LCD (en horizontal) disponiendo de 8 minutos para la presentación oral de cada trabajo bajo la coordinación de un moderador. De esta forma los autores no tendrán que imprimir ni colocar su póster.

Realización de su E-Póster:

Le rogamos que tenga en cuenta las siguientes indicaciones de formato y contenido a la hora de realizar su trabajo:

Es importante que tenga en cuenta que el tamaño de la plantilla está optimizado para su correcta visualización en las pantallas de plasma de las sesiones E-póster. Por favor no altere las dimensiones de la plantilla (18cm x 32cm), pues su modificación afectará directamente a la visualización de los datos que contenga.

El tamaño mínimo de letra recomendada para el texto es de 10 puntos siendo el mínimo recomendado para el título de 20 puntos en negrita. Podrá elegir entre las siguientes tipografías: verdana, tahoma o comic sans.

Puede cambiar el color de fondo si lo desea, pero es importante que tenga en cuenta el contraste (en pantalla se ve mejor la letra clara sobre fondo oscuro).

Imágenes, tablas y gráficos: A la hora de insertar archivos recuerde que puede insertar imágenes y contenido multimedia (vídeos, audio, flash, etc.).

Continúa en la siguiente diapositiva

GUÍA PARA LA REALIZACIÓN Y ENVÍO DE PÓSTER ELECTRÓNICO (E-PÓSTER)

- **La primera diapositiva deberá contener toda la información, como habitualmente se hace en un póster impreso. Esta diapositiva deberá permanecer estática luego de la presentación y mientras dure la sesión de póster que le fue asignada.**
- **Podrá preparar otras diapositivas con información adicional, ampliación y/o archivos multimedia para utilizar en los 8 minutos de su exposición. Tenga en cuenta que no podrá excederse de los 8 minutos. Estas diapositivas adicionales también podrá utilizarlas si luego de su exposición, hubiera algún interesado en ampliar la información del póster contenida en la primera diapositiva y que permanecerá estática durante toda la sesión.**
- **Las diapositivas deberán llevar el logo de su institución en el ángulo superior izquierdo y el numero de póster en un recuadro en el ángulo superior derecho.**

Material necesario:

- La organización del Congreso le facilitará una PC para su exposición, por lo tanto, Ud. deberá traer su presentación en pendrive o en CD.**

POR FAVOR MIRE EL EJEMPLO QUE SE MUESTRA A CONTINUACION

Empeoramiento de la función renal en pacientes internados por insuficiencia cardíaca aguda descompensada: incidencia, predictores y valor pronóstico

C. Belziti, P. Ledesma, R. Bagnati, N. Vulcano, S. Fernandez.
Unidad de Insuficiencia Cardíaca. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina

OBJETIVOS : La insuficiencia cardíaca aguda descompensada (ICAD) es una causa frecuente de internación y se asocia con riesgo de empeoramiento de la función renal (EFR). El objetivo de este estudio fue determinar la incidencia, los predictores y el pronóstico a 1 año de los pacientes internados por ICAD que presentan EFR.

MATERIALES Y METODOS: Se analizaron prospectivamente 200 pacientes internados por ICAD. Se consideró EFR cuando la creatinina sérica aumentó durante la internación en 0.3 mg/dl y al menos un 25% con respecto al valor basal.

RESULTADOS:

43 % fueron mujeres, la edad promedio 78 años, 51% tenían función ventricular conservada, 24% eran diabéticos y 21% con fibrilación auricular.

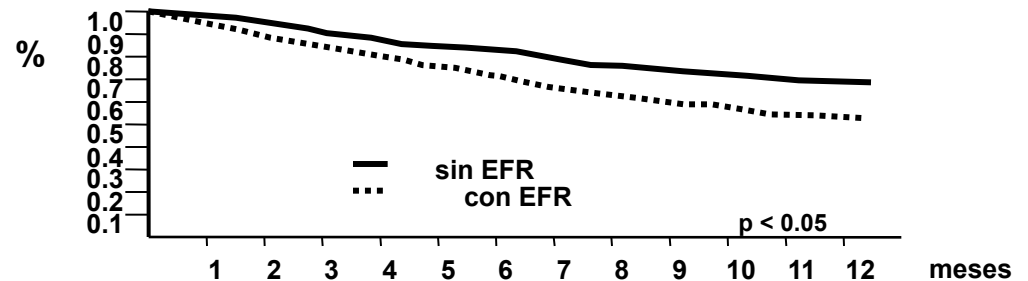
El valor promedio de creatinina fue 1.57 ± 0.6 mg/dl y el clearance de creatinina (Cl Cr.) fue 59.5 ml/min/1.73 m² (por MDRD). El 23 % de los pacientes desarrolló EFR durante la internación.

Del análisis multivariado resultaron como predictores independientes de EFR ($p < 0.05$): ser mayor de 80 años (OR: 1.4, IC 95%: 1.1-1.9), tener un Cl Cr. < 60 ml/min/1.73 m² (OR: 1.6, IC 95%: 1.1-1.8) y tener una presión arterial al ingreso < 90 mmHg (OR: 1.7, IC 95%: 1.2-2.0).

La mortalidad o reinternación acumulativas a 1 año, analizadas por método de Kaplan-Meier, fue de 36 % en el grupo total, 45% para los pacientes que desarrollaron EFR y 29% para aquellos sin EFR ($p < 0.05$).

La mediana de internación fue de 9 días (rango intercuartilo 25 -75%: 6-16 días) para los pacientes con EFR y de 4 días (2-8 días) para los pacientes sin EFR.

Pacientes vivos y libres de hospitalizaciones por I. Cardíaca



Pacientes vivos y sin internaciones por insuficiencia cardíaca analizados por método de Kaplan-Meier EFR (empeoramiento de la función renal)

CONCLUSIONES: El EFR es una complicación frecuente en los pacientes internados por ICAD, se asocia con mayor mortalidad o reinternación al año y con internaciones más prolongadas. Existen predictores clínicos y de laboratorio que permiten identificar, al momento del ingreso hospitalario, la población con mayor riesgo de EFR.