REVISTA DE LA
FEDERACION ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

Publicación oficial de la Federación Argentina de Cardiología

Vol. 44 | 2015
Suplemento 1

Versión electrónica:
ISSN 1666-5694
www.revistafac.org.ar

Versión impresa:
ISSN 0326-646X

La Revista de la Federación Argentina de Cardiología, adhiere a los principios éticos del Grupo Heart.

Indizada en
· Free Medical Journals
· IMBIOMED
· Latindex
· Lilacs
· Periódica UNAM
· Scopus

El Congreso del Cincuentenario

XXXIII CONGRESO NACIONAL DE CARDIOLOGIA



28, 29 y 30 de mayo

Sede: Metropolitano

"Centro de Eventos y Convenciones"

Resúmenes de Temas Libres

BRILIQUE
ticagrelor

Máxima efectividad en el Síndrome Coronario Agudo (SCA).

- **BRILIQUE único inhibidor $P2Y_{12}$ que reduce la mortalidad CV.**
- **BRILIQUE ofrece mayor eficacia sin un incremento de sangrado mayor total.**
- **BRILIQUE demostró mayor rapidez de acción que la droga de referencia.**
- **BRILIQUE: Sugerido como terapia de primera línea en las principales guías**



Programa de Ayuda al Paciente Bagó

Presentaciones:
Envases conteniendo
90 mg x 30 y 60 comprimidos.

BRILIQUE® - TICAGRELOR 90 mg - Comprimidos Recubiertos. COMPOSICIÓN: Cada comprimido recubierto contiene: Ticagrelor 90 mg. Excipientes: Manitol; Fosfato dibásico de calcio; Estearato de magnesio; Glicolato sódico de almidón; Hidroxipropilcelulosa; Talco; Dióxido de titanio; Óxido férrico amarillo; Polietilenglicol 400; Hipromelosa 2910., c.s. ACCIÓN TERAPÉUTICA: Código ATC: B01AC24. Grupo farmacoterapéutico: Inhibidores de la agregación plaquetaria excluyendo heparina. INDICACIONES: BRILIQUE®, coadministrado con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de eventos aterotrombóticos en pacientes adultos con síndromes coronarios agudos (SCA) (angina inestable, infarto de miocardio sin elevación del segmento ST [NSTEMI] o infarto de miocardio con elevación del segmento ST [STEMI]), incluyendo pacientes tratados médicamente, y aquellos que se manejan con intervención coronaria percutánea (PCI) o cirugía de bypass de las arterias coronarias (CABG). POSOLOGÍA Y MODO DE ADMINISTRACIÓN: Posología: El tratamiento con BRILIQUE® debe iniciarse con una sola dosis de carga de 180 mg (dos comprimidos de 90 mg) y luego continuar con 90 mg dos veces al día. Los pacientes que toman BRILIQUE® también deben tomar AAS diariamente, a menos que este específicamente contraindicado. Después de una dosis inicial de AAS, BRILIQUE® se debe utilizar con una dosis de mantenimiento de AAS de 75-150 mg/día. Se recomienda el tratamiento por hasta 12 meses a menos que la interrupción de BRILIQUE® esté indicada clínicamente. La experiencia más allá de 12 meses es limitada. En los pacientes con síndromes coronarios agudos (SCA), la interrupción prematura con cualquier terapia antiplaquetaria, incluyendo BRILIQUE®, puede dar como resultado un mayor riesgo de muerte cardiovascular o infarto de miocardio debido a la enfermedad subyacente del paciente. Por lo tanto, debe evitarse la interrupción prematura del tratamiento. También deben evitarse los intervalos en la terapia. Un paciente que pierde una dosis de BRILIQUE® debe tomar solo una pastilla de 90 mg (la dosis siguiente) a su hora programada. Los pacientes tratados con clopidogrel pueden ser cambiados directamente a BRILIQUE® si es necesario. El cambio de prasugrel a BRILIQUE® no se ha investigado. Poblaciones especiales: Población anciana: No es necesario ajustar la dosis en pacientes ancianos. Insuficiencia renal: No es necesario ajustar la dosis para los pacientes con insuficiencia renal. No hay información disponible sobre el tratamiento de los pacientes en diálisis renal y por lo tanto BRILIQUE® no se recomienda en estos pacientes. Insuficiencia hepática: No es necesario ajustar la dosis para los pacientes con insuficiencia hepática leve. BRILIQUE® no ha sido estudiado en pacientes con insuficiencia hepática moderada o grave. Su uso en pacientes con insuficiencia hepática moderada o grave está contraindicado. Población pediátrica: No se ha establecido la seguridad y eficacia de BRILIQUE® en niños menores de 18 años en la indicación aprobada para adultos. No hay datos disponibles. Modo de administración: Para uso oral. BRILIQUE® puede administrarse con o sin alimentos. CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al principio activo o a cualquiera de los excipientes. Sangrado patológico activo. Antecedente de hemorragia intracraneal. Insuficiencia hepática moderada a grave. La administración conjunta de ticagrelor con inhibidores potentes del CYP3A4 (por ejemplo, ketoconazol, claritromicina, nefazodona, ritonavir y atazanavir) está contraindicada, dado que la coadministración puede llevar a un aumento sustancial de la exposición a ticagrelor. ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE USO: Riesgo de hemorragia: En el estudio pivotal de fase 3 PLATO (PLATelet Inhibition and Patient Outcomes, 18 624 pacientes) los criterios de exclusión incluyeron un mayor riesgo de sangrado, trombocitopenia clínicamente importante o anemia, hemorragia intracraneal previa, hemorragia gastrointestinal en los últimos 6 meses o cirugía mayor dentro de los últimos 30 días. Los pacientes con síndromes coronarios agudos tratados con ticagrelor y AAS mostraron un riesgo aumentado de sangrado mayor no relacionado a cirugía de by-pass coronario (CABG), y también un incremento en las hemorragias que requieren atención médica (hemorragias PLATO mayores + menores), pero no se registró una mayor incidencia de hemorragias fatales o potencialmente mortales. Por lo tanto, el uso de BRILIQUE® en pacientes de riesgo mayor conocido para sangrado debe sopesarse contra el beneficio en términos de prevención de eventos aterotrombóticos. Si está clínicamente indicado, BRILIQUE® debe utilizarse con precaución en los siguientes grupos de pacientes: Pacientes con una propensión a sangrar (por ejemplo, debido a un traumatismo reciente, cirugía reciente, trastornos de la coagulación, sangrado gastrointestinal activo o reciente). El uso de BRILIQUE® está contraindicado en pacientes con sangrado patológico activo, en aquellos con antecedentes de hemorragia intracraneal, y en pacientes con insuficiencia hepática moderada a grave. Pacientes con administración concomitante de medicamentos que pueden aumentar el riesgo de sangrado (por ejemplo, fármacos anti-inflamatorios no esteroideos [AINES], anticoagulantes orales y/o fibrinolíticos) dentro de las 24 horas de la dosificación con BRILIQUE®. No existen datos con respecto a un beneficio hemostático de transfusiones de plaquetas en pacientes tratados con BRILIQUE®; el ticagrelor plasmático circulante puede inhibir las plaquetas transfundidas. Dado que la administración conjunta de BRILIQUE® con desmopresina no disminuyó el tiempo de sangrado patrón, es poco probable que la desmopresina sea efectiva en el manejo de eventos hemorrágicos. El tratamiento con antifibrinolíticos (ácido épsilon aminocaproico o ácido tranexámico) y/o factor VIIa recombinante puede aumentar la hemostasia. BRILIQUE® se puede reanudar después de que la causa de la hemorragia haya sido identificada y controlada. Cirugía: Los pacientes deben ser advertidos para informar a médicos y dentistas que están tomando BRILIQUE® antes de programar cualquier cirugía y antes de tomar cualquier medicamento nuevo. En los pacientes de PLATO sometidos a cirugía de by-pass coronaria (CABG), ticagrelor tuvo más sangrado que clopidogrel cuando se suspendió dentro de 1 día antes de la cirugía, pero una tasa similar de sangrado mayor en comparación con clopidogrel después de interrumpir el tratamiento 2 ó más días antes de la cirugía. Si un paciente debe someterse a cirugía programada y no se desea el efecto antiplaquetario, BRILIQUE® debe suspenderse 7 días antes de la cirugía. Pacientes en riesgo de eventos bradicárdicos: Debido a las observaciones de pausas ventriculares (mayormente asintomáticas) en un estudio clínico anterior, los pacientes con riesgo aumentado de eventos bradicárdicos (por ejemplo, pacientes sin marcapasos con síndrome del seno enfermo, bloqueo AV de 2o o 3o grado o síncope relacionado a bradicardia) fueron excluidos del estudio principal PLATO. Por lo tanto, debido a la experiencia clínica limitada, BRILIQUE® debe utilizarse con precaución en estos pacientes. Además, se debe tener precaución al administrar BRILIQUE® concomitantemente con medicamentos que inducen bradicardia. Sin embargo, no se observó evidencia de reacciones adversas clínicamente significativas en el estudio PLATO después de la administración concomitante con uno o más medicamentos que inducen bradicardia (por ejemplo, 96% de beta bloqueantes, 33% de bloqueadores de los canales de calcio diltiazem y verapamilo, y 4% de digoxina). Durante el subestudio de Holter en PLATO, más pacientes tuvieron pausas ventriculares ≥ de 3 segundos con ticagrelor que con clopidogrel durante la fase aguda de sus SCA. El aumento en las pausas ventriculares detectadas por Holter con ticagrelor fue mayor en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (ICC) que en la población general del estudio durante la fase aguda del SCA, pero no luego de un mes con ticagrelor o en comparación con clopidogrel. No hubo consecuencias clínicas adversas asociadas con estas diferencias, incluyendo síncope o necesidad de implante de marcapasos, en esta población de pacientes. Disnea: Se informó disnea en 13,8% de los pacientes tratados con ticagrelor y 7,8% de los pacientes tratados con clopidogrel. En 2,2% de los pacientes, los investigadores consideraron la disnea relacionada causalmente con el tratamiento con ticagrelor. Por lo general, ésta es de leve a moderada en intensidad y, a menudo resuelve sin necesidad de interrumpir el tratamiento. Los pacientes con asma/EPOC pueden tener un riesgo absoluto aumentado de disnea con BRILIQUE®. Ticagrelor debe utilizarse con precaución en pacientes con antecedentes de asma y/o EPOC. El mecanismo fisiopatológico de la aparición de disnea asociado al uso de ticagrelor no ha sido aclarado. Si un paciente refiere disnea nueva, prolongada o empeorada esto debe ser investigado en profundidad y si el tratamiento con BRILICUE® no es tolerado, debe interrumpirse. Elevaciones de creatinina: Los niveles de creatinina pueden aumentar durante el tratamiento con BRILIQUE®. El mecanismo no ha sido aclarado. La función renal debe controlarse después de un mes y, posteriormente, de acuerdo con la práctica médica de rutina, poniendo especial atención a los pacientes ≥ de 75 años, pacientes con insuficiencia renal moderada/grave y aquellos que reciben tratamiento concomitante con un bloqueante de los receptores de angiotensina. Aumento del ácido úrico: En el estudio PLATO, los pacientes con ticagrelor tuvieron un riesgo mayor de hiperuricemia que los pacientes que recibieron clopidogrel. Se debe tener precaución al administrar ticagrelor a pacientes con antecedentes de hiperuricemia o artritis gotosa. Como medida de precaución, se desaconseja el uso de ticagrelor en pacientes con nefropatía por ácido úrico. Otros: En base a una relación observada en PLATO entre la dosis de mantenimiento de AAS y la eficacia relativa de ticagrelor comparado con clopidogrel, no se recomienda la administración conjunta de BRILIQUE® y altas dosis de AAS de mantenimiento (>300 mg/día). La administración conjunta de BRILIQUE® con inhibidores potentes del CYP3A4 (por ejemplo, ketoconazol, claritromicina, nefazodona, ritonavir y atazanavir) está contraindicada. La coadministración puede dar lugar a un aumento sustancial de la exposición a BRILIQUE®. Se desaconseja la administración conjunta de ticagrelor con inductores potentes de CYP3A4 (por ejemplo rifampicina, dexametasona, fenitoína, carbamazepina y fenobarbital), dado que la coadministración puede llevar a una disminución en la exposición y la eficacia de ticagrelor. La administración conjunta de BRILIQUE® y sustratos del CYP3A4 con índices terapéuticos estrechos (por ejemplo, cisaprida y alcaloides del cornezuelo de centeno) no se recomienda, dado que ticagrelor puede aumentar la exposición a estos medicamentos (ver Interacción con otros productos medicinales y otras formas de interacción). No se recomienda el uso concomitante de BRILIQUE® con dosis de simvastatina o lovastatina superiores a 40 mg/día. Se recomienda el monitoreo clínico estricto y de laboratorio cuando se administra digoxina concomitantemente con BRILIQUE®. No hay datos disponibles sobre el uso concomitante de BRILIQUE® con verapamilo y quinidina, medicamentos que son inhibidores potentes de la glicoproteína P (P-gp) e inhibidores moderados del CYP3A4 los cuales podrían aumentar la exposición a ticagrelor. Si no se puede evitar la asociación, su uso concomitante debe realizarse con precaución. REACCIONES ADVERSAS: Las reacciones adversas más frecuentes en los pacientes tratados con ticagrelor fueron disnea, contusión y epistaxis. Otros: hiperuricemia, confusión, hemorragia intracraneal, mareos, cefalea, parestesias, hemorragia ocular (intraocular, conjuntival, retinal), hemorragia ótica, vértigo, hemoptisis, hemorragia gastrointestinal, hematemesis, hemorragia por úlcera gastrointestinal, hemorragia hemorroidal, gastritis, hemorragia bucal (incluyendo sangrado gingival), vómitos, diarrea, dolor abdominal, náuseas, dispepsia, hemorragia retroperitoneal, constipación, sangrado subcutáneo o dérmico, hematomas, erupción cutánea, prurito, hemartrosis, hemorragia del tracto urinario, hemorragia vaginal (incluyendo metrorragia), aumento de la creatinina sanguínea, hemorragia en el sitio de procedimiento, hemorragia post procedimiento, hemorragia, hemorragia por lesión, hemorragia traumática, hipersensibilidad incluyendo angioedema, elevaciones de creatinina, elevaciones de ácido úrico. PRESENTACIONES: Envases conteniendo 30 y 60 comprimidos recubiertos. Especialidad Medicinal autorizada por el Ministerio de Salud. Certificado N° 57.319. Venta bajo receta. AstraZeneca S.A. Argerich 536 – B1706EQL – Haedo, Buenos Aires. Director Técnico: Julián Fiori – Farmacéutico. BRILIQUE® es marca registrada del grupo de compañías AstraZeneca. Información completa para prescribir: consultar el prospecto (www.bago.com.ar) o comunicarse con Laboratorios Bagó S.A.- Información de Productos - Dirección Médica (011) 4344-2216 infoproducto@bago.com.ar. Disposición ANMAT N° 5350-14. Versión: 2.

Referencias

1- Tang EW et al. Am Heart J. 2007; 153:29-35. 2- Wallentin L et al. Supplement to N Engl J Med 2009;361:1045-1057. 3- James S et al. BMJ. 2011; 342:d3527. doi:10.1136/bmj.d3527. 4- Wallentin L et al. Supplement to N Engl J Med 2009;361:doi10.1056/NEJMoa0904327. 5- Gurbel PA et al. Circulation 2009. 120:2577-85. 6- Wallentin L et al. Supplement to N Engl J Med 2009;361:doi:10.1056/NEJMoa0904327. 7- Información para prescribir BRILIQUE. Aprobado por ANMAT.

AstraZeneca

Bagó

REVISTA DE LA
FEDERACION ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

Rev Fed Arg Cardiol
ISSN 0326-646X

Vol. 44. 2015
Suplemento 1

Autoridades de la Revista

Editor en Jefe
Héctor Luciardi

Editor de Suplementos
Daniel Piskorz

Editores Asociados
Daniel Piskorz
Luis Guzmán
Armando Pacher

Editores Consultores
Gianni Tognoni
Juan Badimon

Gerente Editorial
Raúl J. Bevacqua

REVAFAC
Sofía Berman

Comité Editorial Nacional

Luis Aguinaga (*Tucumán*)
Raúl Altman (*Buenos Aires*)
Carlos Baudino (*Córdoba*)
Carlos Becker (*Santa Fe*)
Juan Beloscar (*Rosario*)
Mario Bendersky (*Córdoba*)
Sofía Berman (*Tucumán*)
Daniel Boccardo (*Córdoba*)
Julio Bono (*Córdoba*)
Raul Breglia (*Córdoba*)
Edmundo Cabrera Fischer (*Buenos Aires*)
Horacio Cingolani (*La Plata*)
Eduardo Conci (*Córdoba*)
Daniel Corsiglia (*La Plata*)
Carlos Cuneo (*Salta*)
Sergio Chain (*Tucumán*)
Luis De La Fuente (*Buenos Aires*)
Julio De La Riva (*Córdoba*)
Fernando De La Serna (*Tucumán*)
Rafael Díaz (*Rosario*)
Adrián D'Ovidio (*San Juan*)
Eduardo Escudero (*La Plata*)
Fernando Faccio (*Santa Fe*)
Eduardo Farías (*Corrientes*)
Gabriela Feldman (*Tucumán*)
Francisco Femenia (*Mendoza*)
Arturo Fernandez Murga (*Tucumán*)
Jorge Garguichevich (*Rosario*)
Luis Guzmán (*Córdoba*)
Sergio Hauad (*Tucumán*)
Emilio Kuschnir (*Córdoba*)
Juan C. Linares Casas (*Rosario*)
Lilia Lobo Márquez (*Tucumán*)
Roberto Lombardo (*Entre Ríos*)
Hugo Londero (*Córdoba*)
Ricardo López Santi (*La Plata*)
Alberto Lorenzatti (*Córdoba*)
Stella Macín (*Corrientes*)
Felipe Martínez (*Córdoba*)
José Milei (*Buenos Aires*)
Juan Muntaner (*Tucumán*)
Ricardo Obregón (*Corrientes*)
Marcelo Orías (*Córdoba*)
Raúl Ortego (*Mendoza*)
Armando Pacher (*Entre Ríos*)
Jorge Pasca (*Buenos Aires*)
Eduardo Perna (*Corrientes*)
Sergio Perrone (*Buenos Aires*)
Ricardo Pichel (*Buenos Aires*)
Daniel Piskorz (*Rosario*)
Juan Plastino (*La Plata*)
Adolfo Poliche (*Tucumán*)
Domingo Pozzer (*Corrientes*)
Aldo Prado (*Tucumán*)
Hugo Ramos (*Córdoba*)
José L. Ramos (*Rosario*)
Osvaldo Robiolo (*Rosario*)
Alberto Robredo (*Salta*)
Ricardo Ronderos (*La Plata*)
José Sala (*Córdoba*)
Alberto Sampaolesi (*Córdoba*)
Felipe Somoza (*Córdoba*)
Walter Stoermann (*San Juan*)
Miguel Tibaldi (*Córdoba*)
Eduardo Valeff (*La Plata*)
Jorge Vilarino (*Venado Tuerto*)

Comité Editorial Internacional

Juan Badimon (*USA*)
Josep Brugada (*España*)
Alain Carpentier (*Francia*)
Juan Chachques (*Francia*)
Mario Cazzaniga (*España*)
Costantino Costantini (*Brasil*)
Adolfo De Bold (*Canadá*)
Alejandro De La Sierra (*España*)
Marcelo Di Carli (*USA*)
Edgardo Escobar (*Chile*)
Valentin Fuster (*USA*)
Mario García (*USA*)
Carlos García Guevara (*Cuba*)
Mario Gonzalez (*USA*)
Magda Heras (*España*)
Vicente Lahera (*España*)
Robert Lang (*USA*)
Radi Macruz (*Brasil*)
Marco A. Martínez Ríos (*México*)
Carlos Martínez Sanchez (*México*)
Alberto Morganti (*Italia*)
Manlio Márquez Murillo (*México*)
Natesa Pandian (*USA*)
Andrés Pérez Riera (*Brasil*)
Leonard Reisen (*Israel*)
Alfredo Romero Dávalos (*Bolivia*)
David Rush (*Canadá*)
Julio Sandoval Zárate (*México*)
Julián Segura (*España*)
Gianni Tognoni (*Italia*)
Héctor Ventura (*USA*)
Raúl Weiss (*USA*)

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA

Propiedad intelectual N° 157282

Gerencia Editorial: Bulnes 1004, 1176 Buenos Aires, Argentina. Tel/Fax: (011) 4866 5910 / (011) 4862 0935. revista.fac.org@gmail.com

Editorial FAC: edifac@fac.org.ar / **Editor:** hectorlucasluciardi@gmail.com / **www.revistafac.org.ar**

Gerente Editorial: Raúl J. Bevacqua

Diseño: Carolina Cugliandolo. carocugliandolo@gmail.com

Tirada de este suplemento: 5.000 ejemplares

Prohibida la reproducción total o parcial salvo autorización expresa de la Dirección de la Revista.

REVISTA DE LA
FEDERACION ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

Rev Fed Arg Cardiol
ISSN 0326-646X

Vol. 44. 2015
Suplemento 1

Autoridades Mesa Directiva 2015

Presidente
Gustavo Hernán Cerezo

Vicepresidente 1°
Narcisa Gutiérrez

Vicepresidente 2°
Daniel Piskorz

Secretario
Augusto Vicario

Pro-Secretario
Alejandro Amoroso

Tesorero
Fernando Ferraro

Pro-Tesorero
Sebastián Araujo

Vocales
Leonardo Cinerman
Enrique Marcelo Dominé
Irene Ennis
Rosa María Ruffa
Graciela Reyes

Secretarías

Comités Científicos
Daniel Piskorz

Desarrollo de la Red Nacional de RCP
Walter Stoerman

Docencia
Mildren Del Sueldo

Ética
Daniel Peroni

Eventos Científicos
Domingo Pozzer

Informática Médica
Armando Pacher

Subsecretaría de Investigación Básica
Néstor Vita

Subsecretaría de Investigación Clínica
Elena Catalina Lascano

Jerarquización del Acto Médico
Ladislao Endrei

Publicaciones Científicas
Héctor Luciardi

Comités de Subespecialidades

Arritmias y Electrofisiología
Roberto Orlando Keegan

Bioingeniería
Gustavo Carranza

Cardiología Aero-Espacial
Vicente Ciancio

Cardiología del Ejercicio
Jimena Martínez

Cardiología Intervencionista
María Rosa Aymat

Cardiología Nuclear
Juan Erriest

Cardiología Pediátrica
Sandra Romero

Cardiopatía Isquémica
Juan Antonio Muntaner

Ciencias Básicas
Roberto Miatello

Cirugía y Recuperación Cardiovascular
Valeria Franciosi

Ecocardiografía e Imágenes Cardíacas
Adrián Horacio D'Ovidio

Emergencias Cardiovasculares
Carlos Alberto Campanini

Enfermedad de Chagas
Juan Paul Flores

Enfermedad Vascular Periférica y Stroke
Héctor Cegna

Enfermedades Cardiovasculares en la Mujer
Daniel Giménez Navarro

Epidemiología y Prevención
Mildren Del Sueldo

Hemodinamia
María Rosa Aymat

Hipertensión Arterial
Fabiana Calabria

Insuficiencia Cardíaca
Juan Pablo Cínbaro Canella

Miocardiopatías
Gustavo Avegliano

Técnicos y Enfermeros en Cardiología
Claudia Gómez

Subcomité de Técnicos y Enfermeros en Cardiología, Región NEA
Miguel Pérez

	TÍTULO	PÁG.
ORALES A PREMIO		
163	ASOCIACIÓN DE ANTICUERPOS AGONISTAS DEL RECEPTOR β1 ADRENÉRGICO CON LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA CHAGÁSICA CRÓNICA.	1
236	ESTUDIO DESCRIPTIVO DE BIOMARCADORES DE ESTRÉS OXIDATIVO EN MIOCARDIOPATÍA CHAGÁSICA.	1
161	CARDIOMIOPATÍA HIPERTRÓFICA. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON CARDIODESFIBRILADORES IMPLANTABLES.	1
278	FACTIBILIDAD Y CORRELACIÓN ENTRE DIFERENTES MÉTODOS ECOCARDIOGRÁFICOS PARA EL CÁLCULO DEL ÁREA VALVULAR AÓRTICA.	1
203	COMPLACENCIA VENOSA BAJA: ¿UN DETERMINANTE PRIMORDIAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA?	2
119	HIDROARSENISISMO CRÓNICO REGIONAL ENDÉMICO: MODIFICACIÓN DE PERFIL LIPÍDICO EN UN MODELO EXPERIMENTAL.	2
118	EFECTO OSEO DE LA ROSUVASTATINA ASOCIADA A TRATAMIENTO QUELANTE CONVENCIONAL EN UN MODELO EXPERIMENTAL EXPUESTO A PLOMO.	2
381	LA MELATONINA PROTEGE CONTRA LA FIBRILACIÓN VENTRICULAR INDUCIDA POR HIPOPOTASEMIA PRESERVANDO LA CONEXINA-43.	2
256	EFECTOS DEL METOTREXATO SOBRE LA INFLAMACIÓN VASCULAR EN UN MODELO DE SÍNDROME METABÓLICO E HIPERTENSIÓN ARTERIAL.	3
153	PREVALENCIA DE FORAMEN OVAL PERMEABLE EN PACIENTES SOMETIDOS A ABLACIÓN DE SUSTRATOS ARRÍTMICOS IZQUIERDOS.	3
185	CAMBIOS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES DEL VENTRÍCULO DERECHO EN DEPORTISTAS DE ALTO RENDIMIENTO EVALUADOS POR ECOCARDIOGRAFÍA.	3
218	FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA POR ECOGRAFÍA 2D CON STRAIN, DE DEPORTISTAS DE ALTO RENDIMIENTO Y PERSONAS SANAS NO DEPORTISTAS.	3
245	EVALUACIÓN DE LOS MARCADORES ELECTROCARDIOGRÁFICOS DE RIESGO DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES SIN CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL SIGNIFICATIVA.	4
134	UTILIDAD DE LA HEMOGLOBINA GLICOSILADA COMO PREDICTOR DE EVENTOS HOSPITALARIOS EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO NO DIABÉTICOS.	4
396	CORRELACION DEL VALOR DE PRESIÓN VENOSA CENTRAL ESTIMADA POR EL EXAMEN DE LA INGURGITACIÓN YUGULAR Y LA MEDIDA POR CATÉTER DE VÍA VENOSA CENTRAL.	4
ORALES		
232	DISFUNCIÓN AUTONÓMICA Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS.	4
370	UTILIDAD DEL STRAIN BIDIMENSIONAL LONGITUDINAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA SIN CARDIOPATÍA DEMOSTRADA.	5
201	INFRADESNIVEL DEL SEGMENTO ST EN LA ETAPA DE RECUPERACIÓN DE LA PRUEBA ERGOMÉTRICA Y SU CORRELACIÓN MEDIANTE LAS IMÁGENES DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA.	5
271	UTILIDAD DEL SPECT GATILLADO PARA VALORAR LA DISINCRONÍA DEL VI EN LA ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA.	5
348	APORTE DE LA RESONANCIA CARDÍACA EN LA DETECCIÓN DE OBSTRUCCIÓN MICROVASCULAR EN PACIENTES HOSPITALARIOS QUE INGRESAN CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.	5
255	MARCADORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ABERRACIONES ESTRUCTURALES Y NUMÉRICAS DEL CROMOSOMA X.	6
286	ENTRENAMIENTO AERÓBICO INTERVALADO DE ALTA INTENSIDAD VS. CONTINUO SOBRE LAS VARIABLES CARDIOVASCULARES Y VENTILATORIAS EN PACIENTES CARDIACOS.	6
173	RELACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL SEVERA CON PARÁMETROS DE RIGIDEZ ARTERIAL Y FUNCIÓN ENDOTELIAL.	6
281	PREVALENCIA DE DISLIPIDEMIAS Y ASOCIACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE SALTA. 2015.	6
349	ENTRENAMIENTO INTERMITENTE Y EFICIENCIA/POTENCIA DE PACIENTES EN REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR.	7
108	ECUACIÓN MÁS CONVENIENTE PARA PREDECIR LA FRECUENCIA CARDÍACA MÁXIMA ESPERADA EN EL ESFUERZO.	7
184	"COMPARACIÓN ENTRE SCORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR PARA LA PREDICCIÓN DE ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA".	7
400	ESTUDIO DEL GEN SCN5A EN PACIENTES CON SEROLOGÍA POSITIVA PARA CHAGAS Y SU CORRELACIÓN CON LA CLÍNICA Y LOS TRASTORNOS ELECTROCARDIOGRAFICOS.	7
385	IMPACTO DE LA RELACIÓN PESO DONANTE/RECEPTOR EN LA MORBIMORTALIDAD EN EL TRASPLANTE CARDÍACO PEDIATRICO.	8

192	MIOCARDIOPATÍA DILATADA IDIOPÁTICA VS. MIOCARDIO NO COMPACTADO. DIFERENCIAS ECOCARDIOGRÁFICAS BASALES Y EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA.	**8**
353	EVALUACION DE UNA COHORTE DE PACIENTES SOMETIDOS A REEMPLAZO VALVULAR MITRAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (2009-2014).	**8**
411	CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS (CC) EN NEONATOLOGÍA: INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO Y PRONÓSTICO DE PACIENTES REFERIDOS PARA VALORACIÓN CARDIOVASCULAR.	**8**
377	PREVALENCIA Y SENSIBILIDAD DE STREPTOCOCCUS GRUPO VIRIDANS AISLADOS DE BACTERIEMIAS EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON CARDIOPATÍAS.	**9**
178	FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA Y ALTO RIESGO DE MUERTE SÚBITA.	**9**
412	ALTA DENSIDAD DE ARRITMIA SUPRAVENTRICULAR COMO PREDICTORA DE ACV EN HOLTERS DE PACIENTES CON STROKE.	**9**
147	CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTABLE EN PACIENTES CHAGASICO EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD CARDIOVASCULAR PÚBLICO, DEL CONURBANO BONAERENSE.	**9**
363	COMPLICACIONES EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR TRATADOS CON NUEVOS ANTICOAGULANTES VERSUS ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K.	**10**
352	PERFIL CLINICO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE FIBRILACION AURICULAR EN RELACION A LA TERAPEUTICA ANTITROMBOTICA EMPLEADA Y SU RIESGO EMBOLICO.	**10**
357	RIESGO EMBOLICO Y SU RELACION CON EVENTOS EMBOLICOS AGUDOS EN PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR QUE CONSULTAN A SERVICIO DE EMERGENCIAS.	**10**
340	EVALUACIÓN CLÍNICA AL INGRESO POR IC DESCOMPENSADA Y EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA. SUB-ANÁLISIS DEL III REGISTRO ARGENTINO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA.	**10**
210	TRATAMIENTO AL ALTA DE LOS PACIENTES SEGÚN TENGAN INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA O CRÓNICA.	**11**
141	RELACIÓN ENTRE LOS PACIENTES INTERNADOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA O CRÓNICA Y ENFERMEDAD CORONARIA.	**11**
249	PREDICTORES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA.	**11**
341	17 AÑOS DE EXPERIENCIA EN TRASPLANTE CARDÍACO ORTOTOPICO.	**11**
321	"TRASPLANTE CARDIACO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS: CARACTERISTICAS Y MANEJO DE LOS RECEPTORES".	**12**
182	CIRUGÍA DE PRESERVACIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA CON TÉCNICA DE REIMPLANTE: 15 AÑOS DE EXPERIENCIA.	**12**
181	CIRUGÍA DE ROSS EN ADULTOS: 17 AÑOS DE EXPERIENCIA.	**12**
151	ANÁLISIS DE PACIENTES CON ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL SOMETIDOS A EXCLUSIÓN ENDOVASCULAR. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO.	**12**
403	TUMORES CARDIACOS PRIMARIOS.	**13**
410	SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVEACION DEL ST, NUESTRA EXPERIENCIA CON RESPECTO A LAS GUIAS FAC 2014 EN CUANTO A TIEMPOS DE DEMORA DE LA ATC 1°.	**13**
258	ANGIOPLASTIA DE TRONCO CORONARIO IZQUIERDO NO PROTEGIDO, EN LA ERA DE LOS STENTS FARMACOLÓGICOS. RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS Y SEGUIMIENTO ALEJADO.	**13**
372	META-ANALISIS: ANGIOPLASTIA DE MULTIPLES VASOS VERSUS DEL VASO CULPABLE EN PACIENTES CON SINDROMES CORONARIOS AGUDOS SIN ELEVACION DEL ST.	**13**
228	FACTORES PRONÓSTICOS Y SOBREVIDA EN PAROS CARDÍACOS ADMITIDOS EN SERVICIO DE EMERGENCIAS.	**14**
167	IMPORTANCIA DE LA CUANTIFICACIÓN TEMPRANA DEL TAMAÑO DEL INFARTO Y SU VALOR PRONÓSTICO A CORTO Y LARGO PLAZO.	**14**
393	ESTRATEGIA INVASIVA DE RUTINA EN PACIENTES CON SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS SIN ELEVACIÓN DEL ST: RE-EVALUACIÓN DE LA EVIDENCIA.	**14**
371	SINDROMES CORONARIOS AGUDOS SIN LESIONES CORONARIAS SIGNIFICATIVAS: CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES.	**14**
293	FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL INFARTO AGUDO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN INTRA-HOSPITALARIA.	**15**
217	PATRÓN SEROLOGICO Y RECURRENCIAS TROMBOTICAS EN PACIENTES CON SINDROME ANTIFOSFOLIPIDO.	**15**
296	CORRELACIÓN DEL ESTUDIO ECOCARDIOGRAFICO SEGUN VALORES DE PROBNP CON LA EVOLUCIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA.	**15**

216	TIENE LA PRESENCIA DE INCOMPETENCIA CRONOTROPICA CORRELACION CON EL MONTO DE ISQUEMIA?	**15**
198	EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE TRATAMIENTO ANTI-TRYPANOSOMA CRUZI MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA EN UN MODELO MURINO.	**16**
356	PERFILES SÉRICOS DE ADIPOCITOCINAS EN INDIVIDUOS CON ENFERMEDAD DE CHAGAS CRÓNICA.	**16**
160	LA MUJER Y LA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.	**16**
POSTERS A PREMIO		
306	TAC MULTISLICE EN LAS REOPERACIONES CARDIACAS.	**16**
251	DIFERENCIAS ENTRE SEXOS EN PACIENTES DIABÉTICOS REMITIDOS A UN ESTUDIO DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA.	**17**
273	PERMEABILIDAD DE LOS INJERTOS CORONARIOS ENTRE EL PRIMER Y SEGUNDO AÑO DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES EVALUADOS CON ANGIO-TOMOGRAFIA.	**17**
355	TOMOGRAFIA CARDIACA MULTICORTE EN NIÑOS CON CARDIOPATIA CONGENITA GRAVE.	**17**
267	VALOR AGREGADO DE LA CAMARA GAMMA EN LA ESTRATIFICACION DE UNA POBLACION DE BAJO/MODERADO RIESGO CON DOLOR TORACICO.	**17**
387	PACIENTES ASINTOMATICOS, VARIABLES CLINICAS Y PERFUSION MIOCARDICA ANORMAL COMO PREDICTORAS DE EVENTOS CARDIOVASCULAR. SEGUIMIENTO A 7 AÑOS.	**18**
397	CONCORDANCIA ENTRE SCORE DE CALCIO Y ECOGRAFIA CAROTÍDEA PARA DEFINIR ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES DE RIESGO CARDIOVASCULAR LEVE A MODERADO.	**18**
195	TROMBOASPIRACION EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACION DEL SEGMENTO ST. IMPACTO ANGIOGRAFICO Y REPERCUSION CLINICA.	**18**
227	REEMPLAZO VALVULAR AORTICO PERCUTANEO.	**18**
246	¿ES DEFINITIVA LA PATENTE DE INFARTO EN LA SPECT DE REPOSO?	**19**
229	"DISINCRONÍA MIOCÁRDICA EN PACIENTES CON FEVI CONSERVADA ¿ALGO SE NOS ESCAPA?"	**19**
263	INTERACCIÓN ENTRE FIBRILACIÓN AURICULAR Y FUNCIÓN VENTRICULAR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR ICD. III REGISTRO ARGENTINO DE INSUFICIENCIA CARDIACA.	**19**
POSTERS		
404	INSUFICIENCIA AORTICA AGUDA POR RUPTURA ESPONTANEA DE UNA SIGMOIDEA AORTICA, REPORTE DE 9 CASOS.	**19**
131	COMPLICACIONES EN LAS PRUEBAS DE STRESS FARMACOLÓGICO EN LOS ESTUDIOS DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA	**20**
155	ERGOMETRÍA INSUFICIENTE Y ATROPINA EN LOS ESTUDIOS SPECT-GATILLADOS.	**20**
247	¿CUAL ES EL VALOR DE LA HIPERCAPTACION PULMONAR EN LA ERA DEL SESTAMIBI?	**20**
205	CONSIDERACIONES A PARTIR DE CUANTIFICAR EL TERRITORIO ISQUÉMICO EN PACIENTES CON BAJO RIESGO.	**20**
152	RELACIÓN ENTRE EL BLOQUEO COMPLETO DE RAMA IZQUIERDA Y EL SPECT MIOCÁRDICO GATILLADO.	**21**
127	VALOR PREDICTIVO DE LA PRUEBA ERGOMÉTRICA CON UN ESTUDIO DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA (SPECT) NORMAL.	**21**
243	VALIDACIÓN DE PARÁMETROS DE NORMALIDAD EN EL ANÁLISIS DE SINCRONÍA VENTRICULAR IZQUIERDA EN ESTUDIOS DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA SPECT GATILLADOS.	**21**
367	FIABILIDAD DE INDICADORES DE VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDÍACA A PARTIR DE LA ONDA DE PULSO.	**21**
262	DRENAJE ANÓMALO DE VENAS PULMONARES Y LA TOMOGRAFÍA CARDÍACA MULTIDETECTORES.	**22**
135	VALORACION FUNCIONAL CON SPECT CARDIACO DE PACIENTES CON SCORE DE CALCIO ENTRE 101 Y 400 Y LESIONES CORONARIAS EN LA TOMOGRAFIA COMPUTADA MULTICORTE.	**22**
221	RELACIÓN ENTRE LA ONDA Q EN EL ELECTROCARDIOGRAMA Y LA TRANSMURALIDAD DE LA FIBROSIS POR SPECT CARDIACA.	**22**
224	ACUERDO ENTRE HALLAZGOS EN LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX Y VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL DE OCLUSIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA.	**22**
302	VALORACION DE LA HIPERTENSION PULMONAR POR ECOCARDIOGRAFIA PARA SCREENING Y SEGUIMIENTO EN PEDIATRIA.	**23**
383	CASO CLÍNICO; TUMOR DE VENTRÍCULO IZQUIERDO, EVOLUCIÓN A 9 AÑOS.	**23**
124	EVALUACION MEDIANTE SPECT GATILLADO DE PACIENTES PORTADORES DE TRANSPOSICION DE LOS GRANDES VASOS CORREGIDA CON SWITCH ARTERIAL.	**23**

261	UTILIDAD DE LA TOMOGRAFIA CARDIACA MULTIDETECTORES EN PACIENTES DE RIESGO INTERMEDIO CON CAMARA GAMMA NO CONCLUYENTES.	**23**
170	UTILIDAD DEL SPECT-MIBI DE ESFUERZO-REPOSO EN EL CRIBAJE DE ENFERMEDAD CORONARIA ASINTOMÁTICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO I.	**24**
242	DATOS DE UN REGISTRO SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA EN UN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA NUCLEAR.	**24**
207	SPECT-GATILLADO Y PROTOCOLOS DE STRESS.	**24**
122	DETECCION DE ISQUEMIA MIOCARDICA CON ESTUDIOS NUCLEARES EN INDIVIDUOS CON SCORE DE CALCIO MENOR A 100.	**24**
112	ATENUACIÓN DE PARTES BLANDAS, COMPARACIÓN ENTRE IMÁGENES PRONAS Y SUPINAS EN LOS ESTUDIOS DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA SPECT.	**25**
145	SEGURIDAD DEL ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO COMO GUIA PARA BIOPSIA ENDOCÁRDICA EN PACIENTES POST-TRANSPLANTE CARDÍACO.	**25**
204	UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA MULTIDETECTOR SINCRONIZADA CON ECG PARA LA EVALUACIÓN DEL DIÁMETRO DURANTE EL CICLO CARDÍACO EN LAS ANOMALÍAS CORONARIAS.	**25**
126	MODIFICACIONES ANTROPOMÉTRICAS CON EL ENTRENAMIENTO FÍSICO COMBINADO EN PACIENTES CORONARIOS.	**25**
298	RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON HIV.	**26**
399	FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA MUESTRA NO ALEATORIZADA DE ADULTOS DE LA CIUDAD DE ROSARIO.	**26**
319	DISFUNCION DIASTOLICA ASOCIADA A PRESION DIFERENCIAL POR MONITOREO AMBULATORIO DE PRESION ARTERIAL EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL PRIMARIA.	**26**
183	ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN LA CIUDAD DE FUNES - SANTA FE - ARGENTINA.	**26**
333	IMPACTO DEL ACCESO A LA SALUD SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS TRABAJADORES HOSPITALARIOS.	**27**
125	EFECTOS DE LA EDAD SOBRE EL ENTRENAMIENTO FÍSICO EN EQUILIBRIO ESTÁTICO Y DINÁMICO EN PACIENTES CORONARIOS.	**27**
257	REGISTRO DEL ESTADO COGNITIVO EN PACIENTES HIPERTENSOS. ESTUDIO CORAZON-CEREBRO EN ARGENTINA.	**27**
158	EFICIENCIA TECNICA DE PEDALEO Y RENDIMIENTO EN ERGOMETRÍA.	**27**
113	HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA; ESTRATEGIA DE DETECCIÓN POR SCREENING (CRIBADO) EN CASCADA FAMILIAR.	**28**
175	FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN POBLACIÓN DOMICILIADA EN CABA Y NORTE BONAERENSE.	**28**
146	PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 O HIPERTENSIÓN ARTERIAL.	**28**
238	EXPERIENCIA INICIAL EN LA CONSTRUCCION DE UNA RED PARA SEGUIMIENTO Y DETECCION DE DISLIPEMIAS GRAVES EN DISTINTAS AREAS GEOGRAFICAS DEL PAIS.	**28**
252	SEGUIMEINTO DURANTE 5 AÑOS A PACIENTES HIPERTENSOS DE LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SANTIAGO DEL ESTERO, ARGENTINA.	**29**
171	PREVALENCIA Y PREDICTORES DE RIESGO DE ANEURISMA Y CALCIFICACIÓN DE AORTA ABDOMINAL EN PACIENTES CON CORONARIOPATÍA.	**29**
164	ROL DEL ODONTOLÓGO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.	**29**
165	BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CARDIÓPATAS.	**29**
254	ESTUDIO DE LAS CAUSAS DE ADHERENCIA A LARGO PLAZO A UN PROGRAMA INTEGRAL DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR DE PACIENTES CORONARIOS.	**30**
347	QUIENES NECESITAN REHABILITACIÓN HACEN REHABILITACIÓN ? REGISTRO DE PACIENTES DE UNA INSTITUCIÓN EN SAN JUAN.	**30**
117	REGISTRO DE TUMORES PRIMARIOS CARDIACOS EN UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES DURANTE EL PERÍODO 1990-2014.	**30**
237	PREVALENCIA DE LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES Y GRADO DE COMPLEJIDAD DE LA CARDIOPATIA EN PACIENTES ADULTOS CON CARDIOPATÍA CONGÉNITAS.	**30**
330	SÍNCOPE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS MAZZA.	**31**
386	DESCRIPCION DEL CONSUMO DE MACRONUTRIENTES Y GRUPOS ALIMENTARIOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CHAGAS. RESULTADOS PRELIMINARES.	**31**
380	PREVALENCIA DE PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA INOPERABLES.	**31**

362	UTILIDAD DEL STRAIN BIDIMENSIONAL LONGITUDINAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA SIN CARDIOPATÍA DEMOSTRADA.	**31**
110	ENDOCARDITIS INFECCIOSA DESDE EL PUNTO DE VISTA ECOCARDIOGRAFICO.	**32**
132	DETECCION DE ISQUEMIA MIOCARDICA CON ESTUDIOS NUCLEARES EN PORTADORES DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO.	**32**
225	REGISTRO GUTI-GUCH: IMPLEMENTACIÓN DE UNA BASE DE DATOS UNICA DE PACIENTES CON CARDIOPATIA CONGENITA DEL ADULTO EN DISTINTOS CENTROS DE ARGENTINA.	**32**
405	VALVULA AORTICA CUADRICUSPIDE, UNA RARA MALFORMACIÓN CONGÉNITA.	**32**
375	DERRAME PERICÁRDICO SEVERO Y TAPONAMIENTO CARDÍACO: REVISIÓN DE CASOS TRATADOS EN EL INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA DE CORRIENTES "JUANA F. CABRAL".	**33**
149	HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA EN 4 LOCALIDADES DE LA PROVINCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO.	**33**
384	TAQUICARDIA VENTRICULAR COMO PRESENTACIÓN DEL ECG EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS EN LOCALIDADES DE LA PROVINCIAS DE CHACO Y SANTIAGO DEL ESTERO.	**33**
116	REGISTRO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA 1989-2014: RESULTADOS DE 25 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.	**33**
318	PRESENTACIÓN DE LAS ARRITMIAS VENTRICULARES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA EN LAS PROVINCIAS DE CHACO Y SANTIAGO DEL ESTERO.	**34**
121	REGISTRO DE SÍNDROMES AÓRTICOS EN EL PERÍODO -2015 EN UN HOSPITAL PUBLICO DE REFERENCIA EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.	**34**
219	ADULTOS CON VENTRICULO UNICO. VARIABLES ASOCIADAS A MORTALIDAD EN EL SEGUIMIENTO. DATOS DEL REGISTRO GUTI-GUCH.	**34**
329	CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA DE ETIOLOGÍA CHAGÁSICA.	**34**
379	ENFERMEDAD DE CHAGAS MAZZA EN 6 LOCALIDADES ENDEMICAS DE LA PROVINCIA DE FORMOSA.	**35**
188	CIERRE DE COMUNICACION INTERVENTRICULAR POR CATETERISMO.	**35**
143	REGISTRO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA EN EL GRAN CHACO. UN ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO CLÍNICO Y ECG DE 5 AÑOS.	**35**
337	HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS MAZZA URBANO.	**35**
241	CARDIOPATIAS CONGENITAS Y ESTRUCTURALES EN EL ADULTO EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED.	**36**
336	"ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA" DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE.	**36**
285	CARACTERÍSTICAS CLÍNICO ELECTROCARDIOGRÁFICAS DE PACIENTES CON CHAGAS CRÓNICO CON BLOQUEO BIFASCICULAR EN PROVINCIAS DE CHACO Y SANTIAGO DEL ESTERO.	**36**
180	REDITO DIAGNÓSTICO DE LA REALIZACIÓN DE PERICARDIOCENTESIS EN PACIENTES CON DERRAME PERICARDICO SEVERO.	**36**
315	CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGIAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS DE 4 LOCALIDADES DE LA PROVINCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO.	**37**
123	VALORACION DE LA FUNCION VENTRICULAR IZQUIERDA CON ESTUDIOS DE SPECT GATILLADO EN PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIENCIA RENAL SIN ISQUEMIA MIOCARDICA.	**37**
294	LOS TRASTORNOS INTRAVENTRICULARES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS EN LAS PROVINCIAS DE CHACO Y SANTIAGO DEL ESTERO.	**37**
177	MIXOMA GIGANTE EN AURÍCULA IZQUIERDA.	**37**
156	ENFERMEDAD DE CHAGAS 2014 PREVALENCIA " REAL" ENCONTRADA EN NUESTRO HOSPITAL.	**38**
272	PATRONES ELECTROCARDIOGRÁFICOS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS EN UN HOSPITAL DE LA ZONA SUR DE LA CIUDAD DE SALTA.	**38**
206	TROMBO INTRAVENTRICULAR GIGANTE RELACIONADO CON MIOCARDITIS EOSINOFILICA.	**38**
312	BRADICARDIA SINUSAL Y ENFERMEDAD DEL NÓDULO SINUSAL EN PACIENTES CON CHAGAS CRÓNICO CON OTRAS LESIONES ELÈCTRICAS ASOCIADAS.	**38**
159	MIOCARDIOPATIA HIPERTROFICA CON OBSTRUCCION AL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO. REVISION DE UN CASO.	**39**

279	EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA FAMILIAR.	**39**
174	"INSUFICIENCIA MITRAL AGUDA SEVERA POR ENFERMEDAD DEGENERATIVA DE LA VÁLVULA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA".	**39**
268	VALVULOPATIA AORTICA EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE.	**39**
358	IMPACTO ECOCARDIOGRÁFICO Y ELECTROCARDIOGRÁFICO EN PACIENTES CON IMPLANTE DE RESINCRONIZADOR CARDIACO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO.	**40**
335	TRASTORNOS DE RITMO Y CONDUCCIÓN CARDÍACOS EN PACIENTES CHAGÁSICOS DIAGNOSTICADOS MEDIANTE HOLTER DE 24 HORAS.	**40**
359	RESULTADOS DE LA ABLACION DE FIBRILACION AURICULAR. EXPERIENCIA DE UN CENTRO.	**40**
212	INCIDENCIA DE TERAPIAS APROPIADAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES PORTADORES DE CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTABLE.	**40**
120	CONSULTA POR ARRITMIAS Y SU ASOCIACIÓN CON PATOLOGÍA ORGÁNICA.	**41**
223	SÍNDROME QT PROLONGADO, PREVENCION DE MUERTE SUBITA, REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISION BIBLIOGRAFICA.	**41**
280	CARDIOMIOPATIA ISQUEMICO NECROTICA , ROL DE LA CIRUGIA CORONARIA.	**41**
215	TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO FACTORES CLINICOS, MARCADORES BIOQUIMICOS, CENTELLOGRAMA V/Q.	**41**
316	ANÁLISIS DE LA ENFERMEDAD VASCULAR DEL INJERTO EN RECEPTORES DE TRASPLANTE CARDÍACO Y SEROLOGÍA POSITIVA PARA HEPATITIS C.	**42**
211	LA HOSPITALIZACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA ES CLÍNICAMENTE DIFERENTE A LA DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA.	**42**
354	PREDICTORES DE MUERTE INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA.	**42**
303	EVALUACIÓN AL AÑO DE PACIENTES CON HIPERTENSION PULMONAR EN LA UICHP DEL HIGA "OSCAR ALENDE".	**42**
313	ENFOQUE MULTIDICIPLINARIO EN HIPERTENSION PULMONAR.	**43**
361	DESCRIPCION EPIDEMIOLOGICA DE UNA COHORTE DE PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSION PULMONAR EN UN HOSPITAL PUBLICO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.	**43**
344	MIOCARDIOPATA PERIPARTO. NUEVAS PERSPECTIVAS DE TRATAMIENTO.	**43**
395	EVALUACIÓN DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA SEGÚN LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA Y SEGUIMIENTO AL AÑO.	**43**
250	EVALUACIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA.	**44**
390	LA INSUFICIENCIA CARDIACA COMO CAUSA DE INTERNACIÓN EN UN SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA.	**44**
416	EFECTOS DEL MARCAPASEO UNIVENTRICULAR SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCIÓN VENTRICULAR.	**44**
136	INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA. PREDICTORES DE MORTALIDAD.	**44**
422	ESTUDIO OBSERVACIÓNAL DE UNA POBLACIÓN CON INSUFICIENCIA CARDIACA QUE INGRESA A UNA GUARDIA DE EMERGENCIAS.	**45**
300	RESULTADOS CLÍNICOS Y HEMODINÁMICOS INMEDIATOS Y EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER.	**45**
378	SEGUIMIENTO A 4 AÑOS DE LA VALVULA AORTICA TRANSCATETER TIPO COREVALVE.	**45**
169	ACCESOS VASCULARES EN CATETERISMOS DIAGNÓSTICOS: VÍA RADIAL VERSUS VÍA FEMORAL: EXISTE MAYOR IRRADIACIÓN?	**45**
368	TROMBOASPIRACION EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO.	**46**
373	ANGIOPLASTIA CORONARIA EN TRONCO DECORONARIA IZQUIERDA: RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS Y AL SEGUIMIENTO.	**46**
408	MEDIASTINITIS Y OSTEOMIELITIS EN EL POST OPERATORIO DE CIRUGIA CARDIACA . ANALISIS PROSPECTIVO DE 2768 PACIENTES.	**46**
191	FACTORES DE DECISIÓN DEL TRATAMIENTO DE VASOS NO CULPABLES EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO MULTIVASO: ÚNICA SESIÓN VS DIFERIDO.	**46**
376	DIFERENTES TECNICAS DE BIFURCACION EN ANGIOPLASTIA DE TRONCO DE CORONARIA IZQUIERDA: RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS Y AL SEGUIIENTO.	**47**
231	REPARACIÓN ENDOVASCULAR DEL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL: SEGUIMIENTO A 8 AÑOS.	**47**
200	"EUROSCORE COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD TEMPRANA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA CARDIOVASCULAR".	**47**
339	ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA ANGIOPLASTIA CORONARIA EN PACIENTES DIABÉTICOS Y NO DIABÉTICOS.	**47**

179	DISECCION DE AORTA TIPO A: ¿EL DIA DE LA SEMANA ES CLAVE?	**48**
253	ANGIOPLASTIA CON STENT EN LESIONES TIPO TRANS-ATLANTIC INTER-CONSENSUS C Y D EN ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL, EXPERIENCIA DE UN CENTRO.	**48**
295	EVOLUCION ALEJADA DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN LA ESTENOSIS VALVULAR AORTICA SEVERA SINTOMATICA.	**48**
264	TRATAMIENTO ENDOVASCULAR ENFERMEDAD CAROTÍDEA EXTRACRANEAL: 20 AÑOS DE EXPERIENCIA. EVOLUCIÓN Y RESULTADOS.	**48**
284	PERMEABILIDAD AL AÑO DE LA PROTESIS DE POLITETRAFLUOROETILENO CON SUPERFICIE DE HEPARINA EN LESIONES FEMORO-POPLITEAS.	**49**
194	ANGIOPLASTIA CORONARIA DE LESIONES COMPLEJAS Y NO COMPLEJAS DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR.	**49**
213	DISPLASIA FIBROMUSCULAR. DISTINTAS PRESENTACIONES DE UNA MISMA ENFERMEDAD.	**49**
342	ANGIOPLASTIA CORONARIA EN TABAQUISTAS COMPARADOS CON EXTABAQUISTAS.	**49**
343	ANÁLISIS DE LOS ACCESOS VASCULARES EN LA ANGIOPLASTIA CORONARIA DE URGENCIA.	**50**
305	TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL.	**50**
374	ANGIOPLASTIA CORONARIA EN OSTIUM DE ARTERIA CORONARIA DERECHA.	**50**
239	TRATAMIENTO DE BIFURCACIONES CORONARIAS. EXPERIENCIA INICIAL CON NOVEL STENT DEDICADO "AXXESS" EN DOS CENTRO DE CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA.	**50**
311	CIRUGÍA PRECOZ EN LA ENDOCARDITIS VALVULAR AÓRTICA.	**51**
413	REUTILIZACION DE LA ARTÉRIA TORÁCICA INTERNA EN LAS REOPERACIONES DE CIRUGIA DE CORONÁRIAS.	**51**
304	ANGIOPLASTIA ACTUAL EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.	**51**
409	REVASCULARIZACION DE LA ARTERIA CORONARIA DERECHA CON INJERTO COMPUESTO DE ARTERIA TORACICA INTERNA IZQUIERDA Y ARTÉRIA EPIGÁSTRICA INFERIOR.	**51**
259	ANGIOPLASTÍA CAROTÍDEA POR ACCESO RADIAL. EVOLUCIÓN A 30 DIAS.	**52**
187	PROHORMONA N-TERMINAL DEL PÉPTIDO NATRIURÉTICO CEREBRAL COMO FACTOR PREDICTIVO DE FIBRILACION AURICULAR EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.	**52**
308	STENTING CAROTIDEO 2015.	**52**
345	ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN DIABÉTICA EN EL CONTEXTO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.	**52**
364	STENT LIBERADORES DE DROGA PARA EL TRATAMIENTO DE LA IN-STENT REESTENOSIS.	**53**
325	SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES SOMETIDOS A VALVULOPLASTIA TRANSLUMINAL POR ESTENOSIS AÓRTICA VALVULAR AISLADA.	**53**
314	CIRUGIA CORONARIA TODO ARTERIAL, SIN BOMBA Y SIN TOCAR LA AORTA.	**53**
320	COMPORTAMIENTO DEL UMBRAL DE MARCAPASOS EPICÁRDICO TRANSITORIO EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.	**53**
414	CIERRE DE LA AURICULA IZQUIERDA COM PATCH DE PERICARDIO BOVINO EN REOPERACIONES MULTIPLES DE VALVULA.	**54**
140	"BALANCE DE NUESTRA EXPERIENCIA EN ANGIOPLASTIA CORONARIA. ESTAMOS HACIENDO BIEN LAS COSAS?"	**54**
196	LA REVASCULARIZACIÓN COMPLETA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO ES SEGURA Y NO PENALIZA CON MAYOR REINTERVENCIÓN.	**54**
202	FAST-TRACK EN POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CARDIACA.	**54**
423	RESULTADOS ALEJADOS DE ANGIOPLASTIA CORONARIA CON IMPLANTE DE STENTS LIBERADORES DE DROGA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA DE MÚLTIPLES VASOS.	**55**
157	INJURIA MIOCÁRDICA EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONES CORONARIAS PERCUTÁNEAS (ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA).	**55**
176	POBLACION Y RESULTADOS DE LA CIRUGIA CARDIACA EN EL ÁMBITO PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE SANTA FE.	**55**
275	PREDICTORES DE PERFIL FAVORABLE PARA PROTOCOLO DE FAST TRACK EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA.	**55**
276	INFLUENCIA DE LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES EN LA EVOLUCION DEL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CARDIACA.	**56**
351	ANGIOPLASTIA RENAL Y CORONARIA SIMULTÁNEAS EN UN PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.	**56**

322	¿ES EL BALANCE EN EL PERIOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CONFIABLE?	**56**
334	SIMDROMES AORTICOS AGUDOS.	**56**
226	TAVI "VALVE IN VALVE" EN DEGENERACION BIOPROTESICA.	**57**
394	ANEURISMA GIGANTE DEL TRONCO DE LA CORONARIA IZQUIERDA.	**57**
189	EXPERIENCIA INICIAL DE LA ANGIOPLASTIA PERIFERICA CON IMPLANTE DE STENTS LIBERADORES DE PACLITAXEL.	**57**
128	ANEURISMA DE PUENTE VENOSO.	**57**
111	CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCARDICA CON Y SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPOREA: EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA DE CTES.	**58**
309	BYPASS DISTAL INFRAPATELAR DE MIEMBROS INFERIOR UN RETO TERAPEUTICO.	**58**
415	RECANALIZACION DE ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL CON PROTESIS VIABAHN POR VIA POPLITEA.	**58**
282	VARIABLES PULMONARES PRONOSTICAS EN PACIENTES QUE RECIBEN VENTILACION MECANICA EN UNIDAD CORONARIA	**58**
277	SEGUIMIENTO IN VIVO DE CÉLULAS MESENQUIMALES QUE SOBREEXPRESAN HIF1α MUTADO MARCADAS CON ÓXIDO DE HIERRO EN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO OVINO.	**59**
291	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONOSTICO INTRA-HOSPITALARIO EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO COMPLICADO CON COMPROMISO DEL VENTRÍCULO DERECHO.	**59**
172	UTILIDAD DEL SPECT DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA MIBI DE ESFUERZO EN EL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD CORONARIA ASINTOMÁTICA EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS.	**59**
115	REGISTRO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: CUAL ES LA REALIDAD ACTUAL?	**59**
197	ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE RADIOTERAPIA TORACICA.	**60**
389	UTILIDAD DE UN SISTEMA DE TELE-ELECTROCARDIOGRAFÍA INCORPORADO A UN PROGRAMA DE REPERFUSIÓN DEL INFARTO EN UNA RED DE HOSPITALES PUBLICOS.	**60**
292	MAYOR INCIDENCIA DE FLUJO TIMI ANORMAL, TROMBOSIS Y EXTENSION DE ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTES CON LP A ELEVADA Y GENOTIPO 4G/4G DEL GEN PAI-1.	**60**
402	ASOCIACIÓN ENTRE LA ELEVACIÓN DE CREATINFOSFOQUINASA MB Y TROPONINA ULTRASENSIBLE CON EL REMODELADO VENTRICULAR POST INFARTO.	**60**
299	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO COMPLICADO CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN MUJERES.	**61**
166	INFARTO DE MIOCARDIO TRANSMURAL TRATADO CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA. VARIABLES CLÍNICAS Y ANGIOGRAFICAS.	**61**
317	INFARTO DE VENTRICULO DERECHO ,INCIDENCIA ACTUAL ,EVOLUCION INTRAHOSPITALARIA, NUESTRA EXPERIENCIA	**61**
350	RELACION DEL VALOR CUANTITATIVO DE LA TROPONINA T Y LESIONES ANGIOGRAFICAS EN INFARTO DE MIOCARDIO CON ST Y SIN ST.	**61**
199	ROL DE LA INTERLEUQUINA 1β Y SU ASOCIACIÓN CON BIOMARCADORES DE STRESS OXIDATIVO EN SALIVA DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.	**62**
288	COMPARACIÓN DE SCORES DE RIESGO Y TROPONINA I EN SCASST PARA PREDECIR PRESENCIA Y SEVERIDAD DE ENFERMEDAD CORONARIA EN UNIDAD CORONARIA.	**62**
332	COMPARACIÓN DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVENTOS EN PACIENTES CON BCRD E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.	**62**
301	FACTORES PREDICTORES DE ALTA PRECOZ EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST.	**62**
392	SINDROME CORONARIO EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS.	**63**
248	REGISTRO DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN HOSPITAL PUBLICO.	**63**
369	DISECCION ESPONTANEA DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR COMO CAUSA DE INFARTO ANTERIOR EXTENSO. REPORTE DE UN CASO.	**63**
417	DATOS EPIDEMIOLOGÍCOS Y CARACTERISTICAS DE LAS LESIONES CORONARIAS EN SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL SEGMENTO ST.	**63**
307	EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD HIPOCOLESTEROLÉMICA DE INFUSIONES DE MUÉRDAGO CRIOLLO O LIGARIA CUNEIFOLIA EN PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR.	**64**
109	VASOPLEJÍA POR ANTAGONISTAS CÁLCICOS. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.	**64**
214	PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES Y ANTECEDENTES HEREDITARIOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ALUMNOS DE MEDICINA.	**64**
133	HIPERTENSION PULMONAR PRIMARIA ASOCIADA A CARDIOPATIA CONGENITA.	**64**

5. INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR. HIPERTENSIÓN PULMONAR

FAC2015-163 / luzrodeles@gmail.com

ASOCIACIÓN DE ANTICUERPOS AGONISTAS DEL RECEPTOR B1 ADRENÉRGICO CON LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA CHAGÁSICA CRÓNICA

Luz Rodeles[1], Miguel Vicco[1], Victoria Monasterolo[*1], Iván Bontempi[1], Iván Marcipar[1], Oscar Bottasso[2]*

[1]Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, [2]Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La enfermedad de Chagas es una infección crónica causada por el protozoario Tripanosoma cruzi, cuya principal complicación es el compromiso cardíaco. Varios autores han observado la presencia de auto anticuerpos inducidos por T. cruzi que podrían relacionarse al perfil clínico. En este contexto valoramos si la presencia de anticuerpos que presentan reacción cruzada con el receptor β1 adrenérgico se asocia a las manifestaciones clínicas de la miocardiopatía chagásica crónica (MCC).

Material y Método: Se realizó un trabajo transversal que incluyó 155 individuos con MCC sin antecedentes de otras afecciones cardiacas, enfermedades renales, tiroideas,patologías sistémicas, y de haber recibido tratamiento específico para T. cruzi o inmunosupresores. Todos los participantes fueron sometidos a examen clínico completo y se les determinaron los niveles de anticuerpos anti-β1 mediante ELISA indirecto.

Resultado: Se incluyeron 155 pacientes de 51,9 ± 12,73 años, de los cuales 88 eran mujeres. No existió diferencia de edad en relación al sexo. Acorde a la categorización de Storino y col se clasificaron los pacientes en a. MCC I: 59 pacientes, b. MCC II: 54 pacientes y c. MCC III: 42 pacientes. Las personas pertenecientes al grupo MCC I fueron más jóvenes en comparación a los otros grupos (ANOVA: p<0,001). En relación al sexo, no hubo diferencia de proporciones entre grupo. Anti-β1 resultó positivo en 83 casos. La edad y el sexo no se asociaron con los niveles de anticuerpos. Respecto a las manifestaciones clínicas cardiológicas, se observó que su presencia se asoció a la positividad de anti-β1 (x^2: p<0,001), a su vez observamos que anti-β1 se encontraba elevado en las personas con MCC III (ANOVA: p<0,05). Finalmente, la presencia de insuficiencia cardiaca sistólica determinada por ecocardiograma, también se relacionó a los niveles de anti-β1 (T Student: p=0,002).

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que la presencia del anticuerpo anti-β1 se asocia a la miocardiopatía crónica chagásica sintomática. A su vez, observamos que mayores títulos de este anticuerpo se correlacionan con la presencia de insuficiencia cardiaca sistólica pudiendo contribuir a la evaluación del perfil clínico de los pacientes.

4. TRASTORNOS DEL RITMO, MUERTE SÚBITA, ELECTROFISIOLOGÍA

FAC2015-161 / mauri19683@hotmail.com

CARDIOMIOPATIA HIPERTROFICA. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON CARDIODESFIBRILADORES IMPLANTABLES

Nestor Galizio[1], Mauricio Andres Mysuta[*1], José Luis Gonzalez[1], Adrian Fernandez[1], Horacio Casabe [1], Liliana Favaloro[1], Alejandro Palazzo[1], Federico Robles[1], Carnero Guillermo[1], Fidel Colque[1]*

[1]Fundación Favaloro, Buenos Aires, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Estudiar la incidencia de muerte súbita (MS), terapias del cardiodefibrilador (CDI) y complicaciones relacionadas al dispositivo en pacientes (ptes) portadores de Cardiomiopatia Hipertrofica (CMH) implantados con un CDI para la prevención primaria (PP) y secundaria (PS) de MS.

Material y Método: De un total de 758 ptes con CMH se realizo un análisis retrospectivo de cohorte en 104 ptes a los que se le implanto un CDI entre enero 1995 y octubre 2014. Edad media 58 ±18 años, 58% hombres. Las indicaciones para PP se basaron en el algoritmo publicado en el año 2003 por la ACC/ESC (Hipertrofia ventricular extrema, taquicardia ventricular no sostenida, historia familiar de MS, respuesta plana de la tensión arterial durante el ejercicio y sincope inexplicado) en 89 ptes (86.4%) y para PS fueron taquicardia ventricular sostenida (TVS) o paro cardiaco en 14 ptes (13.6%). Se valoró punto final combinado de MS o terapias apropiadas (TA), incidencia de terapias inapropiadas (TI) y complicaciones asociadas al dispositivo (CAD).La mediana de seguimiento fue de 58 meses (rango 3-209 meses). Las variables fueron analizadas con test de Chi $_2$ y la curva de sobrevida con método de Kaplan Meier.

Resultado: En los ptes en PP 1) la incidencia de MS/TA fue de 6.7% (6/89 ptes): 1 paciente (pt) con 1 factor de riesgo (FR), 2 ptes con 2 FR y 3 ptes con 3 FR. 2) la incidencia de TI fue de 25.8% (23/89 ptes): taquicardia sinusal en 11 ptes (43%), fibrilación auricular en 6 ptes (26%), sobresensado de onda T en 3 ptes (13%), ruido del catéter ventricular en 3 ptes (13%) y taquicardia auricular en 1 pte (5%). Los TI se eliminaron mediante reprogramación y / o recambio del cateter afectado 3) la CAD fue del 20.2% (18/89 ptes): Desplazamiento del catéter en 7 ptes (7.8%), fractura/ ruido del catéter en 5 ptes (5.6%), infección en 2 ptes (2.2%), derrame pericardico/ taponamiento cardiaco en 2 ptes (2.2%) y endocarditis en 2 ptes (2.2%). Las CAD fueron resueltas mediante tratamiento médico o quirúrgico. No hubo muertes. En los ptes con PS la incidencia de MS/TA fue de 35.7% (5/14 ptes) y la incidencia de TI fue de 14.2% (2/14 ptes). No tuvieron CAD. Hubo diferencia significativa en la incidencia de MS/TA entre ptes en PP y PS (6.7% vs 37.5%; P 0.001) respectivamente. La sobrevida libre de MS/TA a los 96 meses en el grupo de PP fue de 86.3%.

Conclusiones: El CDI fue altamente efectivo en el tratamiento de arritmias letales en PS. Los ptes en carácter de PP tuvieron una incidencia menor de MS/TA con elevada tasa de TI y CAD.

8. SESIONES ESPECIALES

FAC2015-236 / darrigomabel@yahoo.com.ar

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE BIOMARCADORES DE ESTRÉS OXIDATIVO EN MIOCARDIOPATIA CHAGASICA

Susana Lioi[*1], Gabriela Gerrard[1], Romina Diviani[1], Maria Jose Ceruti[1], Juan Beloscar[2], Mabel D Arrigo[1] on behalf of darrigomabel@yahoo.com.ar*

[1]Facultad De Ciencias Bioquimicas Unr, [2]Carrrera De Cardiología Fcm UNR, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Los factores fisiopatológicos que controlan la inflamación cardíaca en los pacientes chagásicos aún no fueron totalmente aclarados. El curso de la enfermedad dependería de varios factores como carga parasitaria, grupo genético y cepa del parásito y estado inmunológico del hospedero entre otros. Se sugiere que el estrés oxidativo constante en el corazón contribuiría a la MCC. Reacciones inflamatorias en el corazón se relacionarían con mayor producción de citoquinas que inducirían una mayor generación de especies reactivas de oxígeno y de nitrógeno (ROS/RNS). La persistencia del parásito, aunque sea en bajas densidades, mantendría un proceso inflamatorio activo y crónico, que dependiendo de las características inmunogenéticas o de características inmunológicas inducidas por el medio ambiente interno o externo al huésped, predominaría una respuesta celular con producción de determinada citoquina. El factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa) induciría selectivamente a Mn-SOD. El objetivo de este trabajo fue realizar un estudio descriptivo de biomarcadores de estrés oxidativo como actividad enzimática de superoxido dismutasa (SOD), catalasa (CAT), medición de punto final de la oxidación lipídica es el ensayo SRAT (Sustancias Reactivas al Acido Tiobarbitúrico, tBARS) y FNTalfa.

Material y Método: Se analizaron 4 grupos de individuos: controles (CN=55), chagásicos sin MCC (ECsinMCC=28), chagásicos con MCC (MCC=35), y con cardiopatía no chagásica (CnoC=45) de similares características, a los cuales se les realizó examen cardiovascular, electrocardiograma, radiografía de tórax y exámenes complementarios según indicaciones en cada caso. Se analizaron las actividades enzimáticas de SOD y CAT por método espectrofotométrico (Kits Ransel Labs), tBARS y antioxidantes totales (Randox). Para el estudio estadístico se realizó análisis de variancia a un criterio de clasificación, para cada enzima, se aplicó Kruskal Wallis. El nivel de significancia se estableció en p <0,05.

Resultado: Las actividades obtenidas de CAT(K/gHb): MCC 316±68, CsinC 332±41, CN 185±28; SOD(USOD/gHb): MCC 3270±833, CsinC 2590±188, CN 895±314 y MDA/tBARS(nmol/ml): CN 2.30±0.62 CsinC 3.56±1.22 MCC 4.04±1.82 p< 0.001.

Conclusiones: Se observaron diferencias significativas de la actividad en los pacientes, lo que significaría a nivel celular, una alteración de la capacidad antioxidante. Estos biomarcadores serían potencialmente útiles en el diseño de modelos predictivos para identificar pacientes chagásicos con riesgo de desarrollar complicaciones clínicas.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-278 / jmaximilianovillegra@hotmail.com

FACTIBILIDAD Y CORRELACIÓN ENTRE DIFERENTES MÉTODOS ECOCARDIOGRÁFICOS PARA EL CÁLCULO DEL ÁREA VALVULAR AÓRTICA

Jose Maximiliano Villagra[*1], Gabriela Matta[1], Florencia Castro[1], Martin Vivas[1], Gustavo Avegliano[1], Ronderos Ricardo[1]*

[1]Instituto Cardiovascular Buenos Aires, Ciudad Autonoma de Buenos Aires, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Introducción: La ecuación de continuidad para el cálculo del área valvular aórtica (AVAo) se utiliza ampliamente en el terreno clínico. El objetivo de este estudio es comparar los resultados del calculo del AVAo mediante la ecuación de continuidad (EC) clásica, con los obtenidos a través de la aplicación de los valores del área del TSVI medida en forma directa con ecocardiografía 3D y con el calculo realizado aplicando el volumen sistólico derivado del analisis volumétrico del ventrículo izquierdo de manera tridimensional asi como la correlación entre los métodos.

Material y Método: Se incluyeron en forma prospectiva 30 pacientes mayores de 18 años y en ritmo sinusal con diagnóstico de Estenosis aortica severa (EAoS) derivados desde el Centro de Valvulopatías del ICBA. La comparación de los resultados de los 3 métodos se realizó con la prueba no paramétrica del signo de rangos de Wilcoxon para datos pareados o dependientes, dado que no se cumplieron todos los supuestos de normalidad para dichas variables numéricas. La correlación entre las 3 metodologías se evaluó mediante el coeficiente de Spearman.

Resultados: Las características basales de la población se presentan en la tabla 1. La media del gradiente máximo y medio fue de 83.6 y 47.96 mm Hg respectivamente. La mediana de la fracción de eyección (FEy) fue de 63.5% (RIC 34-71). Los pacientes presentaban un área valvular promedio mediante por EC clásica de 0.71 cm^2 (± 0.11 cm2), mediante ECTSVI 3D de 0.78 cm^2 (± 0.10 cm2), y mediante cálculo EC VS 3D de 0.69 cm^2 (± 0.11 cm2). El área medida ECTSVI 3D resulto levemente mayor a la del resto de los métodos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p<0.000). La correlación entre el área por ECTSVI 3D y EC clásica 2D fue buena (R =0.89) a pesar de las diferencias (figura 1), siendo en cambio solo regular entre ECTSVI 3D y EC VS 3D (R=0.7) (figura 2). Al analizar el subgrupo de pacientes con mayor superficie corporal, se observó que en aquellos con Índice masa corporal > 25 la correlación del método volumétrico EC VS 3D con los otros métodos fue muy pobre (R=0.58)

Conclusión: Los métodos de aplicación de la ecuación de continuidad para el cálculo del AVAo con datos exclusivamente de eco 2D o con la medida directa del área del TSVI por eco 3D así como con el cálculo del volumen latido directamente por volúmenes ventriculares por 3D correlacionan entre si aunque este último es el menos ajustado, particularmente malo en los pacientes de gran superficie corporal. El cálculo del área con EC clásica subvalora los resultados respecto a la aplicación del área del TSVI obtenida por 3D lo que podría tener consecuencias en la aplicación clínica de la EC.

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-203 / daniricon@yahoo.com.ar

COMPLACENCIA VENOSA BAJA: UN DETERMINANTE PRIMORDIAL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL NO CONTROLADA?

Daniel Ricon[*1], Sergio Gonzalez[1], Guillermo Martinez[1], Felipe Inserra[2], Rodolfo La Greca[1], Irma Ramella[1]*

[1]Hospital Churruca, [2]S.A.H.A., C.A.B.A., Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Las alteraciones en el manejo del volumen sanguíneo, en un contexto de complacencia arterial baja, podrían ser causas de hipertensión arterial no controlada (HNC).a-Evaluar las asociaciones entre 1- volumen sanguíneo central 2- su redistribución en posición de pie con la presión arterial (PA).b-Determinar la prevalencia de la inhibición de la redistribución del volumen central ante la bipedestación en la HNC.c-Identificar predictores independientes de la HNC

Material y Método: De 198 sujetos evaluados, y después de aplicar los criterios de exclusión (hipertensión secundaria, diabetes, enfermedad renal, bloqueadores adrenérgicos) se incluyeron 84 pacientes: 20 normotensos (47,6 ± 9,6 años, 121,8 ± 11,6 / 73,8 ± 6,1 mm Hg, 37% mujeres) y 64 hipertensos (56,4 ± 12,3 años, 142,3 ± 17,0 / 84,8 ± 10,5 mm Hg, 44% mujeres) tratados con dos medicamentos (IECA más tiazidas o BCC). Se midió PA (ESH) y se realizó cardiografía de impedancia, con mediciones del contenido de fluido torácico (CFT: 1 / impedancia torácica, 1 / mOhm) en posiciones acostado / de pie, además del índice de complacencia arterial total (ICA, ml / mm Hg) y del período pre-eyectivo (PPE, mseg) como marcador de tono simpático. Se calculó la diferencia del CFT acostado/de pie (CFTdif, capacidad de redistribución venosa). Se evaluaron las correlaciones entre CFT / CFTdif con la PA media (Pearson). El CFTdif se clasificó según el sexo a través de un Z-score. A partir de la integración de ambas poblaciones, se definieron dos grupos (+ CFTdif, redistribución positiva; -CFTdif, redistribución negativa), determinándose sus respectivas prevalencias en la HNC (PAS> 139 mm Hg y / o PAD> 89 mm Hg). Por último, los predictores independientes de HNC fueron evaluados por regresión logística.

Resultado: El CFT basal no se asoció con la PA media (r = -0,12, p = 0,27). El CFTdif, en cambio, se correlacionó en forma inversa y significativa con la PA media (r = -0,34, p = 0,001). Los valores medios de CFTdif fueron 3.1 mOhm en hombres y 3.7mOhm en mujeres. La prevalencia de -CFTdif fue significativamente elevada en la HNC (-CFTdif: 82,1% vs. + CFTdif: 17,9%, p = 0,001). En la regresión logística, el PPE, el CFTdif, el ICA y el sexo femenino fueron predictores independientes de HNC

Conclusiones: No encontramos relación entre el volumen sanguíneo central y la PA. En contraste, la redistribución de volumen sanguíneo durante la bipedestación se asoció inversa y significativamente con la PA. La incapacidad de la redistribución del volumen sanguíneo central fue casi constante en hipertensos no controlados. Un tono simpático alto, junto con una baja complacencia en territorios venosos y arteriolas, podría ser uno de los mecanismos desencadenantes de la hipertensión no controlada.

8. SESIONES ESPECIALES

FAC2015-118 / feldgabriela@gmail.com

EFECTO OSEO DE LA ROSUVASTATINA ASOCIADA A TRATAMIENTO QUELANTE CONVENCIONAL EN UN MODELO EXPERIMENTAL EXPUESTO A PLOMO

Gabriela Feldman[*1], Norma Soria de Santos[2], Luis Fajre[3], Cesar Miranda[3], Nora Martínez Riera[2]*

[1]Cátedra de Toxicología. Facultad de Medicina -UNT, [2]Cátedra de Toxicología.Facultad de Medicina.UNT, [3]Centro Radiólogico Luis Mendez Collado SRL, Tucumán, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Al ser el plomo un metal acumulativo en hueso y causante de alteraciones en el perfil lipídico, pueden utilizarse para el tratamiento de la intoxicación fármacos dadores de sulfihidrilos y rosuvastatina empleada en dislipemias. No se conoce si estas sustancias asociadas tienen efecto en las alteraciones óseas generadas por el metal.

Objetivo: En un modelo animal de ratas expuestas a 1000 ppm de acetato de plomo determinar alteraciones en la estructura ósea y el efecto de un dador de sulfihidrilos asociado a rosuvastatina.

Material y Método: Se incluyeron ratas adultas Wistar con ingesta en el agua de bebida de acetato de plomo en concentraciones de 1000 ppm (un mes), luego de la intoxicación, se administró la asociación de fármacos (n: 6 cada grupo). Para valorar las alteraciones óseas se utilizó radiología digital de alta resolución en huesos largos de cada uno de los animales, con un caliper de 1 cm. Equipo de Radiodiagnóstico KODAK DIRECT VIEW ELITE CR con impresora 5800 laser imager.

Resultado: En huesos largos (con 1000 ppm) se observó imágenes radiopacas por movilización de calcio y fósforo en las diáfisis de los mismos, con modificación de la arquitectura de la medular. Estas imágenes son más intensas en la zona adyacente a la articulación.

Los huesos largos del grupo tratado con la asociación de fármacos no solo no evidenciaron alteraciones en la estructura ósea, sino que a nivel de huesos femorales mostraron aumento de la densidad osea.

Conclusiones: Los hallazgos de este trabajo permiten afirmar que la utilización de dadores de grupos sulfihidrilos más rosuvastatina evitaría la movilización de calcio ocasionada por el plomo. Estos fármacos asociados, potencian sus efectos terapéuticos originales.

8. SESIONES ESPECIALES

FAC2015-119 / feldgabriela@gmail.com

HIDROARSENISISMO CRÓNICO REGIONAL ENDÉMICO: MODIFICACIÓN DE PERFIL LIPÍDICO EN UN MODELO EXPERIMENTAL

Gabriela Feldman[*1], Norma Soria [1], Antonio Sergio Chain Molina[1], Nora Martínez Riera[1]*

[1]Cátedra de Toxicología- Facultad de Medicina- UNT, Tucumán, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: El Hidroarsenisismo crónico regional endémico (HACRE), constituye una patología que afecta a la población ubicada al este de la provincia de Tucumán. El HACRE es un síndrome tóxico adquirido por ingesta prolongada de agua con concentraciones de arsénico superiores a 0,08 mg por litro de agua proveniente de pozos. Entre otros efectos, el Hacre puede ocasionar queratodermias, caída de cabellos, daño miocárdico, gangrena de las extremidades, alteraciones electro miocárdicas, sangrado por lesión del tracto gastrointestinal, neuropatía periférica, angiosarcoma hepático, cirrosis y carcinogénesis en la piel. No se encuentra explorada la relación de la ingesta de arsénico de manera permanente en esos niveles con el riesgo cardiovascular.

Objetivo: determinar alteraciones del perfil lipídico en un modelo experimental intoxicado con 0.05 ppm arsenito de sodio en el agua de bebida.

Material y Método: Se incluyeron ratas adultas Wistar con ingesta en el agua de bebida de arsenito de sodio 0.05 ppm durante seis meses, concentración homologable a la del HACRE y grupo control libre de arsénico. Se realizó determinación cualitativa de arsénico en orina y en sangre determinación de perfil lipídico, incluyendo colesterol total, sus fracciones y triglicéridos (método de Winner Lab).Estadística: Mann- Whitney.

Resultado: Determinación cualitativa de arsénico en orina: positiva en el grupo intoxicado con arsénico.

Colesterol total grupo arsénico: 0.85 (±0.3-0.7) g/l, grupo control: 0.76 (±0.1-0.5) g/l. Colesterol HDL grupo arsénico: 0.52 (±0.1-0.9) g/l y grupo control: 0.64 (±0.2-0.6) g/l. Colesterol LDL: grupo arsénico: 0.76 (±0.3-0.6) g/l, grupo control: 0.68 (±0.3-0.5) g/l. Triglicéridos: grupo arsénico: 2 (±0.3-0.7) g/l y grupo control de 1.45 (±0.2-0.4) g/l.Se observo diferencia significativa en todos los grupos con p<0.02.

Conclusiones: Este trabajo muestra que con concentraciones de arsénico similares a las encontradas en zonas endémicas, se producen modificaciones en el perfil lipídico que pueden implicar riesgo cardiovascular.

El arsénico puede actuar de manera independiente o potenciar el riesgo cardiovascular preexistente.

4. TRASTORNOS DEL RITMO, MUERTE SÚBITA, ELECTROFISIOLOGÍA

FAC2015-381 / emiradiez@gmail.com

LA MELATONINA PROTEGE CONTRA LA FIBRILACIÓN VENTRICULAR INDUCIDA POR HIPOPOTASEMIA PRESERVANDO LA CONEXINA-43

*Emiliano Diez[*1], Natalia Prado[2], Roberto Miatello[2], Amira Ponce Zumino[1]*

[1]Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Cuyo, [2]IMBECU-CONICET, Mendoza, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: La hipopotasemia es la anomalía electrolítica más frecuente en la práctica clínica y aumenta riesgo de fibrilación ventricular (FV). La melatonina previene alteraciones en los canales formados por conexina 43 (Cx43) y protege contra la FV inducida eléctricamente, pero sus propiedades en otros escenarios arritmogénicos como la hipopotasemia permanecen desconocida. Nuestro objetivo fue demostrar que la melatonina protege contra la VF inducida por hipopotasemia, en parte al afectar a la Cx43.

Material y Método: Corazones de aislados rata se sometieron a 10 min de perfusión con Krebs-Henseleit (4,5 mmol/L de K^+), seguido de perfusión con bajo potasio (1 mmol/L) en la ausencia o presencia de melatonina (100 µM). Se mantuvieron los niveles de bajo potasio por 25 min, a menos que la VF ocurriera antes. Luego de dos minutos de VF se perfundió con Krebs-Henseleit, nuevamente, a fin de evaluar si retornaba el ritmo sinusal. Se analisó la incidencia de las arritmias y el tejido ventricular para la expresión (western blot) y distribución Cx43 (inmunofluorescencia).

Resultado: La melatonina redujo la incidencia de VF inducida por bajo potasio de 100% en los controles (13/13) a 67% (8/12) (P = 0,0391), retrasó la aparición de la FV de 7 minutos (5-12 rango intercuaril) a 12 minutos (9-25 rango intercuartil) (P = 0,041) y dio lugar a una recuperación más rápida del ritmo sinusal (P = 0,047). Las arritmias transitorias, parámetros del ECG (frecuencia cardíaca, intervalos PR y QT) y la presión desarrollada por ventrículo izquierdo no fueron diferentes entre los grupos. Los niveles totales de Cx43 no se modificaron por la melatonina, sin embargo, el tratamiento previno la desfosforilación (confirmado con anticuerpo específico contra Cx43 desfosforilada) y la topología anormal (lateralización) de la Cx43.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que la melatonina aguda protege contra la VF inducida por bajo potasio, en parte mediante la prevención de los cambios agudos en la Cx43.

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-256 / nicolasfede@gmail.com

EFECTOS DEL METOTREXATO SOBRE LA INFLAMACIÓN VASCULAR EN UN MODELO DE SÍNDROME METABOLICO E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Nicolas F. Renna[*1], *Agustina Dominguez Ovik*[2], *Eliel Ramirez*[3], *Cristina Lama*[4], *Susana Gonzalez*[4], *Roberto Miatello*[5]

[1]Departamento de Patología. FCM-UNCuyo. IMBECU-CONICET, [2]Facultad de Ciencias Médicas-UNCuyo, [3]Facultad de Ciencias Medicas, [4]IMBECU-CONICET, [5]Facultad de Ciencias Médicas, Mendoza, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: El objetivo principal de este trabajo es demostrar la participación de esta citoquina en el modelo experimental, a partir administración de metrotexato, como herramienta farmacológica.

Material y Método: Ratas Wistar Kyoto (WKY) y espontáneamente hipertensas (SHR), macho se distribuyeron en 6 grupos (n=8 c/u): **I.** WKY; **II.** FFR; **III.** SHR; **IV.** FFHR: SHR recibiendo fructosa en agua de bebida al 10% (v/v) durante 12 semanas; **V.** WKY-M: WKY que reciben 0,3 mg/Kg de metotrexate por vía subcutánea las últimas 6 semanas; **VI.** FFR-M: FFR que reciben 0,3 mg/Kg de metotrexate por vía subcutánea las últimas 6 semanas; **VII.** SHR-M: SHR que reciben 0,3 mg/Kg de metotrexate por vía subcutánea las últimas 6 semanas; **VIII.** FFHR-M: FFHR que reciben 0,3 mg/Kg de metotrexate por vía subcutánea las últimas 6 semanas.

Al finalizar el protocolo se examinaron: **a.** Presión arterial sistólica (PAS) por el método pletismográfico, **b.** Glucemia, trigliceridemia (TG), colesterolemia total (CT) y colesterol-HDL (c-HDL) basales por métodos fotocolorimétricos, **c.** Determinación de insulinemia por quimioluminiscencia y posterior cálculo de indice HOMA-IR, **d.** Determinación de Proteína C Reactiva ultrasensible (PCRu) por método turbidimétrico, **e.** Evaluación mediante western blot de la expresión (mediante centrifugación diferencial) de NF-kB fracción p65(citoplasmica y nuclear) y VCAM-1 (membrana) de homogenedos de tejido vascular mesentérico. Además se evaluó la localización mediante inmunofluorencescia indirecta en cortes de 3 µm de tejido mesentérico completo. **f.** La expresión IL-6 en tejido vascular mesentérico obtenido a través de centrifugación diferencial y posterior western blot. Los datos cuantitativos (media±sem) se procesaron por ANOVA y post-test de Bonferroni. (*p<0.001 v WKY y #p<0.001 v FFHR).

Resultado: El tratamiento crónico con M revirtió el incremento de las variables metabólicas y la presión arterial sistólica. Además, M modulo la respuesta inflamatoria a partir de los marcadors sistemicos como PCRus y locales como IL-6, NF-kB y VCAM-1.

El tratamiento crónico con M revirtió el incremento de las variables metabólicas y la presión arterial sistólica. M modulo la respuesta inflamatoria a partir de los marcadors sistemicos como PCRus y locales como IL-6, NF-kB y VCAM-1.

Conclusiones: Los datos confirman la hipótesis y sugieren la participación de diferentes proteínas inflamatorias a nivel vascular, permitiendo la creación, perpetuidad, amplificación e inestabilización de la injuria vascular.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-185 / Josewerenitzky@gmail.com

CAMBIOS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES DEL VENTRÍCULO DERECHO EN DEPORTISTAS DE ALTO RENDIMIENTO EVALUADOS POR ECOCARDIOGRAFÍA

José Werenitzky[*1], *Alvaro Carranza*[1], *Juan Santiago Moreno*[1], *Matias Horacio Clavero*[1], *Fernando José Daghero*[1], *Marcelo Fernando Urinovsky*[1], *Eduardo Moreyra*[1], *Miguel Angel Tibaldi*[1]

[1]Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: El entrenamiento físico intenso se asocia al corazón de atleta, que son adaptaciones eléctricas, estructurales y funcionales del miocardio. Se publicaron trabajos referidos a las alteraciones causadas en el ventrículo derecho por el deporte, nuestra inquietud es evaluar las mismas, debido a que consideramos, tendrían implicancias en el pronóstico en atletas de alto rendimiento. Nuestros objetivos son evaluar los posibles cambios anatomo funcionales del ventrículo derecho en deportistas comparado con no deportistas.

Material y Método: se valoraron 117 pacientes, de los cuales 97 eran hombres (83%) con una edad promedio de 32 (±8) años de edad, y se los dividió en tres grupos deportistas dinámicos (DD) (Maratonistas), deportistas estáticos (DE) (físico culturistas), y un grupo de sedentarios (GS). A todos los grupos se le realizó eco cardiograma donde se evaluó morfología del ventrículo derecho, y su funcionalidad con mediciones de TAPSE (excursión sistólica del anillo tricuspideo), Doppler tisular, strain, strain rate, apical, y basal, tomando en cuenta sus valores sistólicos.

Resultado: Strain rate apical: DD -31,7 (±5,3), DE -32,2 (±6,6) y GS -19,84 (±7) p>0,0001

Strain rate basal: DD -22,1 (±5,9), DE -23,3 (±6,4), y GS -29 (±7) p > 0,0001

Doppler tisular apical la onda S en DD 3,5 (±1,7), DE 3 (±1,8), GS 2,34 (±1) con p=0,0006. Doppler tisular medio la onda S, el GD 5,4 (±1,6), GE 4,7 (±1,6), GS 4,3 (±2) con p=0,005. Doppler tisular basal del VD la p fue no significativa.

TAPSE DD 20,5 (±3,4), DE 20 (3,8), GS 19,5 (±3) con P=no significativa.

Los diametros sistolicos basales DD 27,3 (±4,8), DE 24,4 (±6,2), GS 31 (±7) p= 0,0008

Conclusiones: 1.Encontramos diferencias estadisticamente significativas entre los deportistas y no deportistas en los parámetros de función sistólica del ventrículo derecho y sin diferencias significativas rn cifras del TAPSE.

2.No existieron diferencias significativas entre los grupos de DD y DE en los parámetros de función sistólica medidos en el ventrículo derecho.

3.Los diametros sistolicos se comportaron de igual manera que los parámetros funcionales.

4. TRASTORNOS DEL RITMO, MUERTE SÚBITA, ELECTROFISIOLOGÍA

FAC2015-153 / javier_bona79@hotmail.com

PREVALENCIA DE FORAMEN OVAL PERMEABLE EN PACIENTES SOMETIDOS A ABLACIÓN DE SUSTRATOS ARRITMICOS IZQUIERDOS

Javier Bonacina[*1], *Mauricio S Abello*[2], *David Doiny*[4], *Mónica Benjamín*[3], *Julián A Olmedo*[1], *Hugo Grancelli*[2], *Amalia Elizari*[1], *José M Moltedo*[3]

[1]FLENI, [2]Sanatorio Finochietto, [3]Clínica y Maternidad Suizo Argentina, Capital Federal, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: La prevalencia de foramen oval permeable (FOP) descripta en la población general ronda el 25%. Sin embargo, la prevalencia real en el grupo seleccionado de pacientes sometidos a ablaciones de sustrato izquierdo no está descripto. Este trabajo tiene como objetivo analizar la prevalencia de FOP en pacientes sometidos a ablaciones de sustratos arrítmicos izquierdos.

Material y Método: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes consecutivos de la base de datos de electrofisiología y se identificaron aquellos con sustratos izquierdos evaluando cual fue la vía de abordaje elegida. En estos casos, antes de realizar la punción transeptal se comprobaba la presencia de FOP con retirada del catéter desde la VCS. Se evaluaron los datos demográficos y los sustratos arrítmicos.

Resultado: De los 959 pacientes se incluyeron 231 pacientes con sustratos izquierdos. La edad media fue de 25 años [2-80], el 63% (145 p) eran hombres. Los sustratos fueron: Wolff – Parkinson– White 119 pacientes (52%), vías accesorias ocultas 62 (27%), Taquicardia Auriculares 8 (3%), Fibrilación Auricular 39 (17%), y 3 Aleteo Auricular atípico (1%).

De los 231 accesos que se realizaron hacia la aurícula izquierda, 217 (94%) fueron por punción transeptal y únicamente 14 (6%) presentaron FOP.

Conclusiones: En nuestra experiencia la prevalencia encontrada de Foramen Oval permeable en pacientes sometidos a procedimientos de ablación de sustratos izquierdos es del 6%, un porcentaje notablemente menor a los reportados habitualmente en los textos.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-218 / carranza_alvaro@hotmail.com

FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA POR ECOGRAFÍA 2D CON STRAIN, DE DEPORTISTAS DE ALTO RENDIMIENTO Y PERSONAS SANAS NO DEPORTISTAS

Alvaro Carranza[*1], *José Werenitzky*[1], *Fernando Daghero*[1], *Matias Horacio Clavero*[1], *Miguel Angel Tibaldi*[1], *Eduardo Moreyra*[1], *Marcelo Fernando Urinovsky*[1], *Jorge Rodrigo Fernandez*[1]

[1]Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Es sabido que el deporte de alto rendimiento provoca cambios fisiológicos tanto estructurales como funcionales en el corazón.El objetivo de este estudio es describir los hallazgos morfológicos y funcionales de un grupo de atletas mediante la ecocardiografía, comparando los mismos con los encontrados en un grupo de no deportistas.

Material y Método: Se analizaron 128 pacientes, todos de sexo masculino con una mediana de edad (±rango) de 25 años (±18-50), que se subdividieron en 4 grupos según la actividad física: 1- dinámico (D: maratón mayoritariamente); 2- estático (E: fisicoculturistas); 3- combinado (DE: rugbiers); y 4- control (C: no deportistas). Se les realizó ecocardiografía doppler 2D con ecógrafo Phillips iE33 analizando diámetros ventriculares izquierdos (VI) de fin de diástole y sístole (DVId y DVIs), el espesor parietal diastólico del septum interventricular (SIV) y de la pared posterior del VI (PPVI), masa ventricular izquierda (MVI), índice de MVI (IMVI), fracción de eyección (Fey), morfología ventricular y el strain longitudinal global del VI (SLGVI). Análisis estadístico: Varianza, test de Tukey, test t de Student y análisis de regresión lineal.

Resultado: Se observó que en los 3 grupos de deportistas los DVId, DVIs, SIV, PPVI, MVI e IMVI fueron mayores con respecto al grupo control (p<0.02, p<0.04, p<0.01, p<0.01, p<0.01 y p<0.01 respectivamente). No hubo diferencias al comparar la Fey entre los 4 grupos (p=0.15), pero sí al comparar el SLGVI encontrando que en el grupo DE hubo una menor deformación (p<0.0453) comparado con los otros grupos.

Conclusiones: 1) los deportistas de alto rendimiento producen cambios estructurales y fisiológicos en el VI. 2) si bien no existieron diferencias entre los grupos con respecto a la fracción de eyección, los deportistas mostraron un mayor índice de deformación (SLGVI), y los grupos D y E más que el DE.

4. TRASTORNOS DEL RITMO, MUERTE SÚBITA, ELECTROFISIOLOGÍA

FAC2015-245 / mariabelencigalini@gmail.com

EVALUACIÓN DE LOS MARCADORES ELECTROCARDIOGRÁFICOS DE RIESGO DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES SIN CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL SIGNIFICATIVA

María Belén Cigalini[*1], *Romina Deganutto*[1], *Juan Martín Galiano*[1], *Florencia Foressi*[1], *Laura Sanziani*[1], *Marcelo Cardona*[2], *Carlos Dumont*[1], *Jorge Garguichevich*[1]

[1]Sanatorio Los Arroyos, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar la presencia de trastornos de conducción inter o intra auriculares, como predictores electrocardiográficos de riesgo de fibrilación auricular (FA) en pacientes sin cardiopatía estructural significativa.

Material y Método: Estudio observacional y transversal. Se incluyeron pacientes ≥60 años con ecocardiograma reciente. Se excluyeron aquellos con evidencia de dilatación auricular izquierda de grado moderado a severo. Las variables fueron medidas por 2 observadores independientes y en caso de discrepancia por un tercero.

Resultado: Se reclutaron 74 pacientes (5 fueron excluidos por trazados poco claros). De los 69 incluidos, 31 presentaban antecedente de fibrilación auricular (CFA) y 38 no (SFA). La edad promedio fue de 69 años (60-85), 55% femeninos y 67% hipertensos.

El análisis univariado demostró que la presencia de fibrilación auricular se relacionó con la duración de la onda P >120 mseg (35.5% vs 13%; p=0.04) y con la presencia de muescas (74% vs 42%; p=0.01). La duración promedio de la onda P fue de 133 +/-25 vs 120 +/-12 (p=0.01) en los pacientes CFA y SFA respectivamente. El promedio del número de muescas fue de 3.3 +/-3 vs 1.5 +/-2.4 (p=0.003) en los pacientes CFA y SFA respectivamente. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con la dispersión de la onda P, el componente negativo de P en V1 (duración y área) y el componente negativo terminal de P en cara inferior. Tampoco hubo diferencias en cuanto a la edad y sexo.

En el análisis multivariado sólo fue significativa la presencia de muescas (p=0.009), con una sensibilidad y especificidad del 74% y 58% respectivamente.

Conclusiones: La presencia de muescas en el electrocardiograma fue la única variable independiente de trastorno de conducción auricular que se asoció con fibrilación auricular en pacientes ≥ 60 años, sin cardiopatía estructural significativa y con aurícula izquierda normal o levemente dilatada.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-134 / flavia_85@hotmail.com

UTILIDAD DE LA HEMOGLOBINA GLICOSILADA COMO PREDICTOR DE EVENTOS HOSPITALARIOS EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO NO DIABÉTICOS

Flavia Bilancieri[1], *Sofía Colombo*[*1], *Silvana Lopez*[1], *Ricardo Ferrer*[1], *Miguel Hominal*[1], *Gerardo Zapata*[1]

[1]Instituto Cardiovascular de Rosario, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar la utilidad de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) como predictor de eventos intrahospitalarios en una serie de pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) no diabéticos.

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo sobre el análisis de una base de datos que ingresa en forma prospectiva y consecutiva a pacientes con diagnóstico de IAM entre abril de 2010 y diciembre de 2012 (n=118). Se excluyeron 26 pacientes con diagnóstico previo de diabetes. Se analizaron las características basales de la población y los eventos cardiovasculares intrahospitalarios (accidente cerebrovascular, IAM y muerte). Se determinó mediante curva ROC un punto de corte de HbA1c para muerte intrahospitalaria. Se realizó análisis de regresión logística para determinar variables predictoras de mortalidad.

Resultado: De los 92 pacientes analizados, el factor de riesgo más frecuente fue la hipertensión arterial (64,1%), seguido del tabaquismo (45,7%). La edad media fue de 62,1±12. Se realizó reperfusión en el 72,8% (97% angioplastia primaria). Se detectó un punto de corte de HbA1c (sensibilidad: 78%, especificidad 83%, área bajo la curva 0,8)para mortalidad intrahospitalaria y se dividió a la población en dos grupos según el mismo: Grupo I (GI)HbA1c <6,7 (n=64) y Grupo II (GII)HbA1c ≥6,7 (n=28).Los pacientes del GII presentaron significativamente mayor mortalidad que aquellos del GI (42,8% vs 3,1%; p<0,0001), así como eventos combinados (42,8% vs. 3,1%; p<0,0001). Se realizó el análisis multivariado, identificándose como única variable predictora independiente de muerte a la HbA1c ≥ 6,7 (95% IC 1,09-23,8; OR 5,09; p=0,03).

Conclusiones: De acuerdo a nuestro estudio, en los pacientes no diabéticos ingresados con diagnóstico de IAM, niveles de HbA1c elevados se asociaron a un pronóstico desfavorable, siendo esta la única variable predictora de muerte intrahospitalaria.

8. SESIONES ESPECIALES

FAC2015-396 / carlavallejos25@gmail.com

CORRELACION DEL VALOR DE PRESION VENOSA CENTRAL ESTIMADA POR EL EXAMEN DE LA INGURGITACIÓN YUGULAR Y LA MEDIDA POR CATÉTER DE VÍA VENOSA CENTRAL

Carla Vallejos[*1], *Florencia Moreno Pascal*[1], *Viviana Arias*[1], *Eduardo Moreyra*[1]

[1]Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: • Valorar el grado de especificidad y sensibilidad del método clínico con respecto al gold estándar para determinar presión venosa central (PVC). • Evaluar correlación entre médicos en tres niveles distintos de formación para la estimación de PVC a través del examen clínico de la ingurgitación yugular (IY).

Material y Método: Se trata de un ensayo analítico, transversal, prospectivo que fue llevado a cabo en la Unidad Coronaria y Unidad de Terapia Intensiva de dos centros médicos de tercer nivel de atención. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, mayores de 15 años de edad internados, con vía central (VC), ingresados entre los meses de julio a octubre del año 2014. Todos los pacientes fueron elegibles para el estudio, incluso aquellos en asistencia respiratoria mecánica. Se contó con tres grupos de observadores: Primer grupo: Dos médicos de nivel pre postbásico. Segundo grupo: Dos médicos residentes de segundo y/o tercer año de Cardiología. Tercer grupo: Dos médicos especialistas en Cardiología. Se estandarizó el método clínico para la valoración de la IY, a través de una breve clase didáctica. Las observaciones fueron realizadas dentro de la habitación del paciente. Cada observador examino y estimo el valor de IY a ciegas con respecto a los valores determinados por observadores de otros grupos. Luego se procedió a medir la PVC a través de catéter de VC. Las lecturas de la PVC fueron expresadas en cm de H2O y redondeadas a números enteros. El número de la muestra de pacientes fue de 35. Se excluyeron 10 pacientes. De los 25 pacientes incluidos, 13 sexo masculino, 12 femeninos, 5 con Asistencia respiratoria mecánica, el total con VC yugular interna derecha, el total de las inspecciones se realizaron a través de la yugular externa. Se categorizaron a priori en PVC baja (5 cmH2O o menos), rango de referencia (69 cmH2O), y alta (10 cmH2O o más), utilizando valores idénticos para IY y VC.

Resultado: A través del análisis realizado de curvas ROC para sensibilidad y especificidad no hubo correlación estadísticamente significativa entre el gold standard y los el método clínico para determinar PVC normal de la patológica, con áreas bajo la curva ROC de 0,55 (Intervalo de Confianza [IC] 95%: 0,34 0,74) para el grupo 1, 0,51 (IC 95% (0,31 0,72) para el grupo 2 y 0,63 (IC 95% 0,42 0,81) para el grupo 3. Hubo buena correlación entre los grupos de observadores, CCI=0.82; IC 95% 0,6 a 0,9.

Conclusiones: Concluimos que el método clínico aplicado por cada grupo de observadores en nuestro centro, no es sensible ni específico para estimar un valor categórico de PVC. Se demostró correlación entre los tres grupos de observadores, por lo tanto no se pudo demostrar que ningún grupo fuera más específico ni sensible para determinar dicho valor.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-232 / saraviejo1@hotmail.com

DISFUNCIÓN AUTONÓMICA Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS

Sebastián Saravia Toledo[*1], *Carolina Bas Norton*[1], *Lidia Gutierrez*[1], *Natalia Gonza*[1], *Juan Sartor*[1], *Carlos Finquelstein*[1], *Hernan Velez*[1], *Thaer Hjeala*[1], *Claudio Flores*[1]

[1]Hospital Arturo Oñativia., Salta, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar si la disfunción autonómica (da) se relaciona con antecedentes cardiovasculares e isquemia miocárdica en pacientes (p) diabéticos (dbt) sometidos un estudio de perfusión miocárdica gatillado con cortes tomográficos (spect).

Material y Método: Estudio prospectivo observacional de (p) (dbt) remitidos para evaluación de isquemia. Se constato los antecedentes cardiovasculares y clínicos con un interrogatorio preestablecido previo a la evaluación de isquemia. Se realizo imágenes de spect de reposo y esfuerzo. Los que no pudieron realizar esfuerzo se les realizó apremio farmacológico con dipiridamol.

Los defectos de perfusión fueron cuantificados como porcentaje del ventrículo izquierdo en un modelo de 17 segmentos. Se considero defecto leve menor a 5%, moderado de 5 al 10% y severo mayor al 10%. Se evaluó disfunción autonómica con el índice de valsalva.

Las variables discretas se evaluaron con test de chi cuadrado y las continuas con test de T

Resultado: De 88 (p) (dbt) realizaron maniobras de valsalva 80 p (91%). Presentaron (da) 62 (p) (77,5%) sin (da) 18 (p) (22,5%). Los (p) con (da) presentaron mayor proporción de hombres 74,2% vs 38,9% p 0,005, hipertensión arterial (hta) 95,2% vs 72,2% p 0,004, mayor proporción de insulino requirientes 51.6% vs 22,2% p 0,02 y una tendencia a mayor tiempo de duración de la dbt 9,9 vs 7,15 años p 0,09. No presentaron diferencia significativos en los antecedentes cardiovasculares, angor cronico 17,7% vs 5,6% p 0,2, infarto 29% vs 11,1% p 0,1, enfermedad vascular 17,7% vs 11,1% p 0,5, insuficiencia cardiaca, revascularización previa 30,6% vs 5,6 p 0,4 ni edad 58,3 vs 55,8 años p 0,2. Los (p) con (da) fueron menos propensos a realizar esfuerzo físico 59,7% vs 72,% p 0,3 y que sus pruebas fueran suficientes 64,8% vs 76,9% p 0,4 alcanzando menor doble producto 24616 vs 28628 p 0,02. Los (p) (da) tuvieron más spect con isquemia 88,7% vs 38,9% p 0,001 y una tendencia a tener menos spect con isquemia leve 34,5% vs 57,1% p 0,2 y mas spect con isquemia moderada a severa 65,5% vs 42,9% p 0,2, mayor monto isquémico 11,3% vs 2,4% p 0,0001 y necrótico 2,4% vs 8,2 p 0,003.

Conclusiones: 1 La da se asocio a más hta, mayor proporción de hombres, de p insulino requirientes y una tendencia a mayor duración de la dbt. 2. No se observaron diferencias en los antecedentes cardiovasculares ni la edad. 3 Los p con da tuvieron tendencia realizar esfuerzo físico en menor proporción y a que el mismo fuese menos intenso. 4 Los p con da tuvieron spect más graves con más isquemia y necrósis.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-370 / drdanhernandez@hotmail.com

UTILIDAD DEL STRAIN BIDIMENSIONAL LONGITUDINAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA SIN CARDIOPATÍA DEMOSTRADA

Miguel Amor[1], Graciela Rousse[2], Guillermo Schmitt[3], Raúl Velazquez[4], Gerardo Omar Larroza[5], Juan Paul Flores[4], Rafael Acunzo[1], Héctor Freili[6], Angel Vicente Espinosa[7], Daniel Osvaldo Hernández[1,5]

[1]Hospital Ramos Mejia, [2]Hospital Carlos A. Durand, [3]Instituto Médico de Brandsen, Buenos Aires, [4]Comité de Chagas, jujuy, [5]Facultad de Medicina Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, [6]Laboratorio de Parasitologia y Enfermedad de Chagas. Hospital de Niños Ricardo Gutierrez, Buenos Aires, Argentina, [7]Centro de Cirugía Vascular y torácica del Hospital Universitario de Orebro, Orebro, Suecia

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Determinar la utilidad del strain bidimensional en la evaluación de pacientes con enfermedad de Chagas-Mazza sin cardiopatía demostrada.

Material y Método: Estudio prospectivo y longitudinal realizado en los meses de Julio y Octubre de 2014, evaluándose a pacientes con Enfermedad de Chagas sin patología demostrada, de zonas rurales de Formosa y Jujuy. Se compararon con controles. Se realizó Eco Doppler cardíaco. Se valoró el diámetro diastólico del ventrículo izquierdo (DDVI), área auricular izquierda (AI), Fracción de eyección de ventrículo izquierdo (Fey) por el método de Simpson, (TAPSE), relación E/A del flujograma mitral (E/A), relación E mitral/ e tisular mitral (E/e'), strain longitudinal de los 16 segmentos del ventrículo izquierdo y el strain longitudinal global. Se eligieron 17 pacientes en forma aleatoria, en los que se valora variabilidad intra observador y en 8 pacientes también al azar para la variabilidad inter observador. Los métodos estadísticos fueron: variables cuantitativas que se expresan como media y desvío estándar o media y rango intercuartilo según la distribución sea paramétrica o no paramétrica, y se compararon con el test de t o Mann-Whitney según corresponda. Las variables categóricas se expresan como porcentaje y se compararon con test de chi cuadrado o exacto de Fisher. La Variabilidad inter e intra observador se evaluó mediante el coeficiente de correlación (r de Pearson) y el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI). Se empleó el programa estadístico SPSS 18.0 para Windows (SPSS Inc, Chicago IL.).

Resultado: No hubo diferencias estadísticamente significativas, en cuanto a edad y sexo En los pacientes con Chagas sin cardiopatía demostrada, el análisis del strain longitudinal global muestra diferencias estadísticamente significativas entre la población chagasica y control, -20.7 ± 2.9 vs -23.3 ± 2.5 (p<0.001). En los seis segmentos distales del VI hubo diferencias estadisticamente significativas, SIV distal posterior -27.6 ± 4.9 vs -21.7 ± 4.3 (p<0.001), lateral distal -23.3 ± 5.7 vs -18.2 ± 3.5 (p<0.001), inferior distal -28.2 ± 5.8 vs -24.5 ± 5.6 (p<0.007), anterior distal -25.4 ± 4.8 vs -21.2 ± 4.8 (p<0.001) y posterior distal -26 ± 4.8 (p<0.001).

Conclusiones: Los hallazgos del estudio podrían mostrar un daño miocárdico incipiente en los pacientes con Chagas Crónico sin patología demostrada.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-271 / j.acamil@hotmail.com

UTILIDAD DEL SPECT GATILLADO PARA VALORAR LA DISINCRONÍA DEL VI EN LA ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA

Jorge Camilletti[3], Monica Redolatti[1,2], Richard Islas[2], Diego Miranda[2], Victor Arregui[2], Magdalena Defeo[1], Pablo Nuñez[1], Ignacio Elliff[1], Juan Erriest[1]

[1]Hospital Italiano La Plata, La Plata, [2]Hospital Italiano La Plata, 51 e 29 y 30, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Los estudios de perfusión miocárdica (EPM) es utilizado para la valoración de la enfermedad arterial coronaria, valiéndose de la identificación de isquemia. Existen otras herramientas que ayudan a reconocer pacientes (p)de alto riesgo, como dilatación transitoria del ventrículo izquierdo(VI), captación pulmonar y caída de la fracción de eyección (FE) en el postesfuerzo. La disincronía es una herramienta adicional para detectar el miocardio atontado debido a isquemia. El ancho de banda y el desvío estándar evaluados con SPECT gatillado representan el sincronismo de contracción del VI, cuanto mayos es su numero, mayor es el grado de disincronía.

Objetivo: Valorar el grado de sincronía VI en p con EPM normal y p con EPM con isquemia. Evaluar el grado de disincronia como predictor de isquemia

Material y Método: Se analizó la base de datos de la Sección de Medicina Nuclear del Hospital Italiano de La Plata. Se analizaron los EPM evaluando la severidad y extención de los defectos de perfusión de acuerdo al score de suma de stress (SSS) score de suma de reposo (SRS) y score de diferencia (SDS). Se dividieron a los p en dos grupos: EPM normales (G1) 133 p y EPM isquémicos (G2)(SDS>6) 39 p. Se excluyeron p con antecedentes de IAM, portadores de marcapasos definitivo y BCRI en ECG. Se analizaron variables demográficas, de esfuerzo y de perfusión. Se evaluó la sincronía VI a través del análisis de fase de SPECT GATED (ancho de banda, desvío estándar y curtosis) para establecer los valores de ambos grupos utilizando el software Emory Toolbox.

Resultado: Un total de 172 p divididos en dos grupos, normales (G1 133p) e isquémicos (G2 39p). Se analizaron factores de riesgo, antecedentes, estrés y parámetros de perfusión G1 vs G2: sexo masculino 76p (57,2%) vs 29p (75%) p ns; edad 55,4 +/-9,1 años vs 60,1 +/-11,7 años (p 0,007); HTA 82p (61,6%) vs 25p (64,1%) p ns; dislipemia 62p (46,6%) vs 21p (53,8%) p 0,5; DBT 24p (18%) vs 8p (20,5%) p ns; CRM 0 p vs 7 p (17,9%) p 0,0001;ATC 0 p vs 12p (30,7%) p 0,0001; la totalidad de los pacientes realizó apremio en cicloergómetro; METS 7,1+/-1,8 vs 6,3+/-1,7 p 0,0001;%FC 88,5+/-9,9 vs 83,9+/-12,2 p 0,01; SSS 0 vs 9,8/-3,9 p 0,0001. Se analizaron parámetros de sincronía comparando G1 y el estrés de G2: ancho de banda 36,01+/-14 vs 63,4+/-46,4 p 0,0001; desvío estándar16,6+/-10,2 vs 26,1+/-15,7 p 0,0001 y curtosis30,3+/- 16,7+/- vs 24,6+/-14,9 p 0,05.

Conclusiones: En los p con EPM normal, no presentan alteración en los parámetros de sincronía ventricular, mientras que estos parametros se encuentran aumentados en forma significativa en el grupo de p isquémicos, este hallazgo podría explicarse a través del fenómeno de atontamiento miocardico secundario a la isquemia.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-201 / laubeloscar@gmail.com

INFRADESNIVEL DEL SEGMENTO ST EN LA ETAPA DE RECUPERACIÓN DE LA PRUEBA ERGOMÉTRICA Y SU CORRELACIÓN MEDIANTE LAS IMÁGENES DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA

*Laura Beloscar[*1], Miguel Hominal[1], Ricardo Ferrer[1], Gerardo Zapata[1], Jorge Lopez[1]*

[1]Instituto Cardiovascular de Rosario, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Determinar el significado de la PEG positiva por IST durante la fase de recuperación mediante la correlación con las imágenes de perfusión miocárdica.

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo de los pacientes ingresados en forma consecutiva a realizarse Gated-SPECT cardíacos con PEG. El período analizado fue desde agosto de 2012 hasta agosto de 2013. Se incluyeron 283 pacientes con PEG positiva por IST y se dividió a la muestra en dos grupos. IST durante el esfuerzo (grupo I) y IST durante la etapa de recuperación (grupo II). Se realizó regresión logística para determinarlas las variables asociadas a una perfusión miocárdica de alto riesgo. Se consideró imágenes de perfusión miocárdica de alto riesgo si cumplió alguno de los siguientes criterios: más de un territorio vascular (anterior, lateral o inferior), dilatación del VI intra-esfuerzo, más de 5 segmentos involucrados, hipercaptación pulmonar, deterioro de la FEVI post esfuerzo, summed stress score (SSS) ≥ 12.

Resultado: De 283 estudios el 82,7% perteneció al grupo I y 17,3% al grupo II. La edad media de la población estudiada fue de 60,9±9,2 y el 86,6% de sexo masculino. El 39.2% presentaban antecedentes de revascularización y el 12% de IAM. Las causas de solicitud del SPECT más frecuentes fueron: detección de cardiopatía isquémica en asintomáticos, status post-revascularización y angina de reciente comienzo. La SPECT resultó normal en el 44,5%, presentaron isquemia moderada el 17% y severa el 12,4%. El 9,9% fueron considerados estudios de alto riesgo isquémico. Los pacientes del grupo II tuvieron un 46.9% de isquemia moderada a severa y un 22,4% fueron Gated-SPECT de alto riesgo isquémico. La regresión logística determinó al IST en la recuperación como variable predictora independiente de perfusión miocárdica de alto riesgo (OR 0,27, 95% IC 0,107-0,719, p 0,008), junto a la angina (OR 0,12 95% IC 0,05-0,322, p <0,001) y diabetes (OR 0,32 95%IC 0,128-0,841, P 0,02).

Conclusiones: Nuestro estudio pudo establecer una correlación entre la PEG positiva por IST durante la etapa de recuperación y la Gated-Spect, determinando que este sub-grupo especial de pacientes se asocia a mayor severidad de isquemia y a estudios de perfusión de alto riesgo.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-348 / jmbonelli@gmail.com

APORTE DE LA RESONANCIA CARDÍACA EN LA DETECCIÓN DE OBSTRUCCIÓN MICROVASCULAR EN PACIENTES HOSPITALARIOS QUE INGRESAN CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

*Juan Manuel Bonelli Sica[*1], Karina Ramos[1], Pedro Zangroniz[1], Oscar Pellizon[1]*

[1]Hospital del Centenario, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Incluimos prospectivamente pacientes ingresados en el Hospital Provincial del Centenario por un primer infarto agudo de miocardio con elevación del ST-T (IMEST) tratado con angioplastia primaria (ICPp). Nuestro objetivo fue evaluar el rol de la resonancia cardíaca en la detección de inflamación, hemorragia, obstrucción microvascular como complicación del IAM además de la fibrosis y/o necrosis miocárdica.

Material y Método: La ICPp se llevó a cabo en un plazo de 12 h tras el inicio de los síntomas en todos los pacientes. Se determinó el grado de flujo TIMI antes y después de la intervención y se evaluó el grado de opacificación (blush) miocárdica tras la ICPp.

Dentro de las 72 hs de la intervención, evaluamos por resonancia el área en riesgo (STIR), la presencia de hematoma (T2 estrella), la función ventricular (SSFP), la perfusión en reposo, el realce precoz (RP) para confirmar o descartar la presencia de obstrucción microvascular y el realce tardío (RT) para valorar el monto de la inflamación, fibrosis y/o necrosis.

Resultado: En un gran porcentaje de las resonancias cardíacas realizadas se constató la presencia de importante área en riesgo (inflamación), con realce tardío positivo, presencia de hematoma intramural y trastornos específicos de la motilidad.

Conclusiones: Está demostrado por resonancia que la zona del infarto reperfundida mejora con el tiempo. Por el contrario el realce precoz sugestivo de obstrucción microvascular, y la presencia de hematoma intramiocárdico (T2 estrella), se asocian a mayor reducción en la recuperación funcional, por lo que ambos son considerados hoy en día predictores independientes en la evaluación de la reserva contráctil miocárdica.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-255 / nicolasfede@gmail.com

MARCADORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ABERRACIONES ESTRUCTURALES Y NUMÉRICAS DEL CROMOSOMA X

Jesica Ramirez[1], Maria Ines Echeverria[1], Alejandra Mampel[1], Ana Lia Vargas[1], Adriana Calderon[1], Martin Repetto[1], Nicolas Federico Renna[2], Roberto Miatello[3]*

[1]Instituto de Genetica, Mendoza, [2]Hospital Español de Mendoza - CONICET, Godoy Cruz, [3]IMBECU-CONICET, Mendoza, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Analizar la relación entre el cariotipo de los pacientes y el fenotipo cardiovascular objetivado por diferentes marcadores y evaluar riesgo cardiovascular con ecodoppler vascular carotideo.

Material y Método: Se diseñó un estudio descriptivo longitudinal, en una muestra de pacientes con aberraciones del cromosoma X, pertenecientes al Instituto de Genética. Se caracterizó a la muestra según el tipo de aberración cromosómica. En 13 pacientes que acudieron a la consulta se estudió las variantes clínicas del examen físico y laboratorio. En todos los casos se realizó estudio de cromatina del X. Se evaluó riesgo cardiovascular mediante ecodoppler vascular carotídeo.

Resultado: El estudio de cariotipo incluyó fórmulas con: monosomía, deleción del brazo largo y corto del cromosoma X, tetrasomía, mosaicos celulares y síndrome de Klinefelter (47,XXY). Se observó que 17% presenta hipertensión arterial, 50% hipercolesterolemia, 25% hipertrigliceridemia, 34% hipotiroidismo y 84% tiene una circunferencia abdominal mayor de 88 cm. Los pacientes con síndrome de Klinefelter y anomalías en Xq desarrollaron diabetes mellitus tipo 2. Las pacientes con deleción en Xq presentan amenorrea secundaria y fallo ovárico prematuro. El estudio de ecodoppler vascular detectó patología carotídea aterosclerótica en el 70%, y resultó normal en pacientes que conservan una estirpe celular normal en condiciones de mosaicismo. El estudio de cariotipo incluyó fórmulas con: monosomía, deleción del brazo largo y corto del cromosoma X, tetrasomía, mosaicos celulares y síndrome de Klinefelter (47,XXY). Se observó que 17% presenta hipertensión arterial, 50% hipercolesterolemia, 25% hipertrigliceridemia, 34% hipotiroidismo y 84% tiene una circunferencia abdominal mayor de 88 cm. Los pacientes con síndrome de Klinefelter y anomalías en Xq desarrollaron DM2. Las pacientes con deleción en Xq presentan amenorrea secundaria y fallo ovárico prematuro. El estudio de ecodoppler vascular detectó patología carotídea aterosclerótica en el 70%, y resultó normal en pacientes que conservan una estirpe celular normal en condiciones de mosaicismo.

Conclusiones: Los resultados obtenidos hasta ahora demuestran la existencia de una relación entre los hallazgos citogenéticos presentes en el cariotipo y la expresión del fenotipo según las variables estudiadas. El estudio de ecodoppler vascular de arterias carótidas confirma estos hallazgos y no muestra alteraciones cuando los pacientes conservan complementos cromosómicos normales en mosaico.

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-173 / cardiologia@hospitalespanolba.com.ar

RELACIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL SEVERA CON PARÁMETROS DE RIGIDEZ ARTERIAL Y FUNCIÓN ENDOTELIAL

MC Rubio[1], JJ Rudzinski[2], PG Lewin[2], Pablo Rodriguez[2], CG Morós[1], LN Nicolosi[1]*

[1]Hospital Español de Buenos Aires, [2]Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La disfunción endotelial ha sido relacionada con una diversidad de patologías y factores de riesgo de aterosclerosis variados, como así también con procesos infecciosos e inflamatorios crónicos como la enfermedad periodontal (EP). Distintos autores han demostrado que la periodontitis se asocia con disfunción endotelial, aterosclerosis y un mayor riesgo de IAM y ACV. Asimismo, se ha estudiado su relación con el espesor intimal arterial.

Objetivo: Determinar si existen diferencias en los parámetros de rigidez arterial y función endotelial en pacientes (P) con y sin enfermedad periodontal severa (EPS).

Material y Método: Se evaluaron P derivados a la Facultad de Odontología-UBA. Todos los P dieron su consentimiento para su participación. Se determinaron características demográficas, FRA y patologías concomitantes. Se excluyeron P con patología cardiovascular conocida. Odontólogos calibrados previamente determinaron los índices gingivo- periodontales. Un único operador evaluó mediante ecografía Doppler carotidea parámetros de rigidez arterial: Compliance (COP), Módulo elástico (ME) e Índice de rigidez β (IR β). Se determinó mediante la dilatación mediada por flujo de la arteria braquial la función del endotelio vascular (FE). Los P fueron divididos en dos grupos: con EPS y sin EPS. Estadística: se utilizó SPSS 20 y se emplearon ANOVA, coeficiente de correlación de Pearson, con error $\alpha<0.05$ e intervalos de confianza del 95%.

Resultado: Ingresaron 60 P, el 60% mujeres, grupo con EPS 25 P, grupo sin EPS 35. Las variables analizadas fueron respectivamente: edad 56,53±17,58 vs 51,12±12,97 años (p:NS), DBT 8% vs 8.57% (p:NS), hipertensión 68.29% vs 54.28% (p:NS), tabaquismo 8% vs 11.42% (p:NS), hipercolesterolemia 12% vs 14.28% (p:NS), profundidad al sondaje (PS) 2.53±1.30 (IC 95% 1.81-3.25) vs 1.25±0.51 (IC95% 1.31-1.73) p=0.02, nivel de inserción clínica (NIC) 4.80±2.00 (IC95% 3.69-5.91) vs 1.72±0.93 (IC95 1.33-2.11) p=0.001, espesor intimal (EI) 0.10±0.17 (IC95% 0.095-0.11) vs 0.82±0.18 (IC95% 0.074-0.98) (p:NS), COP 2.41 ±1.32 vs 3.08±1.02 (p=0.004); ME 48.33±12.53 vs 38.86±7.69 (p=0.005); IR β 4.21 ±1.03 vs 3.64±1.02 (p=0.004); FE 16.13±5.02 vs 22.76±4.50 (p=0.0003).Correlación entre: COP y NIC r= -0.60 (p<0.001), ME y NIC r=0.58 (p<0.001), IR β y NIC r=0.66 (p<0.001), FE y NIC -0.59 (p<0.001).

Conclusiones: Los pacientes con enfermedad periodontal tuvieron peores parámetros de rigidez arterial y función endotelial, observandose una moderada correlación entre estos y la severidad de la enfermedad periodontal. La correlación fue inversa para compliance y función endotelial.

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-286 / mresnik@intramed.net.ar

ENTRENAMIENTO AERÓBICO INTERVALADO DE ALTA INTENSIDAD VS. CONTINUO SOBRE LAS VARIABLES CARDIOVASCULARES Y VENTILATORIAS EN PACIENTES CARDIACOS

Miguel Resnik[1], Gabriela De Roia[2], Sergio Taurozzi[3], Dario Maggio[1], Rosa Ruffa[3], Gustavo Moreno[1]*

[1]Centro Nacional de Alto Rendimiento Deportivo (CENARD), [2]Universidad de Flores, [3]Sanatorio Dr. Julio Méndez, CABA, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Comparar los efectos del entrenamiento aeróbico continuo (AC) e intervalado de alta intensidad (IAI) sobre variables cardiovasculares y ventilatorias en pacientes (p) coronarios.

Material y Método: Se incorporaron a un programa de rehabilitación cardiovascular 18 p con antecedentes de enfermedad coronaria documentada, 16 hombres y 2 mujeres con una edad promedio de 65.6 ± 6.1años. Se diseñó un programa de entrenamiento aeróbico de 6 meses de duración, 2 veces por semana durante 45 minutos en cinta deslizante. El grupo fue dividido en forma estratificada, randomizada, distribuidos en forma homogénea de acuerdo a sexo, edad, índice de masa corporal (IMC) y capacidad funcional en METS por PEG. La sesión del grupo IAI consistió en 4 series de 4x4 min a una intensidad cercana al 90-95% del consumo máximo de oxígeno (VO2max) con pausas activas al 35-40% VO2max. El grupo AC se entrenó en forma continua al 70% del VO2max. Para ambos grupos el tiempo efectivo fue de 32 minutos con 13 minutos se para la entrada en calor y vuelta a la calma. Antes y después del período de entrenamiento, los p realizaron una prueba ergométrica en cinta deslizante usando el protocolo de rampa de Bruce con aumentos progresivos de la carga cada minuto hasta el agotamiento extremo. Fueron determinados parámetros ventilatorios mediante un metabolímetro portátil marca COSMED, frecuencia cardíaca por registro ECG de 12 derivaciones, y presión arterial al final de cada minuto por esfigmomanometría. Se determinó el umbral ventilatorio (VT) como punto de quiebre en la curva del equivalente ventilatorio para el oxígeno en función del tiempo. Se aplicó el test t de Student para muestras apareadas, considerándose una p estadísticamente significativa < 0.05.

Resultado: Los p no presentaron cambios significativos en el IMC, habiendo completado el período de entrenamiento donde sí se pudo apreciar cambios significativos en el VO2max para ambos grupos (AC: 10.3 ± 12.8% y IAI: 9.1 ± 10.7%.En el grupo IAI, el VT se encontró a valores significativamente más altos de VO2 (Pre:13.1 ±1.4; Post 15.5 ± 3.1ml*kg*min-1), frecuencia cardíaca (Pre: 90.4 ± 6.6 Post: 97.7 ± 3.4 lpm) y ventilación (Pre: 25.8 ± 3.9 Post: 31.8 ± 4.7 lts.pm), mientras que no hubo modificaciones en el grupo AC.

Conclusiones: 1. Ambos entrenamientos produjeron aumentos similares en la potencia aeróbica máxima expresado por el VO2 máx. 2. El entrenamiento IAI produjo un aumento en el VT en relación al EC, lo que podría expresar una mayor capacidad aeróbica y por ende una potenciación en el trabajo físico sostenido en el tiempo.

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-281 / susanagotthelf@hotmail.com

PREVALENCIA DE DISLIPIDEMIAS Y ASOCIACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE SALTA. 2015

Susana Gotthelf[1], Patricia Rivas[1]*

[1]Centro Nacional de Investigaciones Nutricionales, Salta, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Introducción. La prevalencia de alteraciones en el perfil lipídico ha aumentado en forma importante en los últimos años, en niños, adolescentes y adultos, en relación al incremento concomitante del sobrepeso (S) y la obesidad(O). Estos factores de riesgo asociados a enfermedad cardiovascular aparecen en la niñez y adolescencia repercutiendo en la calidad de vida.

Objetivo: determinar la prevalencia de dislipidemias y su asociación al estado nutricional en diferentes grupos etáreos de la ciudad de Salta, durante el año 2014.

Material y Método: Material y métodos: estudio descriptivo, transversal. Se evaluaron 193 niños (2-9a),199 adolescentes (10-19a) y 434 adultos (≥20a) de ambos sexos entre abril y junio de 2014, en el marco de la Encuesta Nutricional de Capitales del NOA. Se realizaron evaluaciones antropométricas : peso, talla, IMC (puntos de corte de OMS para adultos y puntajes z para niños y adolescentes), circunferencia de cintura (CC: adultos mujeres ≥88cm, varones ≥102cm, niños y adolescentes: Tabla de referencia de Taylor según edad y sexo). Bioquímicas: COL, HDL, TG, LDL (puntos de corte niños y adolescentes: Consenso Prevención Cardiovascular.SAC 2012; adultos : ATP III) Análisis estadístico: variables nominales, frecuencias y asociación.Chi², IC 95%, p<0,05. Variables cuantitativas: comparación de medias, T de Student y ANOVA. Programas WHO Anthro Plus V.1.0.4 y SPSS V 18.

Resultado: Resultados. La prevalencia de S y O fue del 16,1% y 13,0% en niños, 17,6% y 8,5% en adolescentes y 30,0% y 32,9% en adultos. En niños y adolescentes las alteraciones lipídicas más frecuente fueron los TG elevados (34,2% y 20,1%) y HDL disminuido (9,8% y 13,1%) respectivamente. La hipertrigliceridemia y la hipercolesterolemia fueron prevalentes en adultos (39,6% y 35,5%).

El 72,1% de las familias tiene uno o más integrantes con TG elevados, el 57,9% y 52,3% con COL y LDL elevados y 70,5% de las familias tiene uno o más integrantes con HDL bajo.

La prevalencia de valores alterados de COL, HDL, TG y LDL, así como los valores medios, fueron significativamente mayores en niños, adolescentes y adultos con Sobrepeso, Obesidad y CC elevada.

Conclusiones: se observa una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad acompañada de un perfil lipídico alterado, desde la primer infancia. Las familias muestran un número importante de integrantes con alteraciones metabólicas de riesgo.

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-349 / alejandrovilchez@icloud.com

ENTRENAMIENTO INTERMITENTE Y EFICIENCIA/POTENCIA DE PACIENTES EN REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR

Alejandro Javier Vilchez[*1], *Martin Barat*[1], *Luis Castro*[2], *Gustavo Vigo*[2], *Juan Erriest*[2], *Ruben Argemi*[2]

[1]CEMDDE, [2]Hospital italiano de La Plata, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La baja capacidad de esfuerzo caracteriza al perfil de paciente que inicia un plan de rehabilitación cardiovascular (RCV). El agotamiento e intolerancia a esfuerzos continuos que generen estrés mitocondrial plantea la disyuntiva de emplear otro método de entrenamiento físico que demande mayor estrés metabólico sin generar fatiga. Definimos esfuerzo intermitente (EI) a aquel esfuerzo de alta intensidad menor a 20segundos cuya energía es provista por la degradación de fosfocreatina y su re síntesis por la disponibilidad de oxígeno durante el reposo. Obliga por lo tanto a la utilización de fibras musculares tipoII y patrones motores neuromusculares altamente eficientes en la ejecución del movimiento. Provoca mayor consumo de oxígeno pero sin producción de lactato. Objetivos. Evaluar la eficacia del EI en un grupo de pacientes (P) que inician un plan de RCV

Material y Método: Se evaluaron 10 P al inicio de la rehabilitación, se los evaluó antes y después de 8 semanas mediante ergometría con un equipo computrainer que permite analizar la eficiencia de la pedalada más patrones biomecánicos y la carga generada al pedalear. La eficiencia del pedaleo SpinScan SS, se define como el promedio del torque dividido por el máximo torque multiplicado por 100. El método estadístico utilizado fue el test de t por apareados antes y después de las 8 semanas. El método de entrenamiento fue el intermitente metabólico neuromuscular y de fuerza. Ejercitándose en circuitos de 10segundos a alta intensidad por 10 segundos de pausa

Resultado: N 10, 8varones, edad promedio 58,9±12,9. El 70% de los P tenía una reducción de la capacidad física (RCF) por debajo del 85% del predicho para sexo y edad. Al inicio la media de esfuerzo generado fue 1,49±0,8W/kgVs2,0±0,66(p=0.01) a las 8semanas. El SS mostró una p= 0,005. No hubo diferencias significativas en el análisis antes después en cuanto a la asimetría derecha izquierda en la fuerza generada como tampoco en el SS derecho izquierdo. Al final del estudio solo el 40% de los P permanecía con una RCF por debajo del 85%

Conclusiones: El entrenamiento intermitente permitió en corto tiempo mejorar la eficiencia del patrón motor y la capacidad de esfuerzo en pacientes con patología cardiovascular y baja capacidad física. La buena tolerancia al método lo hace aplicable a pacientes con baja capacidad, no solo a sujetos entrenados.

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-108 / agustina_mi@hotmail.com

ECUACIÓN MÁS CONVENIENTE PARA PREDECIR LA FRECUENCIA CARDÍACA MÁXIMA ESPERADA EN EL ESFUERZO

María A. Miragaya[*1], *Matías Marín*[1], *Mariana Miserendino*[1], *Natalia Gilpin*[1], *Julian Olmedo*[1], *Federico Magri*[1]

[1]Instituto Medico Río Cuarto, Río Cuarto, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Comparar la FCmáx alcanzada con la esperada según la fórmula Clásica (220 - Edad) y la propuesta por Tanaka (208-0,7 x edad) en diferentes poblaciones para determinar cual es la ecuación más exacta, en vista de que éste parámetro es muy utilizado para la evaluación de la reserva cronotrópica y coronaria.

Material y Método: Es un estudio descriptivo, observacional y transversal con 910 pacientes que realizaron PEG en el Instituto Médico Río Cuarto durante 2012-2013. Se utilizó el protocolo de Astrand. Se evaluó la FCmax alcanzada y esperada de cada paciente mediante la fórmula clásica y la de Tanaka. Se compararon dichos resultados según el sexo, rango etario, índice de masa corporal (IMC), presencia de factores de riesgo (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, enfermedad coronaria previa y/o tabaquismo) y consumo de beta-bloqueantes. Para análisis estadístico se utilizó Microsoft Excel y SPSS, y la probabilidad estadística mediante el índice de Pearson con un valor < 0,01.

Resultado: Se analizaron 910 pacientes, 554 (61%) de sexo masculino y 356 (39%) femenino, la edad promedio fue de 47± 16 años, el IMC fue de 27±5. El 48% de la población presentó uno o más factores de riesgo y el 15% estaba bajo tratamiento con beta-bloqueantes. Al analizar la FCmáx alcanzada por el paciente y compararla con la esperada según ambas fórmulas se halló una sobreestimación por parte de las mismas, resultando más precisa en los menores de 40 años la de Tanaka y en los mayores de 40 años la fórmula Clásica. En los pacientes con IMC mayor a 25 y en los tratados con beta-bloqueantes, se evidenció una sobreestimación de la FCmáx esperada con ambas fórmulas.

Conclusiones: La fórmula de Tanaka (208-0,7 x edad) fue más precisa en los pacientes menores de 40 años sin diferencias respecto al sexo, por lo que sugerimos utilizar esta ecuación para dicha población y reservar la Clásica (220-Edad) para los mayores de 40 años; ésta relación se mantuvo en las subpoblaciones según presencia o no de factores de riesgo e IMC. Estos hallazgos tendrían el efecto de subestimar el verdadero nivel de estrés físico impuesto durante la prueba de esfuerzo y la intensidad adecuada de los programas de ejercicios prescriptos. La población que utilizaba betabloqueantes presentó una sobreestimación con ambas fórmulas, siendo más acentuada cuanto más jóvenes fueron los pacientes.

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-184 / danilorenzatti@gmail.com

"COMPARACIÓN ENTRE SCORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR PARA LA PREDICCIÓN DE ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA"

Daniel Lorenzatti[*1], *Eduardo Moreyra Eduardo (h)*[1], *Guillermo Allende*[1], *Viviana Arias*[1]

[1]Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: En la actualidad, sobre la base de factores de riesgo tradicionales se utilizan diversos scores de riesgo para estimar la probabilidad de sufrir un evento cardiovascular (CV) en 10 años. La aterosclerosis subclínica (AS) es un predictor de eventos CV independiente y más potente que los factores de riesgo tradicionales y scores de riesgo CV existentes. Es incierto cual de los scores de riesgo más utilizados internacionalmente; score de Framingham o ASCVD risk estimator, predice mejor la presencia de AS.

Objetivo: Comparar la efectividad de los dos scores de riesgo para predecir la presencia de AS. Asimismo determinar la prevalencia de AS en los diferentes niveles de riesgo CV (bajo, intermedio y alto) y establecer los predictores independientes de AS.

Material y Método: Se incluyeron pacientes > 40 años que no tuvieran antecedentes de eventos CV previos y/o evidencia de aterosclerosis o que estuvieran bajo tratamiento con hipolipemiantes. Se les calculó el riesgo CV a 10 años por ambos métodos. Todos fueron sometidos a ecografía Doppler carotidea y score de calcio coronario para determinar la presencia de AS.

Resultado: Se incluyeron 164 pacientes. La prevalencia general de AS fue del 61%. De acuerdo a la categoría de riesgo CV (bajo, intermedio y alto) la prevalencia de AS estimada con el score de Framingham fue (58, 74, y 55%), y (56, 74, y 100%) con el ASCVD risk estimator respectivamente. Con el score de Framingham no hubo una relación entre la presencia de AS y las tres categorías riesgo CV (p = 0.23). En cambio con el ASCVD risk estimator se observó un progresivo incremento en la prevalencia de AS con el incremento de riesgo CV que fue estadísticamente significativo (p=0.01). El análisis multivariado mostró que los predictores independientes de AS fueron el sexo masculino (OR = 2,9 IC 1,3-6,1), la edad (OR = 1,0 IC 1,0–1,1)

Conclusiones: La prevalencia de AS es elevada en pacientes de riesgo bajo o intermedio de eventos CV a 10 años, sin importar el score utilizado. El ASCVD risk estimator es más efectivo que el score de Framingham para predecir la presencia de AS. Sexo masculino y edad fueron los únicos predictores independientes de AS.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-400 / rominablasco@hotmail.com

ESTUDIO DEL GEN SCN5A EN PACIENTES CON SEROLOGÍA POSITIVA PARA CHAGAS Y SU CORRELACIÓN CON LA CLÍNICA Y LOS TRASTORNOS ELECTROCARDIOGRAFICOS

Romina Blasco[*1], *Noemi Miler*[1], *Daniela Velazquez*[1], *Adela Sembaj*[1], *Sandra Tobares*[1], *Silvina Lo Presti*[1], *Carolina Bazan*[1], *Patricia Paglini*[1], *Mariana Strauss*[1]

[1]UNC, Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La propagación de la actividad eléctrica cardíaca se realiza por medio de canales inter e intracelulares. Se ha demostrado la asociación de variantes genéticas de los canales, con alteraciones eléctricas o arritmias. La comparación de la presencia de ciertos polimorfismos del gen del canal de sodio voltaje dependiente, tipo V (SCN5A) con la presentación clínica y el trazado electrocardiográfico de pacientes chagásicos y no chagásicos, podría contribuir a explicar la heterogeneidad sintomatologica, detectar un perfil genético de riesgo y predecir la evolución clínica del paciente chagásico.

Material y Método: Se analizaron 42 pacientes que concurrieron al servicio de cardiología. Se realizaron pruebas serológicas(HAI y ELISA para Chagas), cuestionario clínico- epidemiológico, exámen físico completo, electrocardiograma y ecocardiograma. Con una alícuota de sangre se extrajo ADN para PCR y para identificar el polimorfismo propuesto.Los datos fueron analizados mediante la prueba Chi cuadrado.

Resultado: De los pacientes, el 28,6% presentó serología negativa y el 71,4% positiva, de los cuales fueron PCR (reacción de la cadena de la polimerasa) positiva el 33,3%.

Los pacientes de todos los grupos presentaron con mayor frecuencia el genotipo heterocigota.

Los pacientes serología + homocigotos (AA) presentaron en mayor medida bloqueo de rama derecha, trastornos de motilidad parietal y requerimiento de marcapasos (p< 0.03) al compararlos con los heterocigotos, en cambio los síntomas fueron similares.

Dentro de los PCR positivos, el 50% presentó genotipo heterocigota, manifestándose clínicamente con palpitaciones y dolor atípico; el 30% fue homocigota con mayor frecuencia de angor, bradicardia, hipertrofia ventricular y trastorno de la repolarización.

Los pacientes serología negativa fueron heterocigotas en un 50% y presentaron con mayor frecuencia bloqueo de rama derecha, dolor precordial atípico y disfagia (p<0,02).

Conclusiones: Si bien la frecuencia del genotipo fue similar en los grupos estudiados, se demuestra que los pacientes homocigotos, serología positiva, tienen más predisposición a presentar trastornos de la conducción, necesidad de marcapasos y trastornos de la motilidad parietal, lo que establece un perfil genético de riesgo.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-385 / lfavaloro@ffavaloro.org

IMPACTO DE LA RELACIÓN PESO DONANTE/RECEPTOR EN LA MORBIMORTALIDAD EN EL TRASPLANTE CARDÍACO PEDIATRICO

Daniel Oscar Absi[1], Liliana Ethel Favaloro[1], Margarita Ana Peradejordi Lastras[1], Roxana Daniela Ratto[1], María Florencia Renedo[1], Matías Martín López Rosetti[1], Julio Trentadue[1], Roberto René Favaloro[1], Alejandro Mario Bertolotti[1]*

[1]Hospital Universitario Fundación Favaloro, Buenos Aires, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Estudiar el efecto de la relación peso donante/receptor (RPDR) en la morbimortalidad de los trasplantados cardíacos pediátricos.

Material y Método: De forma retrospectiva, en un período de 15 años se estudiaron 28 pacientes pediátricos sometidos a trasplante cardíaco. La RPDR se analizó en relación al desarrollo de hipertensión, cefaleas, convulsiones y el impacto en la mortalidad. Las variables categóricas se muestran como frecuencias/porcentajes y las continuas como medias y desvío estándar. Las correlaciones se calcularon mediante el coeficiente de Pearson y/o Spearman. Se utilizó el método Cox para variables independientes asociadas a la mortalidad. Los test exacto de Fisher y Chi cuadrado se usaron para comparar las variables continuas y categóricas, respectivamente. Se estimo la sobrevida y la ausencia de hipertensión mediante el método de Kaplan-Meier y la prueba de Log-rank.

Resultado: La mediana de seguimiento fue de 5.17 años. La edad media de 10.5 años (0.3 a 17 años). Presentaron miocardiopatía dilatada 26 pacientes y 11 (30%) asistencia circulatoria mecánica. Quince pacientes (53.5%) recibieron corazones de donantes con mayor peso (RPDR >1.5). La estadía hospitalaria media fue de 25.8 días (± 24,7). La hipertensión posoperatoria se relacionó con convulsiones (p=0.012), cefaleas (p=0.031) y diferencia de género (p=0.017), pero no con RPDR > 1.5 (p=0.2). No se encontró asociación entre los pacientes que tuvieron un RPDR de 1.5 o mayor con relación a la mortalidad a mediano plazo (p=0.6) y/o desarrollo de hipertensión (p=0.44). El análisis de la sobrevida no mostró una mayor mortalidad entre los receptores de donantes de mayor peso (log-rank p=0.65) La mortalidad hospitalaria fue de 14.2% y la sobrevida total postrasplante fue del 85%, 72% y 66% a 1, 5 y 10 años respectivamente.

Conclusiones: La escasez de donantes de corazón, el aumento de la demanda y la falta de recursos financieros y médicos obligan al uso óptimo de los órganos. Los resultados de nuestra cohorte y la literatura avalarían la utilización cautelosa de órganos provenientes de donantes con una RPDR > 1.5. Nuestra política actual consiste en aceptar una RPDR máxima de 5 en una era dónde los donantes óptimos son cada vez más menos frecuentes.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-353 / dechaza@uolsinectis.com.ar

EVALUACION DE UNA COHORTE DE PACIENTES SOMETIDOS A REEMPLAZO VALVULAR MITRAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (2009-2014)

Marcos Hernandez[1], Amelia Laciar[1], Lucía Ortiz[1], Ulises Arroyo[1], Rodrigo Diaz Perera[1], Matías Soler[1], Maria Ines Urrutia[1], Maria Marta Gerones[1], Marcelo Portis[1], Robero Daniel Marelli[1]*

[1]Hospital San Juan de Dios, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Presentar las características clínicas de una cohorte de pacientes sometidos a reemplazo valvular mitral en el Servicio de Cardiología del Hospital San Juan de Dios de la ciudad de La Plata.

Material y Método: Se evaluaron 87 pacientes (p) portadores de valvulopatía mitral sometidos a reemplazo valvular en el período comprendido entre el 01/01/2009 y el 01/12/2014. Se realizó un registro de los antecedentes clínicos, variables ecocardiográficas, del pre, intra y post-quirúrgico inmediato en un soporte digital Microsoft Excel 1997-2004.

Resultado: Se incluyeron 87 pacientes (p) de los cuales 67 (77%) fueron mujeres. La enfermedad mitral (EnfM) se diagnosticó en 37 p (42.5%), la insuficiencia mitral (IM) en 35 p (40.2%) y la estenosis mitral (EM) en 15 p (17.3). Las etiologías más frecuentes fueron reumática en 54 p (62%), prolapso de válvula mitral en 23 p (26.4%), endocarditis infecciosa en 9 p (10%), isquémica en 8 p (9%) y congénita (válvula mitral en paracaídas) en 1 p (0.87%). En 37 p (42.5%) se asoció a la presencia de estenosis aórtica (Eao) y en 3 p (3.4%) e insuficiencia aórtica (Iao). Los p presentaron los siguientes motivos de consulta: disnea en 82 p (94%), palpitaciones en 52 p (60%), fatiga en 38 p (43%), angor en 19 p (22%), síncope en 6 p (7%) y hemoptisis en 5 p (6%). Al ingreso, 55 p (63.2%) estaban en ritmo sinusal, 29 p en fibrilación auricular (FA) (33.3%) y 3 p en aleteo auricular (AA) (3.5%). Entre los p en ritmo sinusal el tamaño promedio de la aurícula izquierda (AI) fue de 23 cm^2 y entre los pacientes en ritmo de FA y AA el tamaño promedio fue de 39,8 cm^2. En el grupo de EM, la etiología fue reumática en el 100% de los casos. 13 p (86.6%) presentaban hipertesión pulmonar, valorada en 5 p (33%) como severa. El tratamiento quirúrgico se realizó en 43 p (49.4%) y la mortalidad fue de 4 p (9.6%) de los cuales 2 p presentaban EM, 1 p IM y 1 p EnfM.

Conclusiones: Si bien la prevalencia de valvulopatía reumática en los países desarrollados ha declinado, en nuestro medio continúa siendo una etiología frecuente como se observa en esta cohorte. Los principales motivos de consulta fueron disnea y palpitaciones, con elevado número de casos de arritmias auriculares.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-192 / sol_andres@yahoo.com

MIOCARDIOPATÍA DILATADA IDIOPÁTICA VS. MIOCARDIO NO COMPACTADO. DIFERENCIAS ECOCARDIOGRÁFICAS BASALES Y EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA

María Sol Andres[1], Gustavo Avegliano[1], Talavera Lujan[1], Diez Mirta[1], Cristina Venturini[1], Marcelo Trivi[1], Ricardo Ronderos[1]*

[1]Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Comparar las características ecocardiográficas de los pacientes (p) con miocardio no compactado (MNC) y disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (VI), con las de p con miocardiopatía dilatada idiopática (MCDI) con similar disfunción. Comparar la evolución clínica de ambos grupos estableciendo su relación con los parámetros ecocardiográficos basales.

Material y Método: Se comparó un grupo de p con MCDI contra un grupo de p con MNC. Se incluyeron únicamente p con fracción de eyección del VI (FEVI) menor a 50%, y se realizó una selección de los p por sexo, Fey y factores de riesgo cardiovascular para obtener 2 grupos comparables. Se realizó un Ecocardiograma al inicio del seguimiento y un seguimiento prospectivo durante más de 2 años en promedio (media de seguimiento: 1075 días, ± 646).Se estableció un único punto final primario combinado de Muerte cardiovascular, Trasplante cardíaco e implante de cardiodesfibrilador (CDI) como prevención secundaria.

Resultado: 45 p cumplían con los criterios de inclusión, 21 p con MCDI y 24 p con MNC. 55% eran hombres, edad 62 ±10 años. El 45% eran hipertensos, 24% diabéticos y 39% dislipémicos. No había diferencias significativas en la mayoría de las características excepto la edad, sin haber correlación entre la edad y las características ecocardiográficas ni el punto final primario. Tampoco se hallaron diferencias en las variables que cuantifican la función sistólica, FEVI: 24,6% ± 6,4 en p con MCDI y 28,6% ± 7,8 en p con MNC (P= 0.07). Sí la hubo en los relacionados a la función diastólica, el área de la aurícula izquierda era significativamente mayor para los p con MCDI (31 $cm2 \pm 8$ vs 24 $cm2 \pm 5$, P= 0.0001) y la disfunción diastólica valorada como de grado 0 (normal), 1 (relajación prolongada), 2 (pseudonormal) y 3 (restrictiva) fue mayor en los p con MCDI, (2 ± 0.77 vs 1.3 ± 0.88, P= 0.01), no habiendo hallado diferencias en el grado de Insuficiencia Mitral. Al final del seguimiento 45% de p con MCDI había presentado un evento del punto final primario y sólo el 14% de p con MNC, esta diferencia resultó estadísticamente significativa (P= 0.03). En el análisis por regresión logística, la etiología de la miocardiopatía y la disfunción diastólica surgieron como predictores independientes del punto final primario.

Conclusiones: La MCDI y la MNC presentan diferencias ecocardiográficas basales fundamentalmente en los parámetros de función diastólica, que está claramente menos afectada en el grupo con MNC. Esta diferencia parece relacionarse con una mejor evolución clínica en el seguimiento a mediano plazo en los pacientes con MNC.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-411 / celerala@hotmail.com

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS (CC) EN NEONATOLOGÍA: INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO Y PRONÓSTICO DE PACIENTES REFERIDOS PARA VALORACIÓN CARDIOVASCULAR

Celeste Raquel Lopez[1], Teresa Escudero[2], María Elena Ferreiro[2]*

[1]Hospital J. R. Vidal, [2]Instituto de cardiología JF CABRAL, Corrientes, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Tópico: pediatría

Objetivo: Analizar la incidencia de CC y específicamente de cardiopatías congénitas severas(CCS) en neonatos referidos para una valoración cardiovascular. Determinar los factores asociados al diagnóstico de las CC severas y a la mortalidad de la población en estudio.

Material y Método: Se incluyeron en forma prospectiva pacientes (P) internados en la sala de neonatología que requirieran interconsulta cardiológica. En ellos se determinaron características basales, la incidencia de CC y de CC S, La mortalidad global de la población, los factores asociados al diagnóstico de CCS y se realizó un análisis multivariado de los predictores asociados a muerte intrahospitalaria. Se definió CCS a toda cardiopatía cianosante o aquellas acianosantes que por sus características fisiopatológicas requieren de una intervención quirúrgica a la brevedad.

Resultado: En el período comprendido entre junio del 2014 y enero del 2015 se realizaron 460 interconsultas cardiológicas (IC). La edad media a la IC fue 11 ± 10 días. 56% fueron varones. Solo el 44% fueron partos a término. EL 3% fueron sindrómicos. El promedio de edad gestacional fue 35±4 semanas, el peso al nacer fue 2,68 ± 1,2 kg y la media de saturación inicial fue de 97±3%. Las causas mas frecuentes de IC fueron : Soplo 20% desaturación 13%, cianosis 15% y valoración prequirúrgica en 10%.Se diagnosticó CC en 148 p (32%) y CC severas 27 p (5.9%). los dagnósticos de CCS mas frecuentes fueron canal AV (5p) Sindrome tipo Fallot (6p) tronco arterioso(4p) Los factores que se asociaron a la presencia de CC severa fueron la saturación inicial : CCS 90±3% vs no CCS 97±2% (p=0.03) los pacientes sindrómicos CCS 20% vs no CCS 4,6% (p=0.005), menor edad gestacional 33±7 semanas vs 35±4 semanas (p=0.012) y menor peso 2.0±0.5 kg vs 2.6 ±1.2 kg (p=0.039).La mortalidad intrahospitalarias fue 12.8%. La mortalidad de pacientes con CC fue 19.3% y con CCS fue de 48.1%.Los factores que se asociaron a muerte fueron la presencia de CCS OR 7 IC 2-14 p=0.001, la saturación inicial menor a 90% OR 2.3 IC 1.4-12 p=0.02, los pacientes sindrómicos OR 1.8 IC 1.1-7 P=0.04 y el diagnóstico de enfermedad infecciosa OR 3.1 IC 1.7 a 11 P=0.03

Conclusiones: Existe una alta incidencia de cardiopatías congénitas en este grupo de pacientes aunque solo el 20% de ellas son severas. Sin embargo, la presencia de una CCS aumenta en forma significativa el riesgo de muerte de estos pacientes. Determinados parámetros básicos y de fácil accesibilidad permiten considerar la presencia de CCS en paciente referidos para evaluación cardiovascular.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-377 / mebadaracco@yahoo.com.ar

PREVALENCIA Y SENSIBILIDAD DE STREPTOCOCCUS GRUPO VIRIDANS AISLADOS DE BACTERIEMIAS EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON CARDIOPATÍAS

Maria Elvira Badaracco[*1], *Yanina Calza*[1], *Pia Chavez*[1], *Silvina Lezcano*[1], *Maria del Carmen Bangher*[1], *Laura Peña*[1]

[1]Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Determinar la prevalencia de bacteriemia por Streptococcus Grupo Viridans (SGV) en pacientes del Instituto de Cardiología de Corrientes. los microorganismos como marcadores asociados a diferentes patologías de origen y la sensibilidad a la penicilina.

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de la información de los pacientes ingresados entre enero 2008 a diciembre 2014 con hemocultivos positivos con cocos Gram positivos en cadena. La tipificación de los microorganismos se realizo por métodos convencionales y galerías comerciales API 20 STREP Biomérieux. La sensibilidad a penicilina se determinó por el método de difusión de Kirby-Bauer y E- TEST, según las recomendaciones y puntos de corte del CLSI 2014. En el análisis estadístico (utilizando el software SPSS v21) se contemplaron diferentes variables de los pacientes como, edad, genero, enfermedad de base y presencia de prótesis.

Resultado: Casi dos tercios de la población que pudo ser incluida fueron hombres (40/62). Diferentes patologías gastrointestinales (GI) estuvieron asociadas a la bacteriemia 23/62 (37.1%), mientras que 19/62 tenían una prótesis valvular (PV) preexistente. En casi la mitad de los pacientes (28/62) el diagnostico final fue endocarditis infecciosa (EI); de ellos, el 89% (25/28) p 0.001 IC 95% (0.030-0.474) rindieron mas de un hemocultivo positivo. Lo mismo ocurrió para los pacientes con PV (10/19) p 0.6 o GI (11/23) p 0.7. Sobre 8 pacientes con GI y PV, 7 fueron endocarditis. La distribución de los SGV fue la siguiente: S. bovis 25; S. mitis 25; S anginosus, 8; S grupo salivarius 3 y S mutans, 1. De ellos, 2 S,bovis, 5 S.mitis, y un S. salivarius no pudieron ser categorizados como sensibles a penicilina. De las 23 muestras recuperadas en pacientes con patología GI, 16 fueron S bovis, 3 S.mitis y 3 S. anginosus, mientras que en los 28 pacientes con diagnostico final EI, 14 fueron S bovis, 11 S mitis, 1 S salivarius, 1 S anginosus y 1 S mutans. Los microorganismos aislados de pacientes con EI fueron mas sensibles que aquellos no-EI (92.7% vs 82%). De hecho, en este grupo, 9 de los 11 S. mitis y todos los S. bovis fueron sensibles (CIM penicilina < 0.0125 ug/ml).

Conclusiones: S bovis resulto un claro marcador de patología gastrointestinal. El tratamiento empírico de la endocarditis infecciosa con penicilina sigue siendo sostenible en función de la sensibilidad encontrada sobre este grupo de pacientes. Por otro lado, las EI pudieron ser, en general, fácilmente diagnosticadas en función de los múltiples cultivos positivos.

4. TRASTORNOS DEL RITMO, MUERTE SÚBITA, ELECTROFISIOLOGÍA

FAC2015-412 / javier_bona79@hotmail.com

ALTA DENSIDAD DE ARRITMIA SUPRAVENTRICULAR COMO PREDICTORA DE ACV EN HOLTERS DE PACIENTES CON STROKE

Javier Bonacina[*1], *Julián A Olmedo*[1], *David Doiny*[1], *Mónica Benjamín*[1], *Amalia Elizari*[1], *Hugo Grancelli*[1], *José M Moltedo*[1], *Mauricio S Abello*[1]

[1]FLENI, Capital Federal, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La causa cardioembólica del stroke corresponde al 20% de los casos. Sin embargo, en la práctica clínica diaria nos encontramos con un alto porcentajes de pacientes con sospecha de fibrilación auricular (FA) como etiología del stroke sin documentación electrocadiográfica de la misma. En ellos, la presencia de extrasístoles supraventriculares frecuentes o agrupadas en taquicardias podría relacionarse con la presencia de FA.

El objetivo de nuestro estudio es describir los hallazgos de Holters cardíacos de 24/48 horas de pacientes en seguimiento ambulatorio con diagnóstico de accidente cerebrovascular (ACV) y/o accidente isquémico transitorio (AIT), y analizar la relación entre la densidad arrítmica supraventricular y la presencia de FA como causa de stroke.

Material y Método: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de la base de datos de Holter cardíaco de 24 y/o 48 horas de nuestro centro en todos los pacientes con diagnóstico de ACV/AIT isquémicos indeterminados. Se descartaron los casos con diagnóstico previo de FA. Se consideró como alta densidad arrítmica a la presencia de más de 30 ESV por hora. Se comparó la presencia de FA con la cantidad de ESV y con formas agrupadas en taquicardias y el motivo de indicación (ACV vs AIT). Se realizó test de Student y Chi2.

Resultado: Se incluyeron 291 pacientes (p) y un total de 321 Holters fueron analizados, la edad media fue de 68 ±13,5 años, el 56,38% (n=164) eran hombres. Del total de los Holters 229 (71,48%) fueron solicitados por ACV y 92 (28,52%) por AIT. Se realizó más de un Holter en 30 pacientes (veinte tenían 2, siete tenían 3 y tres 4), y en 100 (31%) el registro fue de 48 hs. Los hallazgos fueron taquicardia auricular (TAu): 93 p (29%), taquicardia supraventricular (TSV): 39 p (12%), FA: 32 p (10%) y TSV irregulares menores a 10 latidos: 48 p (15%). El diagnóstico de FA se dio en 20 pacientes con Holter de 24 hs y 12 de 48 hs. Los pacientes que presentaron FA tuvieron mayor cantidad de ESV aisladas (2.205 vs 877 latidos, p= 0,02) y el estudio fue indicado con mayor frecuencia por ACV que por AIT (23 vs 9 pacientes, p= 0,01). No hubo diferencias entre la aparición de TAu, TSV y TSV irregulares con la presencia de FA en el Holter.

Conclusiones: El hallazgo más frecuente de pacientes con diagnóstico de ACV/AIT isquémicos fue la taquicardia auricular. Una alta densidad arrítmica supraventricular predice la aparición de FA en este grupo de pacientes, estos hallazgos podrían considerarse como una condición prefibrilatoria en pacientes con stroke.

4. TRASTORNOS DEL RITMO, MUERTE SÚBITA, ELECTROFISIOLOGÍA

FAC2015-178 / gcarnero@ffavaloro.org

FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA Y ALTO RIESGO DE MUERTE SÚBITA

Guillermo Carnero[*1], *Nestor Galizio*[1], *Jose Luis Gonzalez*[1], *Federico Robles*[1], *Alejandro Antonio Palazzo*[1], *Mauricio Mysuta*[1], *Fidel Colque*[1], *Celeste D Amico*[1], *Fraguas Hugo*[1] *and Servicio de Electrofisiología-Fundacion Favaloro-*

[1]Fundacion Favaloro, Capital Federal, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: De acuerdo con la guia de 2014 de miocardiopatía hipertrófica (MCH) la incidencia de fibrilación auricular (FA) es de 22,5% (3% anual). Los principales factores predisponentes son el agrandamiento de la auricula izquierda (AI) y aumento de la presión de AI, entre otros.

Objetivo: Evaluar la incidencia y la predisposición o factores asociados en el desarrollo de FA en pacientes (pts) con HCM.

Material y Método: Material y Métodos: se realizó un análisis retrospectivo de una cohorte de 103 pts. Los CDI fueron implantados entre 1995 y 2014. Edad media de 38,5 años (rango: 5-81), 60 pts (58%) eran varones. Implante en prevención primaria en 88 pts (85,44%). Treinta pts (29%) tenían al menos un factor de riesgo para muerte súbita, 63 pts (61,1%) tenían dos o más factores de riesgo. La media de tamaño de la AI fue de 46±10 mm con una superficie media de 28±9,4 cm^2. Espesor diastolico del septum interventricular (SIVED) promedio 24±8 mm. La fracción de eyección ventricular (FEVI) fue 61,5 ± 14,3%. La mediana de seguimiento fue de 58 meses.

Resultado: Resultados: presentaron FA 21 pts (20.4%). El área de AI fue de 35,2 cm^2 vs 24,7 cm^2 (p: 0,001), la edad media fue de 53±18 años vs 35±16 años (p: 0,002) en pts con y sin FA respectivamente.

Resultados	Pts con FA (n: 21)	Pts sin FA (n: 82)	P
Edad	53 +-18	35 +-16	0,002
AI cm2	35,4+-9	24,7+-6	0,001
SIVED	22+-7	24,2+-8,1	0,2
IM (M-S)	9 de 20 (45%)	15 de 63 (23,8%)	0,064
FEVI	57+-14	62,6+-13	0,1
Choque aprop	2	6	0,72
Choq inapropiado	7 (33%)	18 (21%)	0,2
Muerte Súbita	0	3	0,37
Seguimiento	32+-47 (4-102)	64+-48 (3-209)	0,007

Conclusiones: En nuestra población en estudio, 1 de cada 5 pts con alto riesgo de MS implantados con CDI desarrolló FA durante el seguimiento. El área de AI y la edad fueron significativamente mayores en pts con FA. La incidencia de muerte y choques inapropiados no fueron diferentes que en pts sin FA.

4. TRASTORNOS DEL RITMO, MUERTE SÚBITA, ELECTROFISIOLOGÍA

FAC2015-147 / marie_farias@hotmail.com

CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTABLE EN PACIENTES CHAGASICO EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD CARDIOVASCULAR PÚBLICO, DEL CONURBANO BONAERENSE

Mariela Farias[*1], *Camilo Pulmari*[1] *and, Damian, Pulmari Camilo, Peliza Mauricio, Vazquez Norberto*

[1]Centro de alta complejidad cardiovascular Hospital Juan Domingo Perón, Malvinas Argentinas, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar causas del implante del cardiodesfibrilador y tipo de terapias en paciente con enfermedad de Chagas

Material y Método: Estudio retrospetivo, observacional, realizado desde enero de 2009 a octubre de 2014. Se vrecabaron datos mediante historia clínica informatizada y base de datos del servicio de Cardiología

Resultado: Sobre un total de 44 pacientes cojn implate de CDI, 24 erán chagasico. La edad promedio fue de 67,5 años. el 66% era de sexo masculino.

El 41,6% eran portadores de cardiopatia no dilatada con funcion sistolica del ventriculo izquierdo conservada, el 37, 5% presentaba miocardiopatia dilatada con deterioro severo de la funcion ventricular. Solo un(1) paciente tenia enfermedad coronaria severa.

En ECG: ritmo sinusal 79,2%, fibrilación auricular 12,5%, ritmo de marcapasos 8,3% BCRD en el 37,5%, HBAI 29,16% y BCRI en el 8,3%.

Como forma de presentación, 2 pacientes tuvieron TVMS, 7 TV con descompensación hemodinámica (DHE), 3 sincope, 3 disnea, 2 dolor precordial, 3 palpitaciones, y 2 muerte súbita abortada.

La indicación del dispositivo fue por prevención secundaria en el 87,5%, siendo las principales causas muerte súbita abortada, TVMS con DHE, sincope y arritmia ventricular, y por prevención primaria en 12,5%, siendo la presencia de arritmia ventricular no sostenida y el estudio electrofisiológico con inducción de arritmia ventricular los principales determinantes del implante.

Dos pacientes tenían además resincronizador, con respuesta clínica favorable.

Presentaron descargas apropiadas el 54,16% e inapropiados el 20,80% por FAARV. El 95,83% se encontraba con antiarritmicos, amiodarona 95,83% y betabloqueantes 79,10%. Marcapaseo antitaquicardia presente en el 66,6%, siendo efectivos en el 46% e inefectivos en el 21% de los casos.

Según NYHA, 24,19% de los pacientes presentaba CF I/II Y 20,83% CFIII/IV.

La mortalidad observada fue de 2 pacientes, 1 por insuficiencia cardiaca descompensada y otro por tormenta eléctrica.

Conclusiones: La principal indicación de implante de CDI en pacientes chagásicos fue en contexto de prevención secundaria. La presencia de terapias adecuadas fortalece la recomendación del dispositivo en este tipo de pacientes.

4. TRASTORNOS DEL RITMO, MUERTE SÚBITA, ELECTROFISIOLOGÍA

FAC2015-363 / almiron_luis@hotmail.com

COMPLICACIONES EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR TRATADOS CON NUEVOS ANTICOAGULANTES VERSUS ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K

Luis Iván Almirón[*1], *Pablo Marcelo Aguirre*[1], *Raúl Ignacio Pasetto*[1], *Facundo Nicolás Falcón*[1], *Natalia Mariel Chattich*[1], *Domingo Luis Pozzer*[1], *Rolando Esteban Pantich*[1], *Héctor Santiago Manzolillo*[1], *Stella Maris Rúveda*[1], *Carla Paola Giumelli*[1]

[1]Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Determinar complicaciones en pacientes con Fibrilacion auricular (FA) no valvular tratados con nuevos anticoagulantes (nACO) en comparación con antagonistas de la vitamina K (AVK) en nuestro centro.

Material y Método: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico, que incluyó pacientes mayores de 18 años anticoagulados por FA no valvular. Se revisó la historia clínica de pacientes que habían concurrido a consultorio externo entre el 1/01/13 y el 1/12/13 y se realizó un seguimiento telefónico. El punto final primario fue un combinado de muerte, infarto de miocardio y accidente cerebrovascular (ACV) isquémico. El punto final de seguridad consistió en ocurrencia de sangrado mayor.

Resultado: De los 212 pacientes que consultaron, se incluyeron 87 pacientes, 44 (50,6%) con nACO (grupo 1) y 43(49,4%) con AVK (grupo 2), con una media de seguimiento de 7,2 años en el grupo 1 y de 8,2 años en el grupo 2. En el grupo 1, 34 pacientes (77,3%) tomaban Dabigatrán y 10 (22,7%) Rivaroxabán, mientras que en el grupo 2, todos los pacientes se hallaban con Acenocumarol. Del total de pacientes, 54 (62,1%) fueron hombres, sin diferencias entre ambos grupos. La edad promedio fue 64,2 años en el grupo 1 vs 66,9 en el otro (p=NS). El puntaje de CHA_2S_2-VASc fue 2,3 en el grupo 1 vs 2,6 en el grupo 2 (p=NS), mientras que el puntaje de HASBLED fue de 0,9 vs 1,1 (p=NS) respectivamente. El punto primario ocurrió en 4 pacientes (4,5%), 2 en el grupo 1 (2 muertes en pacientes tratados con Dabigatrán, uno por ACV isquémico y el otro por causas no cardiovasculares) y 2 en el grupo 2 (un ACV isquémico no fatal y una muerte por progresión de insuficiencia cardiaca), sin diferencias significativas entre ambos grupos. La supervivencia libre de eventos en el seguimiento fue de 94,1% en el grupo 1 y 91,3% en el otro. No hubo eventos de sangrado mayor en ninguno de los 2 grupos.

Conclusiones: En los pacientes con FA no valvular, el tratamiento con nACO tienen una tasa similar de complicaciones comparado con los AVK.

4. TRASTORNOS DEL RITMO, MUERTE SÚBITA, ELECTROFISIOLOGÍA

FAC2015-352 / spopilovsky@gmail.com

PERFIL CLINICO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE FIBRILACION AURICULAR EN RELACION A LA TERAPEUTICA ANTITROMBOTICA EMPLEADA Y SU RIESGO EMBOLICO

Santiago Popilovsky[*1], *Claudio Gimenez*[1], *Rafael Matias Comisario*[1], *Victor Claudio Escobar*[1], *Perla Ines Barrios*[1], *Eva Griselda Fernandez*[1], *Jorge Isaac Parras*[1]

[1]Instituto de Cardiología de Corrientes J F Cabral, Corrientes, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La habilidad de la terapéutica anticoagulante está bien establecida en relación a la reducción de eventos embolicos. Este análisis se propone evaluar el perfil clínico de pacientes con fibrilación auricular en relación a la terapéutica antitrombotica elegida y su relación con eventos embolicos agudos al momento de consulta en un servicio de Emergencias.

Material y Método: Se trata de un estudio unicéntrico, prospectivo, en el que se incluyeron pacientes consecutivos con fibrilación auricular documentada electrocardiográficamente al momento de la consulta entre el 01/04/14 al 04/11/14 en el servicio de Emergencias del Instituto de cardiología de Corrientes J F Cabral. Se dividió a la población en aquella con CHADS2 y/o CHA2DS2-VASc ≥ 2 (Alto riesgo embolico). Las variables analizadas incluyeron el uso de terapia antiagregante o anticoagulante, su relación con eventos embolicos agudos y las características clínicas basales.

Resultado: Se incluyeron 177 pacientes (media de edad 67,4 ±13,4; sexo masculino 57%). De los pacientes del grupo de alto riesgo embolico (84%), el 58% recibia AAS (p=0,07); Acenocumarol 63% (p=0,02); Rivaroxaban 10% (p=ns); Dabigatran 3% (p=ns). Respecto a la estrategia antitrombotica se evidencio alto riesgo embolico en 46% de los que no recibian ningun tratamiento, 82% de los que recibian almenos un farmaco y 96% de los que recibian antiagregacion mas anticoagulacion (p=0,001). En relación a al stroke, lo presentaron el 9% de los pacientes que no rebian ningun antitrombotico; el 1,8% de aquellos con un fármaco antitrombotico, y el 5,4% de aquellos que recibían antiagregantes y anticoagulantes (p=ns). En cuando al embolismo periférico, los pacientes con almenos un antitrombotico lo presentaron en un 10% y aquellos pacientes con antiagregacion mas antitromboticos lo presentaron en un 5,4%; ningún paciente que no recibia antitrombotico desarrollo embolismos perifericos (p=ns). Se observo stroke en el 4% de los pacientes de alto riesgo (p=ns) y embolismos perifericosen el 7,4% de los pacientes de alto riesgo (p=0,66).

Conclusiones: En la poblacion analizada la tasa de eventos fue similar independientemente de la estrategia utilizada. Esto podria explicarse por la baja tasa de eventos ocurridos.

4. TRASTORNOS DEL RITMO, MUERTE SÚBITA, ELECTROFISIOLOGÍA

FAC2015-357 / spopilovsky@gmail.com

RIESGO EMBOLICO Y SU RELACION CON EVENTOS EMBOLICOS AGUDOS EN PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR QUE CONSULTAN A SERVICIO DE EMERGENCIAS

Santiago Popilovsky[*1], *Rafael Matias Comisario*[1], *Claudio Gimenez*[1], *Victor Claudio Escobar*[1], *Perla Ines Barrios*[1], *Eva Griselda Fernandez*[1], *Jorge Isaac Parras*[1]

[1]Instituto de Cardiología de Corrientes J F Cabral, Corrientes, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La fibrilación auricular es la arritmia sostenida más frecuente y uno de los problemas cardiacos de mayor impacto por ser responsable de un gran contingente de accidentes cerebrovasculares y aumento de la morbi mortalidad. La terapéutica antitrombotica es la mas importante estrategia tanto en prevención primaria como secundaria, siendo su empleo bajo en la actualidad raramente excediendo el 60% de los pacientes elegibles para tal estrategia. El presente analisis se propone evaluar el riesgo embolico en pacientes con fibrilación auricular y su asociación a eventos embolicos agudos al momento de consulta al servicio de emergencias.

Material y Método: Se trata de un estudio unicéntrico, prospectivo, en el que se incluyeron pacientes consecutivos con fibrilación auricular documentada electrocardiográficamente al momento de la consulta entre el 01/04/14 al 04/11/14 en el servicio de Emergencias del Instituto de Cardiología de Corrientes J F Cabral. Las variables analizadas incluyeron el riesgo de eventos tromboembolicos agudos y de sangrado asi como el uso de terapia antiagregante o anticoagulante.

Resultado: Se incluyeron 177 pacientes (media de edad 67,4 ±13,4 ; sexo masculino 57%). El 80% tenia diagnostico de cardiopatía, siento la isquémica responsable del 30%, hipertensiva 23%, valvular 21% (reemplazo valvular 12.2%). La media del score CHADS2 fue de 2,20 ±1,37 y CHA2DS2-VASc 3,62 ±1,97. Al relacionar el riesgo con eventos embolicos, vemos que los pacientes que presentaron accidente cerebrovascular al momento de la consulta presentaban score de CHADS2 (3,67 vs 2,16 p=0,028) y CHA2DS2-VASc (5,33 vs 3,57 p=0,057) más elevado que el grupo que no presento tal evento. En cuanto al embolismo periférico, si bien se observo mayor puntaje de estos score, en ningún caso se obtuvo significación estadística.

Conclusiones: Nuestro estudio encontró que aquellos pacientes con score de CHADS2 y CHA2DS2-VASc más elevados presentaron mayores complicaciones embolicas, siendo ello estadísticamente significativo para accidente cerebrovascular isquémico al momento de la consulta.

5. INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR. HIPERTENSIÓN PULMONAR

FAC2015-340 / tiberiofranchi@yahoo.com.ar

EVALUACIÓN CLÍNICA AL INGRESO POR IC DESCOMPENSADA Y EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA. SUB-ANÁLISIS DEL III REGISTRO ARGENTINO DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Victor Marcelo De Jesus Franchi[*1] *and Cursack Guillermo, Botta Christian, Diez Fabian, Ramos Karina, Corradi Lucas, Cimbaro Canella Juan, Echazarreta Diego, Coronel Maria, Perna Eduardo*

[1]Hospital Fernandez, Buenos Aieres, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Analizar el valor pronóstico de la evaluación clínica a la admisión por insuficiencia cardiaca descompensada (ICD)

Material y Método: Entre Mar-13/Jun-14, 350 pacientes Hospitalizados por ICD (31 centros, 11 provincias) fueron prospectivamente incluidos en el III Registro Argentino de Insuficiencia Cardíaca. Se evaluaron al ingreso los siguientes cuadros clínicos: congestión sistémica (CS: edemas, ascitis, ingurgitación yugular) y pulmonar (CP: ortopnea, rales, tercer ruido); edema de pulmón (EAP: rales > tercio inferior o Rx compatible), bajo gasto cardíaco (BGC: hipotensión < 90, hiponatremia, oliguria o hiperfusión), shock (SC: hipotensión sostenida < 80 con hipoperfusión y oliguria), perfil húmedo (PH) y perfil frío (PF).

Resultado: La edad fue 64±15 y 34% fueron mujeres. Se admitieron a cuidados intensivos 69%, la descompensación fue súbita en 45% y secundaria en 60%. La etiología fue isquémica en 43%. La presión sistólica fue 131±33 mmHg y la FC fue 95±27 lpm. Al ingreso, la evaluación clínica mostró CS 54,3%; CP 66,8%, EAP 15,7%; BGC 5,7%, SC 3,1%; PH 36,6% y PF 1,4. La mortalidad intrahospitalaria según el cuadro presente o ausente fue CS 1,6 vs 8,1% (p=0,003), CP 3,4 vs 6,8% (p=NS), EAP 5,5 vs 4,4% (p=NS), SC 20 vs 3,6% (p=0,009), PH 2,3 vs 5,9% (p=NS) y PF 40 vs 4,1% (p=0,018). En el análisis multivariado, los predictores independientes de mortalidad fueron el BGC (HR=8,9; IC95%=2,1-37,1, p=0,003) y SC (HR=31,4; IC95%=7,3-136, p<0,0001)

Conclusiones: La evaluación clínica al ingreso de pacientes con ICD permite identificar rapidamente pacientes de alto riesgo a corto plazo. La identificación de bajo gasto cardíaco y shock cardiogénico se asoció con mayor mortalidad intrahospitalaria.

5. INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR. HIPERTENSIÓN PULMONAR

FAC2015-210 / rodrizoni@yahoo.com.ar

TRATAMIENTO AL ALTA DE LOS PACIENTES SEGÚN TENGAN INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA O CRÓNICA

Rodrigo Zoni[*1], *Jorge Riera Stival*[1], *José Silveyra*[1], *Lorena Coronel*[1], *Pablo Cimbaro Canella*[1], *Stella Macín*[1], *Facundo Falcón*[1], *Gastón Pozzi*[1], *Eduardo Perna*[1]

[1]Instituto de Cardiología de Corrientes " Juana F. Cabral", Corrientes, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La insuficiencia cardiaca descompensada (ICD) y la insuficiencia cardiaca crónica (ICD) son 2 entidades fisiopatológicamente distintas. Es por ello que nos propusimos comparar la medicación al alta en ambos grupos de pacientes

Material y Método: Se realizó un análisis retrospectivo de un sistema de epicrisis digitalizado del Instituto de Cardiología de Corrientes en el período comprendido entre el 01/01/2013 y el 31/12/2013, Se seleccionaron los casos con diagnóstico de ICD e ICC

Resultado: Se hospitalizaron 626 sujetos con insuficiencia cardiaca (376 con ICD y 250 con ICC). En pacientes con ICD e ICC, la medicación al alta incluyó betabloqueantes en 69.4% vs 70% (p=0.88); inhibidores de la enzima de conversión o antagonistas de los receptores de angiotensina 62.8% vs 58% (p=0.23); antagonistas de la aldosterona 47.9% vs 34% (p=0.001); diuréticos 84.3% vs 60% (p<0.0001); aspirina 45.5% vs 58.8% (p=0.001); anticoagulantes vía oral 33.2% vs 33.6% (p=0.92); estatinas 36.7% vs 49.2% (p=0.002); amiodarona 31.6% vs 30.8% (p=0.82); bloqueantes cálcicos 8.5% vs 9.2% (p=0.76) y digoxina 23.9% vs 11.2% (p<0.0001), respectivamente.. Se implantó algún dispositivo en 4.8% vs 9.2% en ICD e ICC (p= 0.02)

Conclusiones: En los pacientes con ICD predomina el uso de diuréticos, antagonistas de la aldosterona y digoxina, expresando una selección de estrategias dirigidas al manejo de la congestión, mientras que en ICC predomina la indicación al alta de aspirina y estatinas quizá por predominio de cardiopatía isquémica

5. INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR. HIPERTENSIÓN PULMONAR

FAC2015-141 / rodrizoni@yahoo.com.ar

RELACIÓN ENTRE LOS PACIENTES INTERNADOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA O CRÓNICA Y ENFERMEDAD CORONARIA

Rodrigo Zoni[*1], *Jorge Riera Stival*[1], *José Silveyra*[1], *Lorena Coronel*[1], *Pablo Cimbaro Canella*[1], *Stella Macín*[1], *Eduardo Perna*[1]

[1]Instituto de Cardiología de Corrientes " Juana F. Cabral", Corrientes, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La cardiopatía mas frecuente en los pacientes con insuficiencia cardiaca es la isquémica. Nos propusimos evaluar las variables clínicas y los procedimientos realizados en estos pacientes (P) según si presentan insuficiencia cardiaca descompensada (ICD) o crónica (ICC).

Material y Método: Se realizó análisis de un sistema de epicrisis digitalizado del Instituto de Cardiología de Corrientes en el período comprendido entre el 01/01/2013 y el 31/12/2013 de los P hospitalizados por ICD u otra entidad pero que tengan ICC y la relación con la enfermedad coronaria.

Resultado: Se hospitalizaron 626 P con insuficiencia cardiaca (376 con ICD vs 250 con ICC). Al comparar los P con ICD vs ICC se observó que presentaban cardiopatía isquémica el 45.2% vs 55.2% (p= 0.014); estaban cursando un infarto de miocardio el 7.7% vs 15.6% (P=0.002) de los cuales presentaban supradesnivel del ST el 5.1% vs 9.6% y sin supradesnivel del ST el 2.7% vs 6% (p=0.008); se realizó cinecoronariografía al 23.4% vs 38.4% (p<0.0001); angioplastia al 5.9% vs 8.8% (p=0.16); cirugía de revascularización miocárdica durante la hospitalización al 2.1% vs 8.4% (P<0.0001) respectivamente.

Conclusiones: En nuestro centro se observa que al comparar los pacientes con ICD e ICC, en estos últimos predomina la cardiopatía isquémica, el síndrome coronario agudo y la revascularización coronaria durante la hospitalización.

5. INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR. HIPERTENSIÓN PULMONAR

FAC2015-249 / dechaza@uolsinectis.com.ar

PREDICTORES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA

Facundo Herrera Mujica[*1], *Amelia Laciar*[1], *Leandro Godoy*[1], *Maria Marta Geronés*[1], *Matias Antonetti*[1], *Leonardo Mancini*[1], *Daniel Marelli*[1]

[1]Hospital San Juan de Dios, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Analizar la presencia de predictores de mortalidad intrahospitalaria en una población de pacientes (p) portadores de Insuficiencia Cardiaca Descompensada (ICD) ingresados en Unidad Coronaria.

Material y Método: Se enrolaron 54 p con ICD ingresados entre 25/01/2013 al 27/10/13 cuyo diagnóstico se estableció mediante aplicación de criterios clínicos, evidencia de cardiopatía estructural y necesidad de tratamiento farmacológico endovenoso. Se dividió la población en dos sub-grupos dependiendo del valor de su fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) > o < 50% valorada por ecocardiografía. Se utilizó el análisis estadístico univariado y test CHI-cuadrado así como el Coeficiente de Spearman a través de EPIDAT para correlacionar eventos.

Resultado: Los p fueron agrupados en dos categorías según su FEVI: Grupo I ≤ 50,0% y Grupo II > 50,0%. El 72,22% (n = 39) correspondió al primer grupo y el 27,78% restante (n = 15) al segundo. La mortalidad intrahospitalaria fue 5.5% (n: 3 p). En el Grupo I el promedio de FEVI fue de 33,0% (DE = 9,0%), con un rango entre 17% y 46%. Las etiologías más frecuentes fueron: Isquemico-necrótica (11 casos) y Valvular e Idiopática (5 casos cada una). La mortalidad en este grupo se correlacionó significativamente con valores elevados de Presión Sistólica del Ventriculo Derecho (PSVD) (P= 0,026) y de Bilirrubina Total (BT) (P= 0,037) mostrando un Coeficiente de Spearman de 0,36 y 0,35 respectivamente. En el Grupo II el promedio de FEVI fue 61,0% (DE = 6,0%), con un rango entre 52,0% y 71,0%. Las etiologías más frecuentes fueron: Valvular (6 casos) e Hipertensiva (5 casos). La mortalidad en este grupo de p se correlacionó de manera significativa con la presencia de Insuficiencia Renal (IR) previa al ingreso (p 0,0316 con IC 0,12).

Conclusiones: Los p del Grupo I eran menos añosos, en su mayoría hombres y la principal etiología la Isquémico-necrótica. La PSVD y la BT fueron predictores de mortalidad en este grupo. En el grupo II los pacientes eran más añosos, en su mayoría mujeres, cuya etiología principal fue de origen hipertensivo y valvular donde la mortalidad se correlaciono de manera significativa con la presencia de IR previa al ingreso.

5. INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR. HIPERTENSIÓN PULMONAR

FAC2015-341 / ivanna_aranc@hotmail.com

17 AÑOS DE EXPERIENCIA EN TRASPLANTE CARDÍACO ORTOTOPICO

Ivanna Elisa Arancibia[*1], *Julio Baez*[1], *Clara Maria Huerta*[1], *Daniela Garcia Brasca*[1], *Ricardo Martellotto*[1], *Oscar Bauk*[1], *Horacio Simondi*[1]

[1]Hospital Italiano de Córdoba, Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: El objetivo del siguiente trabajo es determinar las características de los pacientes trasplantados y la sobrevida de los mismos a lo largo de los 17 años de experiencia en el Hospital Italiano de Córdoba.

Material y Método: Se realizó un análisis retrospectivo, descriptivo, utilizando historias clínicas de 66 pacientes que recibieron trasplante cardíaco en el Hospital Italiano de Córdoba entre septiembre de 1996 y febrero de 2014. Las variables que se consideraron fueron las siguientes (sexo – edad - fecha de trasplante - etiología que motivo el trasplante, estado actual del paciente, tiempo de sobrevida [en años]). Las variables continuas se expresaran como media ± error estándar y las categóricas como frecuencias. La curva de sobrevida se calculó mediante test de Kaplan-Meier y para el cálculo de diferencias en la sobrevida actuarial entre dos grupos se empleó el log-rank test. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultado: De 66 pacientes trasplantados en un periodo de tiempo de 17,4 años, 53 (80,3%) fueron hombres y 13 (19,7%) mujeres, la edad media de los receptores fue de 53 años (±14 años). Las etiologías que motivaron el trasplante fue la cardiopatía Isquémica (CI) en 26 pacientes (39,3%), Miocardiopatía dilatada idiopática 23 (34,8%), Miocardiopatía Chagasica 8 (12,1%), Valvular 7 (10,6%), y Miocardiopatía no compactada (MCNC) 2 (3,03%). El cálculo de sobrevida según el sexo de los pacientes mostro que los hombres tienen una sobrevida media de 11, 9 años y las mujeres de 6, 2 años (p=0,11). El análisis de Sobrevida según la etiología que motivo la indicación de trasplante mostro que los pacientes de origen idiopático tienen una sobrevida media de 14, 9 años, Isquémico 12,5 años, MCNC 7,5 años, valvular 5,2 años y miocardiopatía Chagásica 2,8 años (p=0,11).

Conclusiones: El trasplante Cardiaco sigue siendo la alternativa terapéutica para aquellos pacientes que sufren de insuficiencia cardiaca terminal, la sobrevida global es similar a la reportada por registros internacionales. El sexo masculino y la etiología idiopática son los que muestran los mejores resultados.

5. INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR. HIPERTENSIÓN PULMONAR

FAC2015-321 / lfavaloro@ffavaloro.org

TRASPLANTE CARDIACO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS: CARACTERISTICAS Y MANEJO DE LOS RECEPTORES

Margarita Ana Peradejordi Lastras[1], Liliana Ethel Favaloro[1], Roxana Daniela Ratto[1], María Florencia Renedo[1], Matías Martín López Rosetti[1], Claudia Nagel[1], Carlos Vigliano[1], Daniel Oscar Absi[1], Roberto René Favaloro[1], Alejandro Mario Bertolotti[1]*

[1]Hospital Universitario Fundación Favaloro, Buenos Aires, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: • La Enfermedad de Chagas es endémica en América Latina. El trasplante cardiaco (TxC) es el tratamiento de elección en la miocardiopatia dilatada chagásica en el estadio avanzado de la enfermedad. • Analizar las características y el manejo de los receptores de TxC chagásicos y su evolución alejada en un único centro.

Material y Método: Entre Junio 1992 y Junio 2014 se analizaron retrospectivamente 435 pacientes (p) con TxC. De ellos, 29 p (7%) eran portadores de miocardiopatia dilatada chagásica. El diagnóstico se confirmó por datos epidemiológicos y dos métodos serológicos positivos. Se excluyeron a los p con megacolon o megaesófago. Se realizó seguimiento con biopsias endomiocárdicas de vigilancia según protocolo y métodos parasitológicos y técnicas de PCR para el diagnóstico de reactivación (Ra) de la enfermedad. Los episodios de Ra se trataron con benznidazol.

Resultado: La edad media de los receptores fue 50±11 años y el 79% hombres. Todos los pacientes se encontraban en CF III-IV (NYHA). El promedio del diámetro diastólico del ventrículo y aurícula izquierda fueron 68±9 y 56±7 mm respectivamente y la fracción de eyección ventricular izquierda promedio 21±10%. La insuficiencia mitral era moderada a severa en el 66% de los p. Presentaban arritmias supraventriculares 13 p, trastornos de la conducción auriculoventricular 3 p y requerimiento de marcapaso/CDI 12/29 p (38%).Se detectó hipertensión pulmonar en el 76% con un promedio de presión media de la arteria pulmonar 31±8 mmHg. Se realizó Tx cardiorrenal en 2p. Requirieron soporte circulatorio con balón de contrapulsación aórtico 13 p, asistencia ventricular avanzada 2 p (1p bomba centrifuga y 1p Berlin Heart), inotrópicos 8 p y permanecieron en lista de espera en forma electiva 6 p. En el pos Tx se utilizó tacrolimus de novo en 22 p (76%), azatioprina y esteroides en todos los p. Se diagnosticó 12 Ra chagásica en 11p (41%): 8 paniculitis, 3 miocarditis y un Strout positivo. La mortalidad hospitalaria fue 7% (2p) por sepsis y falla primaria del injerto. La mortalidad en el seguimiento fue 26% (7p): rechazo celular agudo 3p, sepsis 2p, accidente de transito 1p y oclusión intestinal 1p. La supervivencia de los p con TxC chagásicos vs no chagásicos a 1, 5 y 10 años fue 83%, 83% y 75% vs 80%, 66% y 53% respectivamente (p= 0.126).

Conclusiones: En nuestra serie los receptores chagásicos se trasplantaron en estadios muy avanzados de su enfermedad. La Ra de la enfermedad pos TxC no fue causa de mortalidad y la supervivencia global fue similar a la población general con TxC.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-181 / mcescara@ffavaloro.org

CIRUGÍA DE ROSS EN ADULTOS: 17 AÑOS DE EXPERIENCIA

Roberto René Favaloro[1], María Carolina Escarain[1], Gustavo Giunta[1]*

[1]Hospital Universitario Fundación Favaloro, Buenos Aires, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: El autoinjerto pulmonar es la única válvula biológica de tejido vivo autólogo que en una población adulta joven ha demostrado mejor supervivencia que las prótesis biológicas o mecánicas. Nuestro objetivo es evaluar los 17 años de experiencia de la cirugía de Ross en adultos en nuestra institución.

Material y Método: Desde Julio 1995 a Diciembre 2012, 263 pacientes (p) (edad media 42±14 años) fueron operados de forma consecutiva de cirugía de Ross en nuestra institución. Se realizó seguimiento clínico y ecocardiográfico (media: 7.5±5.0). Supervivencia, ausencia de reoperación del homoinjerto, autoinjerto y relacionada a la cirugía de Ross fueron analizados mediante curvas de Kaplan Meier. Se identificaron predictores de reoperación mediante regresión de Cox.

Resultado: La mortalidad hospitalaria fue del 2.6% (7p) y la mortalidad tardía del 5.3% (14p). La supervivencia fue del 90% a 13 años (IC 95%: 80-95%). La ausencia de reoperación del homoinjerto, autoinjerto y relacionada a la cirugía de Ross a 13 años fue del 97% (IC 95%: 90-99%), 92% (IC 95%: 82-96%) y 90% (IC 95%: 81-95%), respectivamente. La tasa de reoperación en el seguimiento alejado fue del 0.77%/año. No se encontraron predictores de reoperación del homoinjerto. La ausencia de reoperación del autoinjerto no presentó diferencias significativas comparando p con insuficiencia aórtica preoperatoria (88% (IC 95%: 74-95%) a 13 años), p con estenosis aórtica preoperatoria (96% (IC 95%: 84-99%) a 13 años) y p con enfermedad aórtica preoperatoria (86% (IC 95%: 51-97%) a 13 años) p= 0.62. Otras variables (sexo, missmatch aórtico/pulmonar y diámetro del anillo aórtico) no se asociaron de forma significativa con la necesidad de reoperación del autoinjerto.

Conclusiones: A pesar de la complejidad técnica y de la tasa de reoperación en el seguimiento alejado, la cirugía de Ross debe ser considerada una opción quirúrgica válida en el tratamiento de la enfermedad valvular aórtica en p seleccionados.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-182 / mcescara@ffavaloro.org

CIRUGÍA DE PRESERVACIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA CON TÉCNICA DE REIMPLANTE: 15 AÑOS DE EXPERIENCIA

Roberto René Favaloro[1], María Carolina Escarain[1], Gustavo Giunta[1]*

[1]Hospital Universitario Fundación Favaloro, Buenos Aires, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar los 15 años de experiencia de la cirugía de preservación de válvula aórtica con técnica de reimplante en nuestra institución.

Material y Método: Desde Julio 1998 a Julio 2013, 76 pacientes (p) fueron operados de forma consecutiva de cirugía de preservación de válvula aórtica en nuestra institución. Se incluyeron en este estudio 63 p operados con técnica de reimplante y se excluyeron los 13 p operados con técnica de remodelado. Se realizó seguimiento clínico y ecocardiográfico con una media de 5.5 ± 3.0 años, 98% completo. La insuficiencia aórtica (IA) fue clasificada como: 0 ausente; 1+ leve; 2+ moderada; 3+ moderada-severa; 4+ severa. Supervivencia global, ausencia de IA ≥ 2+ y de reoperación fueron analizadas mediante funciones de Kaplan Meier con pruebas de Log-Rank para la comparación de las curvas de sobrevida.

Resultado: La edad media de los p fue de 45 ± 17 años (rango: 17-77 años); 76% era de sexo masculino; 37% de los p tenían diagnóstico de síndrome de Marfan, 19% de disección aórtica (7% aguda, 12% crónica) y 8% eran portadores de válvula aórtica bicúspide. El 44% de los procedimientos fueron combinados y 30% de los p requirieron hipotermia profunda y paro circulatorio. La mortalidad hospitalaria fue 3% (2 p) y la mortalidad tardía 5% (3 p). La supervivencia global a 10 años fue 90% (IC 95%: 78-96%). La ausencia de IA ≥ 2+ a 10 años fue 74% (IC 95%: 51-89%). La ausencia de reoperación fue 85% a 10 años (IC 95%: 64-95%). La IA severa preoperatoria no se asoció con el desarrollo de IA ≥ 2+ (74% (IC 95%: 46-91%) vs. 73% (IC 95%: 37-92%) a 10 años p=0.64) ni con la necesidad de reoperación (80% (IC 95%: 52-94%) vs. 93% (IC 95%: 71-99%) a 10 años, p=0.55) durante el seguimiento a largo plazo. Finalmente, no se observaron eventos tromboembólicos, episodios de sangrado ni endocarditis infecciosa durante el seguimiento a largo plazo

Conclusiones: En nuestra experiencia, la cirugía de preservación de válvula aórtica con técnica de reimplante en pacientes con patología de la raíz de aorta muestra resultados comparables a otras series internacionales publicadas. Por lo tanto, consideramos a esta técnica quirúrgica como una opción válida para pacientes seleccionados, correctamente informados sobre las otras técnicas quirúrgicas y sus beneficios. Debido a la disparidad que existe entre diferentes publicaciones, el procedimiento debería realizarse en centros con probada experiencia.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-151 / ferbagnera@hotmail.com

ANÁLISIS DE PACIENTES CON ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL SOMETIDOS A EXCLUSIÓN ENDOVASCULAR. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Fernando Bagnera[1], Yamandu Leaden[1], Lasave Leandro[1], Maximiliano Rossi[1], Fernando Kozak[1], Anibal Damonte[1], Eduardo Picabea[1]*

[1]Instituto Cardiovascular de Rosario, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar los resultados intrahospitalarios (IH) y a largo plazo de una serie de pacientes con aneurisma de aorta abdominal (AAA) no complicado sometidos a exclusión endovascular (EE).

Material y Método: Se incluyó de forma consecutiva los pacientes sometidos a EE de AAA no complicado desde mayo de 2008 hasta agosto de 2014. Se analizó la característica basal de la población y se evaluó: tiempo de internación, sangrado, complicaciones del acceso, síndrome post-implantación, reintervención y mortalidad. Se consideró procedimiento exitoso a la liberación de la prótesis en la posición deseada y como éxito clínico a la ausencia de complicaciones mayores (muerte-reintervención) IH. Se definió como sangrado al requerimiento de transfusión de 2 o más unidades de hemoderivados y como síndrome post-implantación a la presencia de fiebre y leucocitosis sin otra causa explicada. A los pacientes de nuestro centro se les realizó un seguimiento tomográfico al 1-6-12 meses, y al resto se los siguió clínicamente. A largo plazo se evaluó reintervención, mortalidad y presencia de fuga periprotésica. A través del método Kaplan-Meier se determinó la sobrevida libre de eventos mayores (muerte-reintervención) a dos años de seguimiento.

Resultado: Se evaluaron 68 pacientes sometidos a EE de prótesis aórtica. El 14,7% correspondió a disección aórtica tipo B, 7,4% a otros síndromes aórticos agudos, 2,9% a aneurismas torácicos, 1,5% a aneurisma toracoabdominal. El 73,5% (n=50) correspondió a AAA infrarrenal no complicado, siendo la población de estudio. De este grupo, el 94% (n=47) eran de sexo masculino y la media de la edad fue de 71±8 años. El 80% tenían hipertensión arterial. El 24% (n=12) presentó síntomas relacionados. Todos los pacientes fueron evaluados con tomografía previa. El promedio del diámetro mayor del saco aneurismático fue 60,4±8 mm. El éxito clínico y del procedimiento fue del 100%. El 10% (n=5) presentó sangrado, principalmente relacionado al acceso, y otro 10% síndrome post-implantación. El promedio de la estadía hospitalaria fue de 3,5±1,5 días. El seguimiento se realizó en un 92% (n=46) de los pacientes con una media de 23 meses. Se constató una mortalidad por todas las causas del 13% (n=6), ninguna relacionada al procedimiento. En los pacientes seguidos en nuestro centro (78%; n=39) se observó una incidencia de fuga periprotésica del 10,3% (n=4). Un paciente fue sometido a reintervención a los 10 meses por fuga de tipo I. La sobrevida libre de eventos mayores a dos años fue de 87%.

Conclusiones: En este grupo de pacientes seleccionados observamos que la exclusión por vía endovascular es un procedimiento seguro y eficaz tanto en la etapa intrahospitalaria como en el seguimiento a largo plazo con baja tasa de reintervenciones y mortalidad.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-403 / carmen_nievas@hotmail.com

TUMORES CARDIACOS PRIMARIOS

Maria Del Carmen Nievas Romano[*1], *Ricardo Ribeiro Dias*[1]

[1]InCor -FM-USP, san pablo, Brasil

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Correlacionar el tipo histologico de las masas cardiacas con su potencial embolico,sitio de implantacion, y analisar la sobrevida de los pacientes sometidos a exeresis de las masas

Material y Método: periodo enero de 1989 a diciembre de 2011

analisis retrospectiva de 185 pacientes operados de forma consecutiva,118 de sexo femenino 64%,edad entre 1 mes y 84 anos.diagnostico ecocardiografico,resonancia magnetica y examen histologico.el sitio de origen fue auricula izquierda 77.3%, auricula derecha 12,4%, ventriculo izquierdo 8,1%, ventriculo derecho 2,2%.mixoma 72,6%,fibroma 7%,trombo 5,9%,sarcoma 3,8%,fibroelastoma papilifero 2,2%,lipoma 2,2%,rabdomioma 2,2%, angiosarcoma1,6%,osteosarcoma 1,1% hemangioma 0,5% maningioma 0,5%

Resultado: 174 pacientes fueron tumores beningnos

el sitio de implante fue 88% del lado izquierdo del corazon

mortalidad hospitalar fue de 5,4%

el tipo histologico fue predictor de mortalidad (p0.002) rabdomiomas,sarcoma y angiosarcoma)

No hubo relacion del sitio de implante y la mortalidad (p0.37)

Embolizaciones: 20% fueron embolizaciones pre operatorias(10.2% SNC)

El tipo histologico fue predictor de evento embolico(p0.005)osteosarcoma,angiosarcoma,fibroelastoma papiliferoy lipoma.

El tamano del tumor(p0.132)la fibrilacion auricular preoperatoria (p0.206) y el sitio de implante (p0.121) no estuvieron relacionados con eventos embolicos.

Conclusiones: La mayoria de los tumores primarios del corazon exhiben como sitio primario de implante la auricula izquierda, siendo el mixoma el mas comun de ellos.

El tipo histologico fue predictor de obito y de evento embolico pre operatorio.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-258 / maxicrossi@hotmail.com

ANGIOPLASTIA DE TRONCO CORONARIO IZQUIERDO NO PROTEGIDO, EN LA ERA DE LOS STENTS FARMACOLÓGICOS. RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS Y SEGUIMIENTO ALEJADO

Maximiliano Rossi[*1], *Flavia Bilancieri*[1], *Anibal Damonte*[1], *Fernando Kozak*[1], *Leandro Lassave*[1], *Yamandu Leaden*[1], *Eduardo Picabea*[1]

[1]Instituto Cardiovascular de Rosario, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar los resultados Intrahospitalarias (IH) y en el seguimiento de pacientes (ptes) sometidos a angioplastia del Tronco de Coronaria Izquierda (TCI) no protegido.

Material y Método: Se realizo un análisis retrospectivo de todos los pacientes consecutivos tratados con angioplastia del TCI no protegido desde 01/2007 hasta 12/2014, excluyendo los pacientes ingresados en shock cardiogénico. Los eventos evaluados fueron mortalidad global, muerte de origen cardiovascular, infarto agudo de miocardio (IAM), ACV y necesidad de nueva revascularización durante la hospitalización y en el seguimiento hasta 5 años. La media de seguimiento clínico fue de 43.5 meses. El mismo se realizo en el 100% de los ptes, telefónica y/o presencial al mes, 6 meses y luego anualmente.

Resultado: Fueron incluidos 55 pacientes, con una edad promedio de 70±11,7 años, a predominio del sexo masculino (70.9%). El 23,6% de la población eran DBT, el 30.9% tenían una Fracción de Eyección menor al 45% y el 23,2% tenían antecedente de un IAM previo. El 45.5% de los pacientes tuvieron un EUROSCORE (ES) logístico mayor a 6, siendo el ES logístico promedio de 5,9±5%. La forma de presentación clínica fue en el 40% SCA, angina de reciente comienzo en el 36%, angina crónica estable en el 24% de la población. La bifurcación del TCI fue afectada en el 63,6% de los casos, utilizando una técnica de un solo stent en el 83% de los casos. En el 29,1% de la población la enfermedad del TCI fue la única lesión coronaria y en el 47,3% fue necesario realizar angioplastia coronaria de algún otro vaso coronario. El Syntax Score promedio fue de 22,1±8,8 y el 57,7% de la población tenía un Syntax Score < a 23. El 87.3% de los stents utilizados fueron con liberación de drogas. Ultrasonido intracoronario fue utilizado en el 67.3% de los casos. El procedimiento fue exitoso en el 100% de los ptes. La mortalidad IH fue del 1,8% (1 pte., presento trombosis subaguda del Stent, IAM y muerte a las 48 hs de la angioplastia) y no se observo ACV, IAM, ni necesidad de nueva revascularización IH en los restantes pacientes. En el seguimiento la mortalidad global al año fue del 3,6% y la de origen cardiovascular del 1.8%, a los 2 años del 9,1% y del 3.7% respectivamente y a los 5 años la mortalidad global fue del 18,2% (10 ptes,) y la de origen cardiovascular del 7.3%. A 5 años la necesidad de nueva revascularización fue del 5.5% y no se observaron IAM no fatal.

Conclusiones: La alternativa de revascularización percutánea mediante angioplastia del tronco de TCI resulto efectiva y segura en su fase IH en ésta experiencia mono céntrica. Estos resultados favorables inmediatos se mantuvieron en el seguimiento clínico alejado.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-410 / marcosf76@hotmail.com

SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVEACION DEL ST, NUESTRA EXPERIENCIA CON RESPECTO A LAS GUIAS FAC 2014 EN CUANTO A TIEMPOS DE DEMORA DE LA ATC 1°

Marcos Fernando De La Vega[*1], *Gustavo Pessah*[1], *Luis Guzman*[1], *Carlos Leonardi*[1], *Maximiliano Giraudo*[1], *Veronica Lehite*[1], *Fernando Chiarini*[1], *Maria Elena Fassi*[1], *Carolina Farias*[1], *Mara Vignolo*[1] *and Sebastian Carrizo, Rodolfo Gavicola, Federico Baldiviezo, Ariel Ittig*

[1]Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Evaluar nuestra experiencia y compararla con las guías FAC de SCACEST (Sme. Coronario Agudo con Elevación del ST) 2014, para conocer si nuestra realidad en cuanto a los tiempos de demora de los SCACEST tratados con ATC primaria.

Material y Método: se utilizó una base Excel del Servicio de Hemodinamia del Hospital Córdoba, se incluyeron de manera consecutiva 177 pacientes, los cuales presentaron SCACEST, y que hayan recibido ATC primaria, desde noviembre de 2011 hasta enero de 2015, donde se compararon los tiempos de demoras, con la guías FAC SCACEST 2014 (PCM - ATC primaria(PCM a balón) en centros A < 60 minutos; PCM - ATC primaria < 90 minutos; PCM - ATC primaria centros B y C que no disponen de TBL < a 120 minutos).

Resultado: En cuanto a la forma en que se llevó a cabo la consulta, se optó en el 54% de los casos, por un SEM, público o privado, seguido por la consulta directa (46%) a una guardia de cualquier institución pública. Con respecto al tiempo de demora en la consulta a partir del inicio del dolor, el rango se encontró entre un mínimo de tiempo de 5 minutos y un máximo de 21 horas, con un promedio de 2 horas con 38 minutos (158 minutos), en este punto el tiempo de demora desde el comienzo de dolor- consulta a guardia fue de 147 minutos y el tiempo dolor- consulta a SEM (Servicio de Emergencia) fue de 157 minutos; conociendo que el tiempo promedio de traslado desde un centro B o C hacia nuestra Institución (Centro A), fue de 2 horas 14 minutos (134 minutos). Si analizamos el tiempo de demora entre el inicio del dolor y el ingreso del paciente a la sala de Hemodinamia del hospital, nos encontramos con un tiempo mínimo de 40 minutos y un máximo de 22 horas, con un promedio de 4 horas con 57 minutos (337 minutos), teniendo en cuenta que el promedio de demora intranosocomial es de 41 minutos.

Conclusiones: En nuestro registro, llama la atención el tiempo excesivo en acceder a la sala de Hemodinamia para comenzar con la terapéutica, 337 minutos y si tomamos en cuenta el PCM-consulta, su demora se podría explicar por una falta de conciencia en la población por la consulta precoz y por retrasos en los traslados desde centros B y C a uno A . Cabe destacar que en el caso de ingresar directamente por la guardia de nuestros centro, el tiempo promedio del tratamiento es de 41 minutos, por lo tanto según nuestros datos,deberíamos tratar de trabajar más en las dos primeras variables, para adecuarnos a los tiempos que nos recomiendan nuestras guías FAC.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-372 / ja_mariani@hotmail.com

META-ANALISIS: ANGIOPLASTIA DE MULTIPLES VASOS VERSUS DEL VASO CULPABLE EN PACIENTES CON SINDROMES CORONARIOS AGUDOS SIN ELEVACION DEL ST

Javier Mariani[*1], *Maximiliano DeAbreu*[1], *Carlos Tajer*[1], *Gabriel Gonzalez Villamonte*[1], *Martín Ordoñez*[1], *Mauro Rossi Prat*[1], *Martín Vergara*[1], *Andrés Rosende*[1], *Alejandro Macchia*[2]

[1]Hospital El Cruce, Florencio Varela, [2]Fundación GESICA, CABA, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar la evidencia que compara la angioplastia de múltiples vasos (MV) versus angioplastia del vaso culpable (VC) en pacientes con síndromes coronarios agudos sin elevación del ST (SCA-SSTE).

Material y Método: Se realizó una búsqueda electrónica y manual. Se siguieron las guías MOOSE. Se incluyeron estudios que compararan MV con VC, en pacientes con SCA-SSTE, sin limitaciones de fechas ni idiomas. Se excluyeron los estudios que incluyeron solo pacientes con infarto con ST elevado y/o shock cardiogénico, y aquellos reportes en los cuales no era posible obtener datos para los análisis. En los análisis principales se utilizaron los estimadores de efecto ajustados, los cuales fueron agrupados mediante un modelo de efectos aleatorios con el métodos genérico de la inversa de la varianza. La heterogeneidad fue cuantificada mediante el estadístico I^2; El sesgo de publicación fue evaluado por inspección visual del gráfico del embudo y mediante la prueba de Egger, en ambos, un valor de p <0.1 fue considerado estadísticamente significativo. Para explorar fuentes de heterogeneidad se realizaron análisis de subgrupos.

Resultado: Se identificaron 674 artículos (219 duplicados). Finalmente, 12 reportes de estudios cumplieron criterios de inclusión. Estos incluyeron 117.685 pacientes (38.477 con MV y 79.208 con VC). La mediana de seguimiento fue de 12 meses. No hubo efectos significativos de la angioplastia MV sobre la mortalidad (HR 0.79; IC 95% 0.58 a 1.09; I^2 67.9%); la muerte o infarto (HR 0.90; IC 95% 0.69 a 1.17; I^2 62.3%); la revascularización (HR 0.76; IC 95% 0.55 a 1.05; I^2 49.9%); ni sobre el riesgo de muerte, infarto o revascularización (HR 0.83; IC 95% 0.66 a 1.03; I^2 70.8%). Todos los análisis exhibieron un nivel moderado de inconsistencia. En los análisis por subgrupos, el efecto del diseño (análisis post-hoc de estudios randomizados versus registros) explicó la inconsistencia, dado que los estudios randomizados mostraron un aumento del riesgo con angioplastia MV y los datos de registros sugirieron un beneficio; y la corrección por el diseño redujo sustancialmente el nivel de inconsistencia en la mayoría de los puntos finales evaluados. La inspección visual del gráfico del embudo y la prueba de Egger indican la presencia de sesgo de publicación.

Conclusiones: Los resultados del presente metaanálisis de datos observacionales indican la angioplastia MV no aporta beneficios sobre la angioplastia VC en los pacientes con SCA-SSTE. Estos resultados sugieren, además, que podría no ser una opción segura,dado que los datos con menor riesgo de sesgo de evaluación (estudios randomizados) muestran un incremento del riesgo de muerte o infarto.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-228 / matiasfs@hotmail.com

FACTORES PRONÓSTICOS Y SOBREVIDA EN PAROS CARDÍACOS ADMITIDOS EN SERVICIO DE EMERGENCIAS

Rafael Comisario[*1], *Eva Fernández*[1], *Perla Barrios*[1], *Claudio Giménez*[1], *Victor Escobar*[1], *Santiago Popilovsky*[1], *Jorge Parras*[1]

[1]Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar factores pronósticos y sobrevida en pacientes admitidos por paro cardíaco en el servicio de emergencias del Instituto de Cardiología de Corrientes.

Material y Método: Se incluyeron pacientes desde el 9/1/2012 hasta el 16/7/2014. Se analizaron factores de riesgo, ritmo al ingreso, diagnóstico de ingreso y sobrevida.

Resultado: Se incluyeron 89 pacientes ingresados por paro cardíaco.

La sobrevida intra-institucional fue del 25%, y a la actualidad es del 12,5%.

La distribución de los principales diagnósticos fue: SCAsST 14,8%, SCAcEST 17%, TEP 3,4%, ACV 4,5%, BAVC 2,3%, NAC 9,1%, sepsis 2,3%.

Los ritmos de ingreso fueron: FV 18,2%, TV 9,1%, DEM 28,4%, asistolia 31,8%, desconocido 13,6%.

El análisis univariado halló peor pronóstico en los pacientes con paro cardíaco de origen no cardiovascular (OR 8,8 IC 1,7-43. p 0,003), cuando no se obtuvo diagnóstico de certeza como causa de paro (OR 1,79 IC 1,46-2,18. p 0,003) y tendencia a la significación estadística en los pacientes con ritmos no desfibrilables (OR 2,8 IC 0,7-10,7. p 0,09). Sin embargo ninguna de estas variables fue predictor independiente en el análisis multivariado.

Durante la sobrevida (media de 76 días), con el análisis de Kaplan-Meier se encontró que existe peor pronóstico en pacientes con paro cardíaco de origen no cardiovascular (p 0,002), en pacientes sin origen claro del paro cardíaco (p 0,0001) y aquellos pacientes con ritmos no desfibrilables (p 0,009).

Conclusiones: La mortalidad del paro cardíaco sigue siendo elevada. Hallamos en nuestra serie que los factores a tener en cuenta por tener peor pronostico en el seguimiento son: El paro cardíaco de origen no cardiovascular, cuando se trata de un paro cardíaco y no se encuentra causa subyacente, y la presencia de ritmos no desfibrilables.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-167 / facualtamirano@hotmail.com

IMPORTANCIA DE LA CUANTIFICACIÓN TEMPRANA DEL TAMAÑO DEL INFARTO Y SU VALOR PRONÓSTICO A CORTO Y LARGO PLAZO

Facundo Altamirano[*1], *Miguel Hominal*[1], *Ricardo Ferrer*[1], *Jorge Lopez*[1], *Alejandro Meiriño*[1], *Gerardo Zapata*[1]

[1]Instituto Cardiovascular de Rosario, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar la utilidad del tamaño de infarto (TI) estimado por SPECT cardíaca con Tc 99m sestabimi en la predicción de eventos intrahospitalarios y a largo plazo.

Material y Método: Estudio descriptivo, donde se analizó una base de datos de pacientes ingresados en forma consecutiva con diagnóstico de IAM con elevación del segmento ST desde diciembre del 2009 a diciembre 2014. Se incluyeron aquellos evaluados mediante SPECT de reposo y fueron excluídos aquellos con IAM previo. El cálculo de TI se realizó con una cámara gamma VENTRI GE mediante el software Cedars QPS. La relación entre el monto de fibrosis y los eventos se calculó mediante curva ROC. Se evaluaron eventos cardiovasculares durante la etapa hospitalaria y al año: IAM, insuficiencia cardíaca (IC), revascularización, arritmias ventriculares y muerte.

Resultado: Se analizó una muestra de 149 pacientes, con edad media de 59,6±11 años y 81,9% de sexo masculino. El 52,3% eran hipertensos y 16,1% diabéticos. El 11,5% presentaba angina y el 9,4% revascularización previa. El 84,6% ingresaron en Killip y Kimbal A, con una mediana de 4 horas desde el inicio de los síntomas. El 43% fueron IAM del territorio anterior y el 69,8% fueron reperfundidos, 85,6% con ATC y 14,4% con trombolíticos. La FEVI por Gated-SPECT fue del 51,5±14%. Durante la fase intrahospitalaria, la tasa de IC fue del 17,4%, arritmias ventriculares 10,9%, isquemia recurrente 0,7% y muerte de 0,7%.

Se realizó seguimiento clínico en el 95,9% de los casos con una mediana de 11 meses.

Se calculó un punto de corte del tamaño de la fibrosis (curva ROC) para predecir eventos combinados durante el seguimiento: 24% (S 74%, E 84%, ABC 0,862)

El TI entre 20% y 39% se asoció a una tasa de IC del 20% y un TI ≥ a 40% a 57%, p=0,012.

Se dividió a la muestra en dos grupos: grupo I (<24%) y grupo II (≥24%). La prevalencia de eventos combinados fueron de 7,8% grupo I y de 56,1% grupo II, p < 0,001. La sobrevida libre de eventos fue del 92,2% para el grupo I y del 43,9% para el grupo II, long rank test p < 0,001.

Mediante análisis de regresión logística múltiple se identificó como única variable predictora de eventos al seguimiento al TI ≥24% (OR 0,61; IC 95% 0,02-0,185; p<0,001).

Conclusiones: Nuestro estudio demostró que el tamaño de la fibrosis luego de un IAM medida por SPECT Tc 99m sestamibi se relaciona con la evolución intrahospitalaria. En el seguimiento a un año, el TI resultó ser predictor independiente de eventos cardiovasculares.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-393 / ggvm1@hotmail.com

ESTRATEGIA INVASIVA DE RUTINA EN PACIENTES CON SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS SIN ELEVACIÓN DEL ST: RE-EVALUACIÓN DE LA EVIDENCIA

Gabriel Alejo Gonzalez Villa Monte[1], *Mauro Rossi Prat*[*1], *Martin Ordoñez*[1], *Juan Bacigalupe*[1], *Andres Rosende*[1], *Maximiliano De Abreu*[1], *Javier Mariani*[1], *Carlos Tajer*[1]

[1]Hospital EL Cruce, Buenos Aires, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Los síndromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST (SCA-SEST) representan la forma más frecuente de presentación de la enfermedad coronaria aguda y las actuales guías de práctica clínica recomiendan en los pacientes de mayor riesgo una estrategia invasiva de rutina (IR). El objetivo del presente meta-análisis es re-evaluar los resultados a largo plazo de los estudios clínicos aleatorizados publicados que compararon una estrategia IR con una selectivamente invasiva (SI) en pacientes con SCA-SEST.

Material y Método: Se incluyeron estudios clínicos controlados, aleatorizados que compararon estrategias IR con SI en pacientes con SCA-SEST, que reportaran datos de seguimiento a largo plazo.Se calculó el riesgo relativo de cada estudio y los resultados fueron agrupados mediante un modelo de efectos aleatorios. La heterogeneidad se cuantificó con la prueba Q de Cochran y con el estadístico I2. El punto final primario fue el riesgo de muerte de cualquier causa o infarto; además se analizaron los componentes individuales del punto final primario y la mortalidad cardiovascular.

Resultado: Se identificaron 3 estudios: FRISC II, RITA 3 e ICTUS,que aleatorizaron 5467 pacientes (2721 a estrategia IR y 2746 a SI) y reportaron un seguimiento a 5 años. Media de edad de 63,3 años y el 68% fueron hombres. El 46,8% tenía cambios del ST y el 48,1% elevación enzimática. Los tres estudios incluyeron pacientes con dolor precordial y alguna evidencia objetiva de isquemia miocárdica. La estrategia IR consistió en angiografía entre los 2 y 7 días de la aleatorización. La estrategia SI incluyó una prueba evocadora de isquemia de rutina excepto en el RITA 3 y la indicación de cruzamiento a angiografía fue la presencia de isquemia recurrente espontánea o en la prueba. El punto final primario de muerte o IAM ocurrió en 1048 pacientes(493 IR y 555 SI; RR 0,93; IC 95% 0,72-1,19) con evidencias de heterogeneidad significativa (p=0,006; I2 80,1%). No hubo diferencias significativa en la ocurrencia de muerte total (286 vs 315; RR 0,92; IC 95% 0,77-1,11; I2 32,7%), muerte cardiovascular (168 vs 202; RR 0,84; IC 95% 0,69-1,03; I2 4,3%) ni de infarto (282 vs 337; RR 0,88; IC 95% 0,65-1,19; I2 71,9%).

Conclusiones: Los resultados del meta-análisis indican que los efectos a largo plazo de una estrategia IR en pacientes con SCA-SEST son neutros en términos de mortalidad y además muestran inconsistencia respecto a la muerte o el infarto. Existe una tendencia no significativa a reducir la incidencia de infarto en el seguimiento que no se traduce en sobrevida. Las discrepancias con análisis previos puede explicarse por la inclusión de todos los infartos y no sólo de los infartos espontáneos.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-371 / michikts@hotmail.com

SINDROMES CORONARIOS AGUDOS SIN LESIONES CORONARIAS SIGNIFICATIVAS: CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES

Michelle Navia Espinoza[*1], *Leonardo Alvarez*[1], *Juan de Mateo Rey*[1], *Raul Barcudi*[1], *Paula Matinez*[1]

[1]Clínica Universitaria Reina Fabiola, Córdoba- Capital, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Muchos de los pacientes sometidos a angiografía coronaria debido a dolor precordial, padecen de enfermedad arterial coronaria pero en una proporción significativa se encuentran arterias coronarias de apariencia normal; alrededor del 40% según algunas publicaciones. Analizar recursos diagnosticos que llevaron al estudio, características clínicas y epidemiológicas de los pacientes sometidos a cinecoronariografía por dolor precordial sin lesiones angiograficamente significativas.

Material y Método: Se incluyeron pacientes derivados para cinecoronariografía tanto de consultorio externo como de unidad coronaria con diagnóstico de SCASST desde el 28 de diciembre de 2007 al 12 de noviembre de 2014; se conformo 1 grupo sin lesiones coronarias(SL). Se excluyeron paciente con enfermedad coronaria conocida (infarto previo, revascularización previa) y también los pacientes con lesiones coronarias angiograficamente significativas. Analizamos las características clínicas de la población y factores de riesgo cardiovascular.

Se ingresaron los datos en planilla de Excel diseñada para tal fin, se uso el programa INFOSTAT, las variables cualitativas fueron expresadas en porcentajes y se usaron el test de chi^2 y test exacto de Fisher; para las variables cuantitativas se utilizó el test t de Student.

Resultado: De una cohorte inicial de 271 pacientes SL, el rango etáreo mas prevalente correspondió a edad entre 51-60 años correspondiendo al sexo femenino 56%SL y 44% al sexo masculino; fumadores 38% SL; diabéticos 12%; HTA 80%; dislipemicos 76%; sobrepeso 40%; 77%presentaban antecedentes familiares. En cuanto al modo de presentación 58% corresponden a angina de reciente comienzo IV; 15% a angina silente; 14% a angina de reciente comienzo II.

Un 73% fue derivada de consultorio externo y un 27% de unidad coronaria.

De los pacientes estudiados 98% se realizo camaragamma de los cuales 94% presentaron la prueba positiva (anterior 30%; inferior 29%; apical 19%; septal 15%; lateral 7%)

Conclusiones: los pacientes sin lesiones coronarias fueron predominantemente mujeres,con rango etareo predominante entre 50-60 años de los cuales presentaban como factores de riesgo predominates HTA, dislipemia y antecedentes familiares. En cuanto la presentación clínica el predominio fue angina de reciente comienzo CF IV, de los cuales casi la totalidad de los pacientes presentaba camaragamma positiva. Creemos que estos hallazgos necesitan de un mejor entendimiento de los mecanismos del SCASEST en ausencia de lesiones coronarias angiograficamente significativas para evaluar apropiadamente las estragegias de metodos diagnosticos, clínica y estrategias de tratamiento.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-293 / macinucic@hotmail.com

FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL INFARTO AGUDO: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN INTRA-HOSPITALARIA

Stella Macin[*1], *Mariela Onocko*[1], *Eduardo R Perna*[1], *Maria L Coronel*[1], *Guillermo Aristimuño*[1], *Estefania Silvero Mora*[2], *Camila Aranda*[1], *Raul Pasetto*[1], *Viviana Severini*[2], *Josefina Roldan*[1]

[1]Instituto de Cardiología JF Cabral Corrientes, [2]Facultad de Medicina UNNE, Corrientes, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar características clínicas y evolución intra- hospitalaria de pacientes hospitalizados con infarto agudo de miocardio (IAM) con Fibrilación auricular (FA)

Material y Método: Desde agosto del 2012 al 20 de abril del 2014, fueron admitidos 313 pacientes con infarto agudo de miocardio, de los cuales 134 ptes fueron Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento ST (SCAsST), y 179 con elevación del segmento ST (SCAceST). Se definió como Fibrilación auricular a la presencia de nuevo inicio de ésta arritmia luego a la admisión o luego de la admisión, Se conformaron dos grupos: grupo I: Con FA (ptes) y los restantes conformaron el grupo II

Resultado: La incidencia fue de 10.2%(32 ptes), conformando el grupo I, los restantes el Grupo II. Hubo diferencias en edad en pacientes con SCAsST con FA (61.2±11. vs 72.1±13, p=0.006), así como en sexo en SCAsST (29.6 vs 55.6%, p=0.02), Tenían diferencias en presión sistólica al ingreso, SCAsST (131±28 vs 127±25,p=0.027), colesterol de ingreso 153.7±105 vs168±122, p=0.034), respectivamente. En ambos tipos de infarto hubo mayor prevalencia de complicaciones: IC (SCAsST 55.6 vs 8.8, p<0.0001 y SCAceST (43.5 vs 18.6%, p=0.007). BAVC (SCAsST 22.2 vs 4%, p=0.018) y SCAceST (17.4 vs 3.8%, p=0.008), requirieron mayor uso de catéter de Swan Ganz (SCAsST 33.3 vs 8.8, p=0.008 y SCAceST (21.7 vs 7.1%, p=0.021), ARM (SCAsST 22.2 vs 3.2, p=0.008) así como cardioversión eléctrica SCAceST (21.7 vs 1.9%, p<0.001), Después de ajustar por análisis multivariado, solo la FA fue asociado a incremento en 3.2 veces la mortalidad hospitalaria en pacientes con SCAceST (OR 3.2, CI 95% 1.8-5.3, p=0.001), no así en el. SCAsST..

Conclusiones: Los pacientes con infarto, admitidos con nueva FA o que la desarrollan durante la hospitalización, presentaron mayor mortalidad hospitalaria, aquellos con elevación del segmento ST así como complicaciones como ser BAVC e IC en ambos tipos de infarto, requiriendo mayor número de procedimientos intervencionistas como ARM y catéter de Swan Ganz para su manejo.

8. SESIONES ESPECIALES

FAC2015-217 / facundo29@yahoo.com

PATRON SEROLOGICO Y RECURRENCIAS TROMBOTICAS EN PACIENTES CON SINDROME ANTIFOSFOLIPIDO

Luis Lema[*1], *Vanesa Quino*[1], *Eduardo Conci*[1], *Carlos Balestrini*[1], *Jose Sala*[1], *Cesar Serra*[1]

[1]Instituto Modelo de Cardiología Privado SRL, Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: El Síndrome Antifosfolipido (SAF) es un desorden trombofílico caracterizado por trombosis arteriales (TrA) y/o venosas(TrV) o compromiso obstétrico(COb) asociado a la presencia de Anticuerpos Antifosfolípidos (AcAf). (Anticardiolipinas -ACL-IgG, IgM, Anticoagulante Lúpico y AntiB2GP1)

Objetivo: Analizar la relación del patrón serológico de pacientes con SAF y recurrencia de eventos trombóticos (RTr)

Material y Método: Desde Abril del 2000 a Marzo del 2013 se incluyeron 225p con SAF según los criterios diagnósticos de Sapporo/Sidney, 129 mujeres (57.3%) y 96 hombres (42.6%) con una edad media de 41.5 (17-73). 27p (12%) con COb, 111 (49.3%) con TrA y 87 (38.6%) con TrV. Se estudiaron los AcAf basales repitiendo los mismos anualmente. El seguimiento medio fue de 96 meses (24-168). El análisis estadístico se realizó con software INFOSTAT versión 2014

Resultado: ACL IgG 58 p, IgM 31p, Anticoagulante Lúpico 48p, Anti 2GP1 15p. 2 AcAf + 35 p, 3AcAf + 12p y 4 AcAf + 26 p. 187p recibieron anticoagulación oral y 38 antiagregación plaquetaria. 26 p (11.5%) negativizaron los Ac. En el seguimiento 76 p (33.7%) presentaron RTr, de los cuales 31 tenían Anticoagulante Lúpico + (p=0.03) y 19 p los 4 AcAf + (p=0.009). El resto de los patrones serológicos no se correlacionó con RTr. Los p que negativizaron los Ac no presentaron RTr

Conclusiones: En esta población de p con SAF el patrón serológico que se correlaciona con RTr es la presencia de Anticoagulante Lúdico y la positividad de los 4 AcAf independientemente de la terapia antitrombótica. Negativizar los AcAf en el seguimiento podría ser un factor protector para las RTr

8. SESIONES ESPECIALES

FAC2015-296 / luisangelot25@hotmail.com

CORRELACIÓN DEL ESTUDIO ECOCARDIOGRAFICO SEGUN VALORES DE PROBNP CON LA EVOLUCIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA

Luis Gavilan[*1]

[1]centro modelo de Cardiologia, tucuman, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo Principal: Evaluar Función ventricular por ecocardiografia y compararlos con valores de prpBNP

Objetivos Secundarios: • Evaluar clase funcional según NYHA al ingreso y compararlos con valores de proBNP. • Determinar tiempo de internación según valores de proBNP.

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo observacionaldonde Fueron incluidos 60 pacientes con diagnóstico de INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA de ambos sexos, con una edad promedio de 72.2 años (43–99 años) internados en UNIDAD CORONARIA del Centro Modelo de Cardiología durante un período comprendido entre agosto 2013 - enero 2015. Se excluyeron los pacientes los cuales no se les midió proBNP, pacientes que no se realizaron ecocardiograma doppler color. El estudio ecocardiografico y de laboratorio se evaluaron durante el primer día de internación, y se analizo: Valores de proBNP con Clínica de ingreso (se tomo en cuenta clasificación de la NYHA) fracción de eyección y tiempo de internacion.

Resultado: 1. Los pacientes con Valores elevados de proBNP se relacionan con fracción de eyección mas deprimida. 2. Mayor clase funcional clínica al ingreso se relaciona con valores mayores de proBNP. 3. Los pacientes con mayor valores de proBNP existirá mas días de internación

Conclusiones: 1. Valores elevados de proBNP se relacionan con fracción de eyección mas deprimida. 2.Mayor clínica al ingreso se relaciona con valores mayores de proBNP. 3.A mayor valores de proBNP existirá mas días de internación.

8. SESIONES ESPECIALES

FAC2015-216 / yani_bazan@hotmail.com

TIENE LA PRESENCIA DE INCOMPETENCIA CRONOTROPICA CORRELACION CON EL MONTO DE ISQUEMIA?

Nestor Vita[1], *Juan Pablo Aimasso*[*1], *Yanina Bazan*[1], *Arturo Romero Acuña*[1], *Candela Vivas*[1], *Diego Lambri*[1], *Marcos Cisarchia*[1], *Ciro Carrillo*[1]

[1]instituto de CardiologíaLluis Gonzalez Sabathie, rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: A fines de aumentar la eficacia de la prueba ergometrica graduada (PEG), se incorporaron parámetros que han demostrado tener valor agregado, entre ellos la capacidad funcional, el score de Duke, y el incremento de la frecuencia cardiaca (FC). El objetivo de este estudio es evaluar la presencia de Incompetencia cronotrópica (IC) durante la PEG, definida por: 1. Incapacidad de alcanzar al menos el 85% de FC máxima tolerada para la edad y sexo del paciente (85% FCMT). 2. O por el Indice Cronotrópico: (Ind Cr: FC pico alcanzada menos FC basal sobre FC máxima esperada). Logrando menos del 80% de la Reserva Cronotropica.

Correlacionar ambos con la presencia de isquemia y monto isquémico detectado por estudios de perfusión miocárdica (SPECT).

Material y Método: Se analizaron las PEG, entre los periodos comprendidos desde Agosto a Diciembre del 2014. Se excluyeron a aquellos pacientes que se realizaron el estudio bajo tratamiento farmacológico que pudiera inferir en la FC. Se realizo una prueba en cicloergometro, utilizando un protocolo de Naughton. Se utilizaron las dos formulas antes citadas, para definir su presencia. De esta forma, se dividió a la población en pacientes con o sin IC. Posterior al stress, se tomaron imágenes de perfusión y se comparo la presencia de isquemia.

Resultado: Se incluyeron en el estudio 185 pacientes, de los cuales solo el 8% (n:15), tenían antecedentes conocidos de enfermedad coronaria. Cuando se evaluó la IC, utilizando la fórmula del 85% de la FCMT, se observo que el 46% de los pacientes tenían IC (n: 85), y el 54% (n:100) alcanzaban el 85%. A estos 2 grupos, se los comparo analizando los resultados del SPECT, obteniendo los siguientes datos: **IC:** 23% Isquémicos, 7% Necrosis, 70% perfusión normal. **Sin IC:** 27% Isquémicos, 3% Necrosis, 70% Normal. Cuando se evaluó la IC mediante el Ind. Cr., se vio que el 65% (n: 122) tenían un Ind. Cr < 0.8, mientras que el resto tenían un índice > a 0.8. En cuanto a los resultados fueron similares, obteniéndose los siguientes resultados. IC<0.8: 27% isquémicos, 5% Necrosis, 68% Normal. IC >0.8: 27% Isquémico, 3% necrosis, 70% normal.

No existió relación entre el monto isquémico y la presencia de incompetencia cronotropica

Conclusiones: Al analizar la IC mediante los dos parámetros recomendados, se vio, que el Ind. Cro. detecta mayor cantidad de pacientes con insuficiencia cronotrópica, que la fórmula más usada, el de alcanzar el 85% de FCMT.otro Al analizar la relación con la IC y probabilidad de enfermedad coronaria, en la perfusión, se comprobó que no hubo diferencias entre los pacientes que tenían IC por cualquiera de las 2 fórmulas, y los que no la tenían. Tampoco hubo diferencias comparando los pacientes con IC entre los dos fórmulas usados.

8. SESIONES ESPECIALES

FAC2015-198 / silvilopresti@gmail.com

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE TRATAMIENTO ANTI-TRYPANOSOMA CRUZI MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA EN UN MODELO MURINO

F Alfonso[1], S Lo Presti[1], M Cuello[1], C Bazán[1], M Strauss[1], A Báez[1], L Sonzini[1], W Rivarola[1], P Paglini[1]*

[1]Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: El objetivo del presente trabajo fue evaluar la efectividad del tratamiento en la etapa crónica de la infección experimental con Trypanosoma cruzi con una asociación de drogas (benznidazol + clomipramina). Así mismo, se pretende determinar la utilidad de la ecocardiografía (ECO) como herramienta para el estudio de un modelo murino de enfermedad de Chagas.

Material y Método: Se utilizaron ratones albinos suizos que fueron divididos en los siguientes grupos: sin infectar (SI, n=10), infectados no tratados (NT, n=7), infectados y tratados con benznidazol 100 mg/Kg/día (Bz, n=8) e infectados y tratados con una combinación de benznidazol 25 mg/Kg/día y clomipramina 5 mg/Kg/día (Bz+Clo, n=7). Los grupos infectados fueron inoculados con 50 tripomastigotes de T. cruzi (aislamiento SGO Z12); los tratamientos se realizaron a los 150 días post infección (d.p.i.) durante 30 días y fueron estudiados a los 180 d.p.i. La efectividad del tratamiento se estudió mediante ECO utilizando un ecógrafo Sonosite micromax con sonda lineal de 10 MHz. Se estudió ventrículo izquierdo en modo M paraesternal eje corto. También se analizaron los siguientes parámetros electrocardiográficos: frecuencia cardíaca y duración del complejo QT y del segmento PR. Análisis estadístico: ANAVA y test de Fisher, considerando diferencias significativas cuando P<0,05.

Resultado: La ECO demostró que la fracción de acortamiento de los corazones de ratones NT se encontró disminuida (24,41 ± 1,11) en relación a los grupos tratados (Bz: 29,81 ± 1,05; Bz+Clo: 32,76 ± 1,78) que presentaron valores similares al grupo SI (30,72 ± 1,57) (P<0,01). Se encontró además una correlación negativa (Coeficiente de Pearson: -0,85; P=0,02) entre los valores de fracción de acortamiento y el peso de los corazones de los ratones Bz+Clo. La frecuencia cardíaca del grupo no infectado fue menor (P<0,05) que la presentada por los grupos infectados (tratados y no tratados); no se encontraron diferencias en la duración de QT y PR.

Conclusiones: El tratamiento realizado en la etapa crónica de la infección experimental resultó beneficioso ya que los animales tratados presentaron valores de fracción de acortamiento similares al grupo SI. El tratamiento con Bz a un cuarto de su dosis habitual sumado a clomipramina no presentó diferencias al compararlo con el tratamiento con la dosis completa, lo que demuestra los beneficios potenciales de esta combinación. La ECO en modo M es por tanto una herramienta útil para evaluar la función sistólica ventricular izquierda en la miocardiopatía chagásica en el modelo experimental murino, facilitando la verificación de la eficacia de los tratamientos.

8. SESIONES ESPECIALES

FAC2015-160 / silneilmir@gmail.com

LA MUJER Y LA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Miriam Silvero[*1], Leonardo Browne[1], Gabriel Solari[1], Christian Nozieres[1], Ezequiel Badino[1]*

[1]Hospital san Juan de Dios de La Plata, 75-985 la Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Introducció:la mujer sometida a cirugía cardiaca,en la predicción de mortalidad, tiene aumentado el riesgo en los scores más utilizados.las estadísticas de intervención en el género femenino es aproximadanjmente 34% en Europa, 29% en Asia, 33% en CentroAmérica, 32,5 en NorteAmérica, 38% en Brasil y 26% en Argentina.

Objetivo: Cuantificar el porcentaje de pacientes operadas en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital San juan de Dios y el porcentaje de las sometidas a revascularización miocárdica, sobre el total de intervenciones, registrando la tendencia en el tiempo.

Material y Método: Estudio retrospectivo observacional analítico. Pacientes incluidos: pacientes operados en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital San Juan de Dios en el período comprendido entre 01/01/07 y el 31/12/12: 1382 pacientes de los cuales 719 fueron revascularización miocárdica. Exclución cirugía sin circulación extracorpórea y urgencias.

Resultado: El porcentaje del género femenino sobre el total de las intervenciones fue del 27% y en cirugía de revascularización miocárdica 20,4%. para ambos resultados la tendencia temporal fue decreciente.

Conclusiones: La constitución de género en las intervenciones quirúrgcas cardíacas y específicamente de la revascularización miocárdica es inferior a la de otras regiones del mundo. Ocurre también con la tendencia temporal de éstas.

8. SESIONES ESPECIALES

FAC2015-356 / perez_anarosa@yahoo.com.ar

PERFILES SÉRICOS DE ADIPOCITOCINAS EN INDIVIDUOS CON ENFERMEDAD DE CHAGAS CRÓNICA

Rodolfo Leiva[1], Florencia B González[2], Silvina Villar[2], Susana Lioi[1], Julia Márquez[2], Lorena Scaglione[2], Jaqueline Petrucci[1], Oscar Bottasso[2], Ana Rosa Pérez[*2], Juan Beloscar[1]*

[1]Cat. y Serv. de Cardiología Hospital del Centenario, [2]IDICER-CONICET, Rosario, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: El estado metabólico de un individuo es influenciado por factores endócrinos e inmunológicos; y viceversa. El objetivo del presente estudio fue investigar si alteraciones en los niveles circulantes de factores involucrados en la respuesta inmunoendócrina-metabólica en individuos chagásicos crónicos (Chc) se relacionan con la severidad de la patología cardíaca.

Material y Método: Para ello, se reclutaron 109 pacientes Chc y 24 individuos sanos (Co). Todos los sujetos Chc fueron evaluados mediante ECG, Rx y ecocardiograma bidimensional y posteriormente clasificados como Chc sin Cardiopatía o Asintomáticos (ASI, n=46) o Crónicos con Cardiopatía (c/C, n=63). Estos últimos a su vez se sub-clasificaron en Leves/Moderados (LM, n= 31) o Severos (Sev, n=32). También se evaluó el índice de masa corporal (IMC) y distintos parámetros inmuno-metabólicos tales como adiponectina, leptina, IL-6, insulina e índice HOMA. Los datos obtenidos se evaluaron mediante tests no paramétricos (Kruskall Wallis, U test y Spearman).

Resultado: Los pacientes Sev presentaron incrementos en el IMC y la IL-6 en relación a los Co (p<0,05 en todos los casos). Los niveles de leptina en individuos c/C y ASI fueron significativamente mayores respecto a los Co (p=0,006 y p=0,04 respectivamente), si bien los Sev exhibieron valores más bajos que los LM (p=0,005). En los sujetos Chc los niveles de leptina se correlacionaron positivamente con el IMC (p<0,001), IL-6 (p<0,02) e insulina (p<0,03). Los niveles de adiponectina fueron similares entre individuos Chc y Co [Co= 13.3±1.6; Chc=12.5±0.6], sin embargo, se observaron diferencias intra-grupo en ASI y c/C [ASI= 10.4±0.1; c/C=13.9±0.8, (p=0,0049)]. Dentro del grupo c/C, sólo los individuos Sev mostraron niveles incrementados de adiponectina respecto de los ASI [ASI= 10.4±0.1; LM=13.25±1.1, SEV=15.54±1.5* (*vs ASI p=0,007). En la población total se observó que los niveles de adiponectina se correlacionaron negativamente con el IMC (p<0.007), pero no lo hicieron con IL-6 (p=0.68, ns).

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que altereaciones inflamatorios y metabólicos podrían estar relacionados con el grado de severidad cardíaca.

Agradeciemientos: Dras. Liliana Gastaldi y Karina Ramos, Laboratorio Wiener.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-306 / jrodriguezcampos@arnet.com.ar

TAC MULTISLICE EN LAS REOPERACIONES CARDIACAS

Jorge Fernando Rodriguez Campos[*1], Nestor Juan Medeot[1], Raul Barcudi[1], Michelle Navia Espinoza[1], Ramiro Cossutta[1], Javier Courtis[2]*

[1]Clínica Universitaria Reina Fabiola - Sanatorio Mayo - Córdoba, Humberto Primo 520 - Córdoba, [2]Instituto Oulton, Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Analizar la utilidad de la Tomografía Axial Computada Multislice en las reoperaciones cardiacas con paciente operados previamente de Bypass coronario multiple.

Material y Método: Se analizaron dos cohortes de pacientes operados previamente de Bypass coronario que fueron sometidos a reoperacion cardiaca, en total fueron 14 pacientes divididos en dos grupos de siete pacientes cada uno, en 7 se realizó TAC multislice previa y en 7 no se pudo realizar por no reconocerla la obra social.- Los grupos eran similares en edad promedio de 69 años (+ - 7) y tiempo de operacion previa (15 años + - 6) todos con la clasica cirugía de la decada del 80 Mamaria Izquierda a Descendente anterior y dos o mas puentes venosos, estos ultimos se encontraban el 90% ocluidos en cambio la mamaria estaba permeable en el 100%.- La patologia predominante fue la estenosis aortica en 11 ptes., Insuficiencia Aortica en 1 paciente y Aneurima de Aorta ascendente con insuficiencia aortica en 2 pacientes.- La mamaria permeable daba circulacion colateral al resto y los pacientes eran dependientes del flujo de la mamaria.- Las reoperaciones se realizaron de acuerdo a la estrategia planificada, dos cirugias de Cabrol y doce reemplazos valvulares aorticos.

Resultado: Los 14 fueron reoperados por el mismo equipo quirurgico, los siete que tuvieron TAC multislice, 2 Cabrol y 5 RVAo, superaron la cirugía, 6 superaron el postoperatorio y 1 se complico con Insuf. Renal y falleció.- Los 7 que no tuvieron la TAC multislice previa, solo 5 superaron la cirugía, ya que debido a la dificultad de localizar la mamaria izquierda permeable tuvieron una deficiente proteccion miocardica y no salieron de CEC (bomba).- En un analisis comparativo en los siete pacientes con TAC multislice los reparos anatomicos fueron importantes para desarrollar la cirugía.

Conclusiones: Si bien el pequeño numero de casos no produce valor estadistico, la Tomografia Axial Computada Multislice es un método que permite al cirujano un mapa anatomico de gran exactitud para guiarse en las reoperaciones cardiacas donde la ausencia de planos anatomicos debido a las adherencias de la primera cirugia, y la fragilidad de los elementos vasculares aumentan significativamente el riesgo intraquirurgico.Por ello la comparaciòn de dos grupos de pacientes similares y la proyeccion de la experiencia creemos importante la difusion de la misma.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-251 / saraviejo1@hotmail.com

DIFERENCIAS ENTRE SEXOS EN PACIENTES DIABÉTICOS REMITIDOS A UN ESTUDIO DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA

Sebastián Saravia Toledo[*1], *Carolina Bas Norton*[1], *Lidia Gutierrez*[1], *Natalia Gonza*[1], *Carlos Finquelstein*[1], *Juan Sartor*[1], *Thaer Hjeala*[1], *Hernan Velez*[1], *Claudio Flores*[1]
[1]Hospital Arturo Oñativia., Salta, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Comparar los antecedentes cardiovasculares y los resultados de la perfusión miocardica gatillada con cortes tomográficos (spect) entre un grupo de mujeres y hombres diabéticos remitidos a un estudio de perfusión.

Material y Método: Estudio prospectivo observacional de pacientes (p) diabéticos (dbt) remitidos para evaluación de isquemia. Se constato los antecedentes cardiovasculares y clínicos con un interrogatorio preestablecido previo a la evaluación de isquemia. Se realizo imágenes de spect de reposo y esfuerzo. Los que no pudieron realizar esfuerzo se les realizó apremio farmacológico con dipiridamol. Los defectos de perfusión fueron cuantificados como porcentaje del ventrículo izquierdo en un modelo de 17 segmentos. Se considero defecto leve menor a 5%, moderado de 5 al 10% y severo mayor al 10%. Las variables discretas se evaluaron con test de chi cuadrado y las continuas con test de T.

Resultado: De 88 (p) (dbt) remitidos para un spect 61 p 69,3% fueron hombres (h) y 27 p 30,7% fueron mujeres (m). No hubo diferencias en la edad 58,5 vs 57,3 años p 0,7, hipertensión arterial (hta) 86,9% vs 85,2% p 0,8, dislipemia (dlp) 88,5% vs 92,% p 0,5, dbt insulino requiriente 42,6% vs 40,7% p 0,8 ni en tiempo de evolución de dbt 8,3 vs 10,4 años p 0,2. No presentaron diferencia significativos en los antecedentes de angor cronico 18% vs 3,7% p 0,07, enfermedad vascular 16,4% vs 14,8% p 0,8, insuficiencia renal 11,5% vs 7,4% p 0,5, claudicación intermitente 13,1% vs 7,4% p 0, 4 ni insuficiencia cardiaca ni accidente cerebro vascular.

Hubo diferencias significativas en el antecedente de infarto (iam) 34,4% vs 3,7% p 0,002, ex tabaquismo (tbq) 36% vs 14,8% p 0,04, tbq 21,3% vs 3,7% p 0,03 y revascularización previa (revp) 32,8% vs 11,1% p 0,03. Con respecto al apremio no hubo diferencias en la proporción que realizo ergometría (peg) 63,9% vs 56,3 p 0,6, que alcanzaron el 85% de la frecuencia cardiaca prevista 41 % vs 48% p 0,5, con respecto al esfuerzo los h tuvieron tendencia a alcanzar menor doble producto (itt) 25267 vs 27357 p 0,1. Con respecto a la perfusión miocárdica los h tuvieron más perfusión anormal 88,5% vs 55,6% p < 0,001, más isquemia moderada a severa 75,9% vs 26,7% p 0,004, más necrosis 68,5% vs 20% p < 0,001, mayor monto isquémico 13,3% vs 6,6% p 0,001 y necrótico 14,7% vs 1,93% p 0,001 y peor fracción de eyección (fe) 45,2%vs 56,8% p 0,001.

Conclusiones: 1 Los dbt fueron mayoritariamente h y estos tuvieron más antecedentes de iam, ex tbq, tab, y revp. 2 Los h presentaron más estudios anormales, con más isquemia moderada a severa, mayor monto isquémico y necrótico y peor fe. 3 Los h dbt fueron de similar edad pero pero presentaron antecedentes y estudios de perfusión más graves.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-355 / wolcanjdc@gmail.com

TOMOGRAFIA CARDIACA MULTICORTE EN NIÑOS CON CARDIOPATIA CONGENITA GRAVE

Juan Wolcan[*1], *Ricardo Gamboa*[1] *and Pollono P, Anoni P, Manso P, Jorajuria A, Chapuis M, Cinquegrani K, Piccirilli A, Suzuki I.*
[1]Hospital El Cruce, Buenos Aires, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Las cardiopatías congénitas (CC) deben ser tratadas en centros con cardiología y cirugía cardiovascular infantil de alta complejidad.

Nuestro objetivo es analizar la utilidad del diagnóstico no invasivo con tomografía cardíaca multicorte (Tcm) en lugar del cateterismo diagnóstico.

Material y Método: Se hizo un análisis retrospectivo y descriptivo de la base de datos del Servicio de Diagnóstico por Imágenes. Se incluyeron los pacientes (p) que ingresaron al Servicio de Cardiología y Cirugía Cardiovascular Infantil desde enero de 2013 hasta febrero 2015, que fueron derivados para realizar Tcm. Todos los p fueron evaluados inicialmente mediante examen físico, saturación arterial, ECG, radiografía de tórax y ecocardiograma Doppler color (eDc). Se utilizó un tomográfo Toshiba CXL Aquilion de 128 cortes. Se adquirieron bajo anestesia general con protocolo retrospectivo de baja radiación. Se les administró contraste no iónico por vía periférica de acuerdo a la patología de base. En los recién nacidos (RN) inestables, se efectuó traslado con pediatra, bajo monitoreo, con drogas inotrópicas y prostaglandinas según patología. La cirugía cardiovascular fue indicada según los hallazgos del eDc y la Tmc.

Resultado: Entre marzo de 2013 y febrero de 2015 se efectuaron 63 Tmc en p con cardiopatía congénita. De ellos, se incluyeron 42 p pediátricos (66%) con patología que ameritaba evaluación para cirugía cardiovascular. El promedio de edad fue de 4,3 años, intervalo intercuartilo de 0,16 a 9 años, mediana 1 año; 11 p (26%) eran menores de 2 meses con CC grave; 6 p tenían atresia pulmonar, 3 p ventrículo único con anomalía total del retorno venoso (asplenia) y 1 p coartación de aorta con cimitarra y 1 p doble arco aórtico con comunicación interventricular e hipertensión pulmonar. Se operaron 20 p (47,62%), 8 menores de 2 meses, utilizando la Tmc como estudio diagnóstico preoperatorio evitando el cateterismo cardíaco. Se realizó intervención por cateterismo en 3 p. El rango de edad fue de 0,08 a 13 años, con una mediana de 0,5 años. No hubo complicaciones asociadas a la Tmc. El tiempo promedio de adquisición fue de 13 segundos y la radiación promedio recibida fue de 9,5 milisieverts (mSv), rango 2,39 a 14,34 mSv. El EcD no pudo definir la anatomía de manera completa en 21,7% de los casos quirúrgicos. Según los hallazgos en quirófano, la Tmc presentó una sensibilidad del 100% y una especificidad del 95%.

Conclusiones: Es importante optimizar los métodos diagnósticos para evitar el cateterismo, en especial en pacientes inestables hemodinámicamente. La Tmc demostró ser una herramienta valiosa en la evaluación de las CC, en especial para la patología del arco aórtico, arterias pulmonares, venas pulmonares y coronarias.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-273 / j.acamil@hotmail.com

PERMEABILIDAD DE LOS INJERTOS CORONARIOS ENTRE EL PRIMER Y SEGUNDO AÑO DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES EVALUADOS CON ANGIO-TOMOGRAFIA

Jorge Camilletti[1], *Monica Redolatti*[2], *Gustavo Vigo*[2], *Matias Mon*[*1], *Christian Zgrablich*[1], *Pablo Ruda Vega*[1], *Carlos Aramburu*[1], *Javier Moreno*[3], *Juan Erriest*[1]
[1]Hospital Italiano La Plata, La Plata, [2]Hospital Italiano La Plata, 51 e 29 y 30 La Plata, Argentina, [3]Hospital Angeles del Carmen, Guadalajara, México

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Estudios comparativos entre angiografía invasiva y angio tomografía coronaria (angioTC) han demostrado que ésta tiene una excelente sensibilidad y especificidad para detectar la oclusión y el grado de estenosis de los injertos coronarios. La tasa de oclusión de los injertos es variable, se estima que la oclusión en un período temprano post CRM es de un 8% de los injertos, 20% a 5 años y 40% a 10 años.

Objetivo: Establecer la factibilidad de la evaluación de la permeabilidad de los injertos coronarios con angioTC y la frecuencia de oclusión de los injertos venosos y arteriales entre el primer y segundo año de seguimiento.

Material y Método: Se analizó la base de datos de cirugía cardiovascular del Hospital Italiano de La Plata, identificando pacientes (p) con uno a dos años de la CRM. Se excluyeron los p sometidos a cirugías combinadas. Se analizaron las características clínicas de la población y las complicaciones quirúrgicas. Se realizó una angioTC de 128 cortes con un tomógrafo Toshiba Aquilion CXL, utilizando un protocolo retrospectivo con soft de baja radiación con reconstrucción iterativa, donde se analizó la permeabilidad de los injertos venosos y arteriales

Resultado: Un total de 19 p sometidos a CRM. Tiempo entre la CRM y la angioTC fue 18 +/- 7,3 meses. Características de la población: sexo masculino 84% (n 16), edad media 65 +/- 9 años, HTA 84% (n 16), dislipémicos 89% (n 17), DBT 42% (n 8), obesos 26% (n 5), antecedentes de IAM 31% (n 6), ATC 11% (n 2). La CRM se realizó sin circulación extracorpórea en el 94% (n 18); a todos los p se les efectuó injerto mamario (MA) a la arteria descendente anterior (DA) y venosos o arteriales a las otras coronarias. En todos los casos se realizó una angioTC, protocolo retrospectivo, FC 57,5 +/- 1,9 lat/min., radiación recibida 7.25 + 2.4 mSv. Resultados angioTC: 100% (n 19) de los p se les efectuó by pass MA a DA, de los cuales el 95% (n 18) estaban permeables. A otras coronarias se realizaron 7 puentes arteriales (radiales), el 71% (n 5) se encontraban permeables; se efectuaron 21 puentes venosos, el 81% (n 17) se evidenciaron permeables. Complicaciones post-operatorias: 1 p (5%) tuvo IAM de cara lateral, en el estudio con tomografía en el seguimiento se evidenció oclusión del puente arterial a la arteria circunfleja. En el seguimiento el 11% (n 2) requirió ATC programadas

Conclusiones: La angioTC coronaria es un método que permite la evaluación de la permeabilidad de los injertos coronarios. La permeabilidad de los puentes arteriales y venosos de nuestro centro son comparables con publicados en la literatura.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-267 / ciro_carrillo@hotmail.com

VALOR AGREGADO DE LA CAMARA GAMMA EN LA ESTRATIFICACION DE UNA POBLACION DE BAJO/MODERADO RIESGO CON DOLOR TORACICO

Ciro Carrillo[*1], *Candela Vivas*[1], *Arturo Romero Acuña*[1], *Nestor Vita*[1], *Josefina Cuneo*[1], *Juan Pablo Aimasso*[1], *Diego Lambri*[1], *Marcos Cicerchia*[1], *Maria Sol Belfunghi*[1], *Fernado Quaglia*[1]
[1]Instituto de Cardiología de Rosario Dr. Luis Gonzalez Sabathie, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Investigación clínica

Material y Método: Se estudio con perfusión miocárdica una población con score de TIMI de riesgo bajo a moderado que consulto a la guardia por dolor torácico, con el fin de valorar el riesgo al alta.

De nuestra base de datos de junio 2013 a octubre 2014 se recolectaron 47 pacientes que consultaron a la guardia por dolor torácico, de edad promedio de 60 años y de los cuales el 49% eran mujeres y el 51% hombres; todos ellos con ECG normal o inespecifico y troponina negativa. Fueron clasificados según probabilidad pretest:

Grupo A: TIMI de bajo riesgo con promedio de 1,1

Grupo B: TIMI riesgo moderado con promedio de 3,1

Observamos que los del grupo A fueron estudiados con SPECT dentro de las primeras 24 hs, mientras que los del grupo B recibieron tratamiento anti-isquémico y el estudio fue diferido a 48 y 72 hs. Se analizaron los estudios a doble ciego con dos observadores y se calculo el score de SSS y SDS de 17 segmentos según la ASNC.

Se realizó seguimiento hasta enero 2015 con un mínimo de 4 meses.

Resultado: En el grupo A de un total de 38 pacientes, se halló que 28 tuvieron resultados negativo para isquemia (74%), mientras que 10 pacientes presentaron isquemia (26%).

El grupo B reclutó 9 pacientes de los cuales 6 tuvieron un SPECT negativo (67%), versus 3 que presentaron isquemia (33%).

El grupo de pacientes con SPECT negativo (n34) no presentó eventos duros así como tampoco reinternaciones.

Del grupo isquémicos (n13): 7 continuaron con tratamiento farmacológico obteniendo un promedio de SSS de 5.71 y SDS 2. Los cinco restantes con promedios de SSS de 10.83 y SDS 7.16 recibieron procedimientos para estudio anatómico con CCG. Mientras que uno del grupo con SPECT normal (n34) se estudió con multislice.

Conclusiones: 1) En ambos grupos no hubo tasa de eventos mayores, por lo tanto siguen considerando de bajo riesgo. 2) 26% de los pacientes clasificados como de bajo riesgo presentaron isquemia en el SPECT. Sospechando con esto que muchos pacientes que son atendidos en guardia, que presentan ECG y enzimas negativas se "escapan" del tratamiento preventivo. 3) Hubo una correlación entre en mayor score de SSS y SDS con el requerimiento de procedimientos invasivos.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-387 / brunostrada@gmail.com

PACIENTES ASINTOMATICOS, VARIABLES CLINICAS Y PERFUSION MIOCARDICA ANORMAL COMO PREDICTORAS DE EVENTOS CARDIOVASCULAR. SEGUIMIENTO A 7 AÑOS

Bruno Strada[*1], *Fernando Faccio*[1], *Adriana Erbetta*[1], *Maria Sol Molinas*[1], *German Keller*[1], *Carlos Valli*[1]
[1]Medicina Nuclear San Gerónimo, Santa Fe, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Determinar la existencia de los factores de riesgo (FR) cardiovasculares que se presentan con mayor incidencia de PM Stress/Reposo (S/R) anormal, en P asintomáticos derivados para la realización de un estudio diagnóstico. Realizar un seguimiento a largo plazo de los P con PM anormal, para evaluar la tasa de eventos cardiovasculares (ECV) y su relación con los FR.

Material y Método: Se evaluaron en forma prospectiva 623 P (edad media 60,1 años), derivados al Servicio de Medicina Nuclear para realizar una PM S/R de screening, con al menos riesgo intermedio para EAC. Se analizaron las siguientes variables: Edad, Sexo, Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes (DBT), Dislipemia, Tabaquismo, Stress, Vasculopatía periférica (VP), Antecedentes Heredo-Familiares de EAC (AHF) e Índice de Masa Corporal > 25 (IMC). Se consideraron P con PM anormal cuando el score de suma de stress (SSS) fue > 4, se catalogaron los defectos como fijos, reversibles y mixtos (fijos más reversibilidad), y se definió isquemia leve, moderada o severa en base al análisis semicuantitativo comparativo de las imágenes de S/R. Para aquellos P (127) donde se obtuvo fracción de eyección, se los subdividió en mayor y menor de 45%. Se realizó seguimiento a 7 años para valorar la tasa de ECV (muerte, revascularización coronaria (RVC) e internación de causa cardíaca). Criterios de exclusión: 1) Presencia de dolor precordial, 2) P con EAC conocida, 3) Miocardiopatía dilatada, 4) P con BCRI. 5) P con Dispositivos cardíacos.

Resultado: Sobre un total de 623 P, se encontraron 175 con PM anormales (SSS >4). En el análisis univariado se detectó que la edad >70 (p 0,01), HTA (p 0,00007), DBT (p 0,00037), VP (p 0,01) e IMC >25 (p 0,0005) se asocian con PM anormales. En el multivariado permanecen como variables predictoras HTA (p 0,01), DBT (p 0,007) e IMC > 25 (p 0,01).

En el seguimiento de los P con PM anormal, el AHF fue el único predictor de muerte cardiovascular en el análisis multivariado (p 0,01). La DBT y los AHF fueron predictores de la necesidad de RVC (p 0,05 y 0,04 respectivamente). La presencia de Stress se relacionó en forma significativa con la probabilidad de hospitalización de causa cardíaca (p 0,01). Las patentes con defectos fijos (p 0,001) y mixtos (p 0,02), así como la presencia de isquemia severa (p 0,01) se asociaron con mayor RVC solo en el análisis univariado.

Conclusiones: En los P asintomáticos la presencia de HTA, DBT y el IMC > 25 son las variables con mayor poder para predecir PM anormales.

En el seguimiento a largo plazo, los P asintomáticos con PM anormal se asociaron con mayor tasa de ECV cuando además presentaban stress, AHF y DBT.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-195 / cristiancalenta@arnet.com.ar

TROMBOASPIRACION EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACION DEL SEGMENTO ST. IMPACTO ANGIOGRAFICO Y REPERCUSION CLINICA

Cristian Calenta[*1], *Martín Najenson*[1], *Bibiana Manavella*[1], *Lucas Mas*[1], *Pedro Zangroniz*[1]
[1]Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: 1) Determinar la tasa de uso de la Tromboaspiración Manual (TAM) y sus principales indicaciones en nuestro centro. 2) Evaluar el resultado angiográfico y repercusión clínica de la Intervención Coronaria Percutánea Primaria (ICPP) asistida con TAM comparada con la ICPP sin TAM en los pacientes (p) con Infarto Agudo de Miocardio con Supradesnivel del Segmento ST (IAMCSST).

Material y Método: Evaluación retrospectiva de p con IAMCSST tratados con ICPP desde 08/2008 a 08/2014. Se registró la tasa de uso de la TAM y se dividió a los p en dos grupos (G), G1: p tratados con ICPP asistida con TAM y G2: p tratados con ICPP sin TAM. Se analizaron variables clínicas y angiográficas de ambos G y se los comparó entre sí. Se determinó como punto final primario el flujo epicárdico TIMI 3 post ICPP. Se analizó un punto final secundario combinado de re-IAM y mortalidad intrahospitalaria.

Resultado: Se realizó TAM en 141 p (52.22%) de 270 p con IAMCSST. La edad promedio fue de 54,1 ± 9,03 (34-88) años en el G1 vs 55,8 ± 8,13 (32-75) años en el G2. El infarto anterior (56,7% vs 48,8% p=0.239), el Killip y Kimbal C + D (13% vs 9,3% p=0.545), un flujo epicárdico previo TIMI 0 (80,8% vs 55,8% p= <0.001), la presencia de trombo angiográfico (95,7% vs 50,35% p= <0.001) fueron más frecuentes en el G1. Se administró Inhibidores IIb-IIIa en el 41,84% del G1 y en el 15,5% del G2 (p= <0.001). La tasa de implante de stents/p fue de 1,3 vs 1,24 (p=ns). Se logró un flujo epicárdico TIMI 3 en el 82,97% del G1 vs 82,17% del G2 (p=ns). No se encontraron diferencias significativas en la presentación del punto final secundario (8,51% vs 5,42%).

Conclusiones: 1) La tasa de utilización de TAM en la ICPP es alta en nuestro centro. Un peor flujo epicárdico previo y la presencia de trombo angiográfico fueron nuestras principales indicaciones. 2) Partiendo de un peor escenario clínico y angiográfico, la TAM logró equiparar el resultado TIMI epicárdico final con respecto al grupo que no recibió TAM. A pesar de esta mejoría angiográfica, no se encontraron diferencias significativas en la presencia de eventos durante la etapa hospitalaria.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-397 / nico_fassano@hotmail.com

CONCORDANCIA ENTRE SCORE DE CALCIO Y ECOGRAFIA CAROTÍDEA PARA DEFINIR ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES DE RIESGO CARDIOVASCULAR LEVE A MODERADO

Nicolás Fassano[*1], *Camila Moreyra*[1], *Eduardo Moreyra*[1], *Augusto Lepori*[1], *Viviana Arias*[1], *Guillermo Allende*[1]
[1]Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Definir prevalencia de aterosclerosis subclínica (ASC) en pacientes con riesgo cardiovascular (CV) bajo y moderado según score de Framingham (SF). Definir concordancia entre ambos metodos diagnósticos. Definir predictores independientes de ASC en ambos territorios.

Material y Método: Estudio observacional que evaluo pacientes asintomáticos, entre 30 y 75 años con riesgo CV bajo a moderado a los que se les solicitó una ecografía carotídea y score de calcio coronario mediante tomografia multicorte en un intervalo menor a un año. Se excluyeron pacientes con enfermedad vascular coronaria, periférica o cerebral, diabéticos, con SF elevado (> 20%) y tratados con estatinas. La presencia de calcio coronario se identificó y se cuantificó utilizando score de Agatson. Se definió como placa aterosclerotica a una estructura focal en la pared más interna del vaso de al menos 0,5 mm. o mayor al 50% del espesor de la intima media (EIM) o cualquier valor del EIM mayor de 1,5 mm. Se estimó el riesgo CV utilizando el SF comprendiendo edad, sexo, tabaquismo, tensión arterial, uso de medicamentos antihipertensivos, y valores de colesterol total y HDL. Se definió como bajo riesgo al riesgo de sufrir un evento CV a los 10 años < a 10%, moderado entre 10 a 20% y elevado > a 20%. Para variables continuas los datos se expresaron como media ± desvío estándar o mediana (percentil 25-75), y las diferencias se compararon con el t test de Student. Para variables discretas los datos se expresaron como porcentajes y se compararon con el test de chi^2. Se realizó correlación entre la ED carotídeo y score de calcio con la prueba de concordancia Kappa. Se realizó regresión logística para hallar predictores independientes de ASC en ambos lechos vasculares. Valores de p < 0,05 fueron considerados como significativos. Los cálculos estadísticos se realizaron con el programa estadístico MedCalc

Resultado: 189 pacientes fueron incluidos, 83% fueron pacientes de bajo riesgo, 49% de sexo masculino y la edad media fue 53±10 años. La prevalencia de ASC fue 59%. La concordancia para el diagnostico fue pobre (kappa 0.2, 95% IC, 0.1-0.4). La edad (AS coronaria OR 1.10, 95% IC 1.05-1.15 y AS carotídea OR 1.09, 95% IC 1.0-6.0) y sexo (AS coronaria OR 4.5, IC 95% 1.9-10.3 y AS carotídea OR 2.7, IC 95% 1.2-6.2) fueron predictores independientes de ASC en ambos territorios

Conclusiones: Aproximadamente dos tercios de los pacientes con SF bajo o moderado tienen ASC. La concordancia entre ED carotídeo y score de calcio para detectar ASC es débil, ambos estudios deberían solicitarse para identificar a pacientes con ASC. Edad y sexo son predictores independientes de ASC en ambos territorios vasculares.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-227 / e_quarchioni@yahoo.com.ar

REEMPLAZO VALVULAR AORTICO PERCUTANEO

Esteban Quarchioni[*1], *Andrea Barcelo*[1], *Luis Gerardo*[1], *Matias Dallo*[1], *Alberto Licheri*[1], *Miguel Hominal*[1]
[1]Sanatorio Medico de Diagnostico y Tratamiento, Santa Fe, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Analizar resultados de los primeros casos de implante valvular aórtico percutáneo (IVAP) en nuestro centro.

Material y Método: Entre 2/2011 y 12/2014 se realizó un registro prospectivo monocéntrico. Se incluyeron 28 pacientes (p) sometidos a IVAP por estenosis aórtica severa sintomática, por vía transfemoral. Población 28p, femenino 14p (50%), masculino 14p (50%), edad promedio 82,6 años, HTA 28p(100%), TBQ 6p(21,4%), EPOC 6p(21,4%), DLP 5p(17,8%), HTP severa 3p(10,7%), CRM previa 0p(0%), ATC previa 4p(14,2%), arteriopatía extra cardíaca 6p(21,4%), IR crónica 1p(3,5%), aorta porcelana 1p(3,5%), shock cardiogénico previo 1p(3,5%), Euroscore promedio 16,9%. Eco cardiografía: anillo promedio 21,6mm(19-27), gradiente máximo promedio 88,4mmHg(70-140), área valvular aórtica promedio 0,62cm2(0,5-0,8), insuficiencia aórtica leve 8p(28,5%), fracción de eyección menor 30% 2p(7,1%), entre el 30 y 50% 20p(71,4%), mayor al 50% 6p(21,4%). Técnica de implante valvuloplastia/implante 7p(25%), post dilatación 5p(17,8%), válvula número 23° 1p(3,5%), 26° 17p(60,7%), 29° 10p(35,7%).

Resultado: Éxito del procedimiento 100%. Complicaciones: marcapaso definitivo 9p(32,1%), anemia con necesidad de transfusión 5p(17,8%), insuficiencia renal aguda 3p(10,7%), insuficiencia perivalvular moderada a severa 3p(10,7%), accidente cerebrovascular 1p(3,5%). No se observaron casos de taponamiento, infarto agudo de miocardio, migración de válvula o complicaciones de los accesos vasculares. Tiempo de hospitalización promedio de 4,8días (UCO 3,5 UCI 1,4). Mortalidad durante el procedimiento: 0p (0%). Mortalidad hospitalaria: 2p (7,1%), ambos casos por insuficiencia renal. Mortalidad a partir del primer mes: 4p (14,2%), un caso por insuficiencia cardíaca, dos por bronconeumopatía y uno por patología no filiada. Sobrevida a 12 meses 78%. Seguimiento clínico y ecocardiográfico mínimo 12 meses, promedio 26,6 meses.

Conclusiones: El IVAP representa uno de los mayores avances en cardiología en los últimos años, y es una alternativa factible para pacientes con valvulopatía aórtica severa que no son candidatos quirúrgicos; con resultados y tasas de complicaciones aceptables.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-246 / diegolambri_rc@hotmail.com

ES DEFINITIVA LA PATENTE DE INFARTO EN LA SPECT DE REPOSO?

Diego Lambri[*1], *Arturo Romero Acuña*[1], *Nestor Vita*[1], *Candela Vivas*[1], *Juan Pablo Aimasso*[1], *Marcos Cicerchia*[1], *Ciro Carrillo*[1]

[1]Instituto de Cardiología de Rosario "Dr Luis Gonzalez Sabathie", Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar si las Imágenes de Perfusión Miocárdica (IPM) mejoran con el tiempo y cuál es su frecuencia. En segunda instancia encontrar factores que nos anticipen cual es el paciente que tiene más chances de mejorar sus IPM.

Material y Método: Se analizaron todos los SPECT(APREMIO/REPOSO) en el período comprendido entre junio del 2013 y julio del 2014. De un total de 1378 pacientes (pts), 281 (19,8%) refirieron antecedente de IAM en el momento del estudio, 66 fueron excluidos por no haber podido confirmar el antecedente de IAM a través de la Historia Clínica. Se confirmó su presencia con 2 de 3 de los criterios de infarto: síntomas,ECG y enzimas.Las imágenes fueron evaluadas a ciegas por tres observadores quienes debían informarlos como Normales, Isquémicos, Necrosis o Necrosis con Isquemia.

Resultado: La población de 215 pts.con edad promedio 67,4 años(82,3% sexo masculino).El análisis de la perfusión dividió a la población en: 87 pts.con NECROSIS (40,47%); 84 (39,06%) necrosis +isquemia; ISQUEMICOS 26 (12,10%) Y NORMALES 18 (8,37%).Los pts con defecto fijo en el reposo fueron 171(79,53%), mientras que los que SE normalizaron fueron 44 (20,47%). Cuando analizamos por procedimiento observamos que el 27,58% de los pts. sometidos a ATC primaria habían sido informados como que se recuperaban, el 17.02% de los sometidos a ATC Tardía, el 13,18% de los sometidos a CRM, y solamente el 14,58 para los no tratados. De 176 ptes con defecto fijo, 63 (36.8%) tenían ATC primaria, mientras que de los 44 sin patente de IAM 24 (54,4%) habían recibido ATC primaria (chi-cuadrado significativo para un α=0,05).En cuanto al territorio afectado (IAM), lo dividimos en Anteroseptoapicales e Inferolaterales. En los pacientes sin patrón de IAM anterior representan el 24,69%; mientras que los inferolaterales el 17,14%.

Conclusiones: 1. De nuestra serie de IAM confirmados, el 20,47% no presentó patente de necrosis en el estudio de perfusión. 2 Los ptes sometidos a ATC primaria normalizaron las IPM de reposo más frecuentemente (significativo). 3 En nuestra población se recuperaron más los IAM anteriores, que los Inferolaterales.

5. INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR. HIPERTENSIÓN PULMONAR

FAC2015-263 / jpablocimbaro@yahoo.com

INTERACCIÓN ENTRE FIBRILACIÓN AURICULAR Y FUNCIÓN VENTRICULAR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR ICD. III REGISTRO ARGENTINO DE INSUFICIENCIA CARDIACA

Juan Pablo Cimbaro Canella[*1], *Diego Echazarreta*[2], *Lilia Lobo MArquez*[3], *Pablo NAsca*[4], *Clara Huerta*[5], *Roberto Colque*[6], *Daniela Garcia Brasca*[5], *Cecilia Moris*[7], *Maria Lorena Coronel*[1], *Eduardo Perna*[1] *and Comite de Insuficiencia Cardiaca e Hipertension Pulmonar de FAC*

[1]Instituto de Cardiología de Corrientes J F Cabral, Corrientes, [2]Hospital San Juan de Dios, La Plata, [3]Instituto de Cardiología de Tucuman, [4]Instituto Privado de Cardiología, Tucuman, [5]Hospital Italiano de Córdoba, [6]Sanatorio Allende del Cerro, Córdoba, [7]Sanatorio Sarmiento, Tucumán, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar la prevalencia, características clínicas y manejo de pacientes (pts) con insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) de acuerdo a la función ventricular izquierda (FVI) y a la presencia de fibrilación auricular (FA).

Material y Método: Material y Método: Entre Mar-13/Jun-14, 251 pts hospitalizados por ICD (31 centros, 11 provincias) prospectivamente reclutados en el III Registro Argentino de Insuficiencia Cardíaca, con evaluación de la FVI disponible, fueron incluidos en este análisis. De acuerdo a la fracción de eyección < o ≥ 50% se clasificaron con FVI reducida (FVIr) o preservada (FVIp)

Resultado: Resultados: La FVIp se evidenció en 54 pacientes (22%), y comparados con FVIr, fueron de mayor edad 69 vs 63 años (p=0,007), mas mujeres 54 vs 29% (p=0,007) y menos cardiopatía isquémica 32 vs 46% (p=0,05), > TAS al ingreso:141 vs 128 (p=0,002) y la mortalidad fue 0 vs5,6% (pNS). La prevalencia de FA al ingreso de 34.7%. En FVIr 32.5% y en FVIp 42.6% (p=ns). Los pts con FVIr y FA vs sin FA, fueron menos isquémicos 33 vs 53% (p=0,009), mayor prevalencia de Chagas 16 v 6% (p=0,028), IC > de 30 días 70 vs 48% (p=0,012) y mayor congestión sistémica 67 vs 50% (p=0,022). El inicio de síntomas < 12hs, fue más prevalente en aquellos con FVIp sin FA vs con FA. 68 vs 26% (p=0.005). El manejo fue similar en aquellos con y sin FA.

Conclusiones: Uno de cada 3 pts hospitalizados presentó FA. La presencia de Chagas, mayor tiempo de la enfermedad y la congestion sistémica fueron mas frecuentes en pts con FVIr y FA, sugiriendo que la FA representa una comorbilidad en pacientes con larga historia de IC y Fracion de Eyeccion reducida más que un factor desencadenante

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-229 / lucas_gtz@hotmail.com

DISINCRONÍA MIOCÁRDICA EN PACIENTES CON FEVI CONSERVADA ALGO SE NOS ESCAPA?

Lucas Gutierrez[*1], *Fernando A Peñafort*[2], *Soledad Tejera*[2], *Raul E Ortego*[3]

[1]Instituto de Diagnostico y Resonancia de Mendoza, [2]Centro Medico La Barraca, [3]Centro Medico Palmares, Mendoza, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La Disincronía mecanica (Dna) es estudiada en pacientes (p) con deteriro de la FEVI para terapia de resincronización Cardíaca(TRC) con beneficio claro en Insuficiencia Cardiaca (IC). La isquemia y necrosis afectan motilidad y comprometen sincronismo de conducción ventricular, pero desconocemos si el impacto es consecuencia de compromiso eléctrico o daño tisular miocárdico. Dilucidar este mecanismo, mejoraria indicación de TRC.

Quisimos evaluar Dna, con Análisis de Fase(AF) que mide el inicio de la contracción mecánica con Gated-SPECT (GS), en p y FEVI>45%, relacionandola con trastornos de perfusión y conducción mecanica evaluando su significado pronostico.

Material y Método: Evaluamos prospectivamente 568 p con GS en reposo y apremio. Analizamos perfusion del GS, (SRS =necrosis-Pto de corte >3%; SDS= isquemia-Pto de corte >1%), FEVI>45% y Dna según (ancho de banda (AB), desvió estándar (DS) y entropía (Ep). Conformamos 3 grupos, G1(ECG Normal, <3%SRS) G2(ECG BCRI, SRS<3%) y G3(ECG Anormal, >3% SRS) se excluyen p con marcapasos, ritmo no sinusal y FEVI<45%. Realizamos seguimiento clínico por 36±9 meses evaluando evento combinado (OutcomeCV)= muerte cardiaca(MC)+ revascularización (REV=Angioplastia ó Cirugía de Revascularización)+ internación por IC y Síndrome Coronario (SC= Angina inestable ó Infarto de miocardio) y cada uno por separado. Análisis estadístico: chi cuadrado o Fisher para variables cualitativas y Kruskal-Wallis en mediana y percentiles(25-75) para cuantitativas no paramétricas. Analizamos las variables referidas, en modelos de regresión de Cox y curvas de Kaplan-Meier. Se considero estadísticamente significativa una p<0.05.

Resultado: Obtuvimos 226 p; G1=158p (68,4%)y G2=16p (6,9%) y G3=56p(24,7%).Necrosis e isquemia (G1: 1,3%vs G2: 18,8%vs G3:53,6%)Caída de la FEVI al apremio (G1: 7,8% vs G2: 25% vs G3: 30,9%) Dna (G1:0% vs G2: 25% vs G3:5,5%) p=0,0001. Parámetros de Dna AB: G1: 25 (12-36) G2: 51 (37-69) G3: 35 (18--48); DS: G1: 6,8 (5,2-9) G2: 12,2 (7,2-17) G3: 9,4 (4,9-11,8); Ep: G1: 32 (25-40) G2: 47 (39-56) G3: 38 (33-45) p=0,0001. Presencia de OutcomeCV(G1:0,0% vs G2: 0,0%vs G3: 5,4% p= 0.010); predominaron en singular REV(G1:5,2% vsG2: 6,3% vs G3:17,9% p=0,013 e ICC(G1:0,0% vs G2:0,0%vs G3: 3,6% p= 0.047).Análisis multivariado del Outcome CV mostró variables independientes a la caída de FEVI<45% ante el stress (OR: 10,1 IC95 3,8-26) y un SDS=1,33(OR: 1,3 IC951,2-1,5) p=0,0001.

Conclusiones: En nuestra observación, Dna mecánica en p con FEVI>45% fue mas prevalente en p con trastornos de conducción y su sola presencia no ensombreció el pronostico. El grupo de mayor componente y daño tisular con escara e isquémia, signaron peor evolucion pronostica.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-404 / jgoral@intramed.net

INSUFICIENCIA AORTICA AGUDA POR RUPTURA ESPONTANEA DE UNA SIGMOIDEA AORTICA, REPORTE DE 9 CASOS

Daniel Avayu[*1], *Clara Froimovich*[1], *Jorge Goral*[1], *Marcos Tomasella*[1], *Karina Palacios*[1], *Mariano Cibaleiro*[1], *Osvaldo Saleh*[1], *Vanessa Torres*[1], *Adriana Smoisman*[1], *Leonel Dzembrowski*[1]

[1]HOSPITAL DE AGUDOS DR TEODORO ALVAREZ., Buenos Aires, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Evaluar la correlación clínico patológica de la ruptura o fenestración o eversión valvular aortica espontánea y sus formas de presentación

Material y Método: Materiales: Estudio observacional, en el Servicio de Cardiología de un Hospital Municipal, durante 2008-2014, de 9 pacientes (p), con nuevo soplo diastólico, 7 hombres: 28, 36, 42, 53, 56 y dos de 58 años, 2 mujeres: 66 y 75 años; a los que se les efectúo Ecodoppler cardiaco post ingreso, por disnea CF II/III (NYHA) y palpitaciones.

Resultado: Resultados: 1) Antecedentes familiares (AF) de HTA pudieron obtenerse en 3 (p):33.3%. 2) Los (p) mas añosos (22.2%) con alteraciones degenerativas de la (VAo), tuvieron una evolución más alejada y tendencia a la cronicidad; 3) Respecto a la forma de presentación: hubo mayor deterioro de la CF (III/IV) en los (p) más jóvenes (77.7%). 4) El doppler cardíaco mostró: a) leve a moderada degeneración mixomatosa de válvula Aortica (VAo), trivalva en 8 (p) y una bicúspide. b) La cúspide aortica evertida fue en todos los (p) la valva coronariana derecha (VCD) con amplia protrusión o fenestración y/o ruptura valvular Aórtica en TSVI. c) Severa Insuficiencia valvular aortica (I.Ao.). d) Dilatación de cavidad izquierda y moderada a severa disfunción sistólica. e) Válvula mitral con leve degeneración mixomatosa sin prolapso. f) HTP moderada. f) No se identificaron vegetaciones valvulares y no hubo signos de endocarditis aguda o curada en todos los (p). 5) Los hemocultivos fueron 100% (-). 6) Se derivó a cirugía a todos los (p), 1 óbito post quirúrgico inmediato (11.1%) y 2 óbitos en prequirúrgico (22.2%) y 3 (p) con cirugías exitosas (33.3%), se desconoce evolución extrahospitalaria de 3 (p).

Conclusiones: 1) La patogénesis de la afección puede ser mixomatosis de una cúspide y del anillo aortico. 2) La fenestración extensa de una cúspide valvular aortica, de causa degenerativa puede causar (I.Ao) severa y deterioro súbito de la FSVI después de la ruptura de una cúspide valvular. 3) Dicha ruptura no infecciosa y no traumática de una (VAo) puede resultar además en una (I.Ao.) aguda severa, particularmente en hombres con HTA crónica.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-131 / javierbuchanan@hotmail.com

COMPLICACIONES EN LAS PRUEBAS DE STRESS FARMACOLÓGICO EN LOS ESTUDIOS DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA

Javier Alejandro Buchanan[*1], *José Alejandro Bujedo*[1], *Luis Guzman*[1], *Daniela Rodriguez*[1]
[1]Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: 1. Determinar la incidencia de las complicaciones graves durante la infusión del dipiridamol. 2. Determinar la incidencia de los factores riesgo en aquellos pacientes que presentaron BAVC como complicación a la infusión del dipiridamol.

Material y Método: El estudio se diseñó en forma descriptiva, observacional y retrospectiva sobre una población de 599 pacientes que ingresaron al Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Córdoba, desde octubre 2013 hasta abril 2014, para la realización de Estudio de Perfusión Miocárdica Tomográfica (SPECT). Se seleccionaron 142 pacientes (23,7%) que fueron sometidos a SPECT bajo stress farmacológico con dipiridamol, excluyéndose los pacientes que recibieron dipiridamol para completar una prueba de esfuerzo insuficiente. El protocolo de infusión fue realizado vía endovenosa a una dosis de 0,56mgrs/Kgr de Dipiridamol en 4 minutos, bajo monitoreo electrocardiográfico continuo y tensional; 6 minutos después se inyecto Sestamibi-Tc99. 24 hrs después se inyecto Sestamibi-Tc 99 para estudiar la perfusión miocárdica con SPECT en reposo.

Resultado: Del total de la muestra, 98 pacientes (69%) fueron hombres; el promedio de edad en los hombres fue de 58.6 +/-7.9 años y de las mujeres fue de 57.2 +/-9.02 años, sin diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos. (p=0,3494). De los 142 pacientes en los que se usó stress farmacológico con dipiridamol, 30 (21.1%) presentaron algún tipo de complicación o sintomatología durante la infusión de dipiridamol. Estas complicaciones se presentaron en el grupo de los hombres: 86.7% contra 13.3% de las mujeres (p< 0.0092). De los 142 pacientes, 13 (9.2%) presentaron arritmia ventricular, 3 (2.1%) disnea, 1 (0.7%) fibrilación auricular aguda, 5 (3.5%) angor, 1(0.7%) depresión del segmento ST, 2 (0.7%) manifestaciones sistémica (rubor) y 1(0,7%) broncoespasmo. En 4 (2.4%) pacientes, se observó BAVC sintomático y con compromiso hemodinámico. No hubo ninguna internación debido a complicaciones del dipiridamol y se solucionaron inmediatamente con la administración endovenosa de aminofilina. La frecuencia cardiaca subió durante la infusión del dipiridamol en el 74% de las mujeres y en el 70.7% de los hombres (p<0.0001)

Conclusiones: En el siguiente trabajo se observó que la incidencia de complicaciones de la infusión del dipiridamol en el SPECT, fueron de 21,1%.

La frecuencia del BAVC, fue mayor que en las publicaciones previas. Asociándose más frecuentemente a los pacientes que consultaron por dolor precordial, con antecedentes de tabaquistas y BCRI. No hubo ninguna internación debido a complicaciones del dipiridamol y se solucionaron inmediatamente con la administración endovenosa de aminofilina evidenciando el efecto directo del dipiridamol sobre los receptores A1.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-155 / javierbuchanan@hotmail.com

ERGOMETRÍA INSUFICIENTE Y ATROPINA EN LOS ESTUDIOS SPECT-GATILLADOS

Javier Alejandro Buchanan[*1], *Jose Alejandro Bujedo*[1], *Luis Guzman*[1], *Claudia Pesoa*[1]
[1]Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La hipótesis de nuestro estudio era confirmar que la adminsitración intravenosa de Atropina a los pacientes que no alcanzan una suficiente taquicardización sin criterios clínicos o electrocardiográficos de positividad podría mejorar el rendimiento diagnóstico de la prueba y que respuesta tendría en los pacientes medicados con betabloqueantes.

Material y Método: Se valoraron retrospectivamente 57 pacientes (p) a los que se le realizó una prueba de esfuerzo limitada por síntomas en bicicleta ergométrica, con una carga inicial de 25W e incrementos de 25W por etapas de 3 minutos cada una. Se canalizó una vena antecubital antes del procedimiento y se administró 1mg de Atropina EV cuando, en ausencia de síntomas de angina o descenso del ST 1mm, la frecuencia cardíaca (FC) no superaba el 80% de la prevista, manteniendo el máximo nivel de ejercicio durante 2 minutos mas.

Resultado: El promedio de edad fue de 56.6 ±"8.6 años. El 73.7% (42p) eran masculinos. De acuerdo al índice de masa corporal el 59.4% eran obesos o tenían sobrepeso.

64.9% de los p estaban medicados con betabloqueantes (BB) y 29.8% no los suspendieron para realizar el estudio.

La FC se incrementó de 103.6 (pre-atropina) a 126.6 (post-atropina).

El ITT se incrementó de 17283 al máximo esfuerzo a 21998 luego de la atropina.

En 6 pacientes (10.5%) la ergometría luego de la Atropina se transformó en positiva por descenso del segmento ST (5 de ellos no habían logrado llegar al 80% de la FC maáxima).

Al comparar el grupo de pacientes que estaba medicado con betabloqueantes (64.9%) de los que no (35.1%) no hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a lograr el objetivo de alcanzar el 80% de la FC máxima y/o el ITT de 18000.

No se presentaron complicaciones con la administración de Atropina.

Conclusiones: La administración intravenosa de Atropina a aquellos pacientes con ergometría insuficiente, sobretodo en pacientes tratados con BB, para lograr una correcta taquicardización que conlleve a un doble producto adecuado para los estudios de SPECT-G se mostró como un procedimiento seguro en ésta serie, logrando resultados estradísticamente significativos en el objetivo de FC y/o ITT.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-247 / diegolambri_rc@hotmail.com

CUAL ES EL VALOR DE LA HIPERCAPTACION PULMONAR EN LA ERA DEL SESTAMIBI?

Diego Lambri[1], *Arturo Romero Acuña*[1], *Nestor Vita*[1], *Candela Vivas*[1], *Juan Pablo Aimasso*[1], *Marcos Cicerchia*[*1], *Ciro Carrillo*[1]
[1]Instituto de Cardiología de Rosario "Dr Luis Gonzalez Sabathie", Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: 1) Determinar cuál es la captación corazón/pulmón (C/P) en pacientes con perfusión normal.2) Valores de la misma en relación al resultado de la perfusión: normal (NL), Isquémico (ISQ) y Necrótico (NEC) o Necrótico con isquemia (NEC+ISQ). 3) Seguimiento a dos meses de los pacientes que presentaron hipercaptación

Material y Método: Se realizó en forma consecutiva 264 estudios de Esfuerzo/Reposo entre los meses de agosto a octubre del 2014. Las imágenes se obtienen dentro de los 5 minutos posteriores al esfuerzo. Fueron excluidos los estudios realizados con dipiridamol dado la alta captación digestiva. Definimos como Hipercaptación Pulmonar (HCP) 2 desvíos estándar (DS) por encima del valor promedio en las perfusiones normales. Los médicos tratantes se encontraban a ciegas del resultado de la C/P.

Resultado: De los 264 pacientes que realizaron Esfuerzo el Promedio de la Relación P/C fue de 0,437; y para el Reposo de 0,397, con una diferencia a favor del esfuerzo 9,2%.En los informes NL (n155)el Promedio de la relación P/C para el esfuerzo fue de 0,429, y de 0,399 para el reposo, diferencia a favor del esfuerzo del 7%. Los informados como ISQ (n74) el Promedio Relación P/C para el esfuerzo de 0,424 y del 0,382 para el reposo con una diferencia a favor del esfuerzo del 9,9%. Los informados como NEC o NEC+ISQ (n35), presentaron una Relación P/C de 0,475 para el esfuerzo y del 0,422 para el reposo con una diferencia a favor del esfuerzo del 11,2%. A los informados como NL (n155) le aplicamos dos desvíos Estándar y obtenemos que el resultado es 0,568. Por lo tanto aquellos esfuerzos en donde la relación P/C sea superior a 0,57 son los que presentan HCP. En la Muestra de 264 pacientes, 26 superaron la relación P/C, 12 correspondieron a los estudios informados como NL (7,74%), 6 a los ISQ (8,10%) y 8 a los NEC (22,85%); el análisis del test chi-cuadrado en los dos grupos, NL + ISQ vs NEC fue significativo para un α= 0,01. El seguimiento de los pacientes con HCP(n26), los grupos informados como NL(n12) y NEC (n8)la mayoría se les optimizó el tratamiento médico, ninguno fue sometido a CCG; mientras que el grupo de los ISQ (n6), 4 fueron sometidos a CCG.

Conclusiones: 1)Relación Pulmón/Corazón para nuestro servicio de 0,57 (aplicando 2 STD) 2)Los pacientes que tenían Necrosis o Necrosis+ Isquemia presentaron mayor captación pulmonar que los otros grupos 3) Solo el grupo isquémico recibió una conducta posterior invasiva.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-205 / lucas_gtz@hotmail.com

CONSIDERACIONES A PARTIR DE CUANTIFICAR EL TERRITORIO ISQUÉMICO EN PACIENTES CON BAJO RIESGO

Lucas Gutierrez[*1], *Fernando A Peñafort*[2], *Soledad Tejera*[2], *Raul E Ortego*[3]
[1]Instituto de Diagnostico y Resonancia de Mendoza, [2]Centro Medico La Barraca, [3]Centro Medico Palmares, Mendoza, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar evolución clínica de pacientes (p) cuyos Gated-SPECT (GS) tuvieron criterios de isquemia leve (Riesgo Bajo) según el análisis de Semicuantificación de Perfusión (SCP) y Función Ventricular Izquierda (FVI). En enfermedad coronaria (EC), terapias conservadoras son conductas validas en p con isquemia leve por evolución con baja morbimortalidad. El GS, con SCP y determinación de FVI, ha demostrado poder estratificar difrentes grupos de riesgo (bajo, moderado ó elevado), siendo crucial para el manejo de la EC. Sin embargo, aún hoy se debaten conductas a seguir, sometiendo p de bajo riesgo a estudios y eventuales terapias invasivas.

Material y Método: Evaluamos prospectivamente 568 p con GS en reposo y apremio. Interpretamos la SCP con Scores SSS=Stress, SRS= Reposo y SDS= Isquemia. Clasificamos p según monto isquemico: SDS= 0(Sin isquemia);SDS=1a4 (Isquemia Leve);SDS>4 (Isquemia moderada a Severa).Comparamos evolución de p con SDS=1 a 4 (G1) y p SDS=0 (G2). Analizamos variables del GS, junto a un seguimiento clínico por 36±9 meses. Se analizó presentación de evento combinado (OutcomeCV)= muerte cardiaca(MC)+Revascularizar(REV=Angioplastia ó Cirugía de Revascularización)+Sindrome coronario agudo (SCA= Angina inestable ó Infarto de miocardio) y por separado. Análisis estadístico con chi cuadrado o Fisher para variables cualitativas y Kruskal-Wallis en mediana y percentiles (25-75) para cuantitativas no paramétricas. Analizamos participación de variables referidas, con modelos de regresión de Cox y curvas supervivencia Kaplan-Meier. Se considero estadísticamente significativa una $p < 0.05$.

Resultado: Al excluir p con SDS>4, obtuvimos 526 p G1=247p(47%)y G2= 279p(53%). Entre grupos predominó en G1 el sexo masculino(52,2% vs 40,2% p=0,006),HTA (78,5% vs 63,1% p=0,0001),Angioplastia Previa (19,8% vs 5,4% p=0,0001) e Infarto Previo (9,7% vs 4,3% p=0,014). En G1 prevaleció FVI comprometida en reposo (FEVI< 45%Rst) (17,8% vs 2,8%p=0,0001), ante el apremio (FEVI< 45%Str) (17% vs 4,8% p=0,001) y Necrosis Moderada–Severa (SRS > 10)(11,8% vs 3,6% p=0,001). El G1 tuvo mayor incidencia de OutcomeCV (9,7% vs 5% p < 0.038) a expensas de REV (6,9% vs 2,5% p=0.016), no encontramos diferencias de MC(2,8% vs 1,4% p=NS) ó SCA (2,1% vs 2,5%p=NS). El análisis multivariado del Outcome CV mostró que una FEVI< 45%Str fue variable independiente OR=5,8 IC95=1,3-24 p=0,016.

Conclusiones: En p G1 hubo mayor prevalencia del Outcome CV; No hubo diferencias significativas entre grupos ante eventos duros MC y SCA. Nuestra observacion, objetiva una mayor resolución a través de conductas invasivas al G1, a predominio de la REV, ante procesos isquémicos de bajo riesgo.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-152 / javierbuchanan@hotmail.com

RELACIÓN ENTRE EL BLOQUEO COMPLETO DE RAMA IZQUIERDA Y EL SPECT MIOCÁRDICO GATILLADO

*José Alejandro Bujedo[1], Javier Alejandro Buchanan[*1], Luis Guzman[1]*
[1]Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar que variables de la sincronía, perfusión y función ventricular izquierda nos ayudan a identificar los defectos falsos positivos presentes en los pacientes portadores de bloqueo completo de rama izqueirda (BCRI) sometidos a tomografía computada por emisión de fotón único gatillado (SPECT-G).

Material y Método: Se evaluaron retrospectivamente 34 pacientes con BCRI a los que se realizó SPECT-G de reposo y stress físico o farmacológico. Se utilizaron 17 segmentos para evaluar extensión del déficit de perfusión. Se evaluó la motilidad septal en sus 5 segmentos (septo-apical, medio-septales y septo-basales). Para evaluar función ventricular se consideraron Volumen de Fin de Diástole (VFD), Volumen de Fin de Sístole (VFS) y la Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEY). Para el análisis de la di-sincronía se utilizó el Ancho de Banda (AB) del Histograma, el Desvío Estándar (DS) en grados y la Entropía (Ep). A todos los pacientes se les midió el grado de di-sincronía eléctrica en el electrocardiograma de base.

Resultado: La población de estudio fue de 34 pacientes (p) con una edad media de 58 años ±7,4, masculinos 11 p (32.4%). A 4 p (11.8%) se les realizó stress físico con cicloergometría y a 30 p (82.2%) stress farmacológico (Dipiridamol). Presentaron perfusión miocárdica anormal en el SIV 29 p (85.3%). Los resultados fueron estadísticamente significativos al relacionar el tamaño del defecto con los parámetros de función ventricular y la severidad del trastorno de motilidad en el SIV. Se obtuvo diferencia estadísticamente significativa al relacionar el VFS con el tamaño del defecto, el grado de severidad del trastorno de motilidad septal con el tamaño del defecto, con una máxima relación si el movimiento era paradojal. También correlacionó significativamente el tamaño del defecto con el VFD. Se halló una relación lineal inversa muy significativa entre el tamaño del defecto y la FEY: a menor FEY, mayor tamaño del defecto (p: 0.0042). Si bien hubo una relación lineal positiva muy significativa entre la di-sincronía eléctrica y la mecánica, al analizar la relación entre el tamaño del defecto septal y la di-sincronía no se obtuvieron valores estadísticamente significativos, tampoco los hubo para di-sincronía y el grado de severidad de motilidad septal. Para destacar se evidenció una relación lineal inversa estadísticamente significativa entre la FEY y la severidad de la di-sincronía mecánica, a mayor severidad de la di-sincronía, menor FEY.

Conclusiones: Los pacientes portadores de BCRI se acompañan de mayor defecto septal, cuanto mayor es el compromiso de su función sistólica, mayor es el incremento de su VFS y VFD y mayor es la alteración de la motilidad septal.

No hubo relación entre la presencia de defecto de perfusión septal y su tamaño con la presencia de di-sincronía eléctrica y mecánica.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-243 / j.acamil@hotmail.com

VALIDACIÓN DE PARÁMETROS DE NORMALIDAD EN EL ANÁLISIS DE SINCRONÍA VENTRICULAR IZQUIERDA EN ESTUDIOS DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA SPECT GATILLADOS

*Jorge Camilletti[1], Monica Redolatti[*2], Richard Islas[2], Diego Miranda[2], Luis Castro[2], Roberto Massa[2], Juan Badr[2], Juan Erriest[2], Victor Arregui[2]*
[1]Hospital Italiano La Plata, 21 N° 525, [2]Hospital Italiano La Plata, 51 e 29 y 30, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Los estudios de perfusión miocárdica (EPM) son utilizados ampliamente para la detección de isquemia en pacientes con enfermedad arterial (EAC) conocida o sospechada, así como para la valoración del grado de disincronía de contracción del ventrículo izquierdo (VI) en pacientes (p) con insuficiencia cardíaca que son candidatos para terapia de resincronización (TRC). El análisis de fase con SPECT gatillado permite evidenciar el inicio de contracción del VI y a través de ello la sincronía de contracción. Existe variabilidad en los parámetros de sincronía publicados en la literatura utilizando diferentes softwares y analizando diferentes poblaciones.

Objetivo: Evaluar los parámetros de sincronía ventricular izquierda en un grupo de pacientes con EPM normales y establecer los valores de referencia en nuestra población y si existen diferencias en función del sexo.

Material y Método: Seleccionamos un grupo de p < de 70 años de edad, con probabilidad pre test baja de EAC, sin antecedentes de infarto agudo de miocardio, angioplastia y cirugía de revascularización miocárdica. Incluímos p que presentaban EPM normales, score de suma de estrés (SSS) 0, con FSVI conservada > 55%. Se excluyeron los p portadores de marcapasos definitivo, bloqueo completo rama izquierda en ECG y aquellos que realizaron un estrés farmacológico. A los p se les analizó la sincronía VI a través del análisis de fase de SPECT GATED (ancho de banda, desvío estandard y curtosis) para establecer los valores de normalidad de nuestra población utilizando el software Emory Toolbox.

Resultado: Se incluyeron 133 p. Características de la población: edad 55,4 +/- 9,1 años; hipertensión arterial 82p (61,6%); dislipemia 62p (46,6%) ; diabetes (DBT) 24p (18%). Resultados de la ergometría y la perfusión: METS 7,1 +/- 1,8;%FC alcanzada 88,5 +/- 9,9; doble producto 25848 +/- 4655; SSS 0. Fracción de eyección 76,9 +/- 12; VFD 45,7 +/- 15,8; VFS 11,3 +/- 8,5. Parámetros de sincronía VI: ancho de banda 36 +/- 14; desvío standard 16,6 +/- 10,2 ; curtosis 30,3 +/- 16,7. Dividimos a la población según sexo: masculino (G1) 76p (57,2%) y femenino (G2) 57p (42,8%). Parámetros de sincronía VI G1 y G2: ancho de banda 36,6 +/- 14,7 vs 35,1 +/-13,1 (p NS); desvío standard 15,7 +/- 10,2 vs 17,7 +/- 10,2 (p NS); curtosis 30,2 +/- 17,6 vs 30,6 +/- 15,6 (p NS)

Conclusiones: Establecimos valores de normalidad de sincronía ventricular izquierda en nuestra población, mientras que no encontramos diferencias significativas en los valores de sincronía ventricular izquierda según el sexo.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-127 / j.acamil@hotmail.com

VALOR PREDICTIVO DE LA PRUEBA ERGOMÉTRICA CON UN ESTUDIO DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA (SPECT) NORMAL

*Jorge Camilletti[1], Maria Monica Redolatti[1], Juan Erriest[1], Noelia Saaby[*1], Guillermo Sanchez Viamonte[1], Gustavo Vigo[1], Diego Martinez Demaria[1], Andres Pascua[1], Federico Giachello[1]*
[1]Hospital Italiano La Plata, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: El valor predictivo negativo (VPN) del estudio de perfusión miocárdica (EPM) normal a largo plazo es elevado. Actualmente no contamos con información acerca del valor adicional que tiene el resultado la prueba ergométrica (PEG) en pacientes (p) con un EPM normal. Debido a las diferencias en cuanto a especificidad y sensibilidad según el género, el objetivo de nuestro trabajo es analizar el valor pronóstico de un test ergométrico en p con EPM normal, en función del sexo.

Material y Método: Se realizó un análisis retrospectivo de 1271 p consecutivos remitidos a nuestro servicio de medicina nuclear a realizarse un EPM con sospecha o enfermedad coronaria conocida. Del total de la población, 560 p (46%) tuvieron un EPM normal (score de suma de stress = 0), dicho subgrupo fue dividido en hombres, mujeres y en función del resultado de la PEG (positiva o negativa). Definimos PEG positiva cuando el p presentó angina, infradesnivel del segmento ST de 2 o más mm o arritmias ventriculares complejas y negativa cuando no estaban presente ninguno de los criterios precedentes. Los p fueron seguidos por 2592,35 +/- 362,96 días (7,1 +/- 0,99 años) en busca de eventos, muerte de origen cardiovascular, infarto no fatal, necesidad de revascularización y eventos combinados.

Resultado: De los 560 p con EPM normal 280 p (50%) mujeres y 280 p (50%) hombres, p NS. La PEG positiva en 83 p (14,8%), 50 mujeres (60,2%) vs. 33 hombres (39,7%) p 0.01. Tuvieron PEG negativa 477 p 85,2%), 230 mujeres (48,1%) vs. 247 hombres (51,78%) p NS. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad, HTA, DBT, dislipemia, tabaquismo, obesidad y sedentarismo, cuando comparamos el grupo de pacientes con PEG positiva vs negativa. El stress fue realizado en el 100% de los p en cicloergómetro, METS 6,6 +/- 1,7, doble producto 28.590,9 +/- 5.110,% FC máx 91+/- 9.8%. Durante el seguimiento no encontramos diferencias significativas (p NS) en eventos combinados 6% vs 6%, necesidad de revascularización 3,6% vs. 1,2%, infarto no fatal 1,2% vs. 0%, muerte 0% vs 0% en p con PEG positivas en mujeres y hombres, respectivamente. De las PEG negativas (477 pacientes), 13 mujeres (2,7%) vs. 26 hombres (5,5%) tuvieron eventos combinados p 0.04. Necesidad de revascularización 1,25% vs. 2,7% p NS, infarto no fatal 0,42% vs. 2,3% p: 0,02 y muerte cardiovascular 1% vs. 0,42% p NS, respectivamente.

Conclusiones: Una prueba ergométrica positiva en pacientes con SPECT normal, no resultó ser un predictor pronóstico de eventos en el seguimiento a largo plazo, independientemente del sexo.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-367 / msperrone@bioingenieria.edu.ar

FIABILIDAD DE INDICADORES DE VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDÍACA A PARTIR DE LA ONDA DE PULSO

*Esteban Rossi[*1], Manuel Cuadra Sanz[2], Denis Delisle Rodriguez[3], María Carla Mántaras[1], Gabriel Maximiliano Leikan[1], Daniel Zapata[1], Leonardo Nicola Siri[1], María Susana Perrone[1]*
[1]Facultad de Ingeniería- Universidad Nacional de Entre Ríos, Oro Verde, Argentina, [2]Centro de Investigación y Desarrollo Tecnológico de la Industria de la Electro Electrónica y la Informática, Bogotá, Colombia, [3]Centro de Biofísica Médica-Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, Cuba

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La fotopletismografía dactilar (PPG) registra la onda de pulso (OP). Técnica no invasiva, de bajo costo, disponible en el comercio para medir saturación de O_2, volumen minuto cardiaco, presión arterial, etc., ofrece posibilidades potenciales para la evaluación vascular, autonómica y monitoreo cardiaco. Características de la PPG como exactitud, precisión y rango, son cuestionadas en la literatura. La frecuencia cardiaca instantánea puede extraerse de la OP y permitiría el análisis de la variabilidad de la frecuencia cardiaca (VFC) de corto plazo por una técnica más sencilla que el electrocardiograma (ECG). El objetivo del trabajo es analizar la factibilidad de estudiar la VFC a partir de registros de la OP.

Material y Método: Se hizo un estudio piloto: 13 voluntarios sanos, jóvenes de ambos sexos, se realizaron registros continuos de ECG y de PPG, duración 5-8 min, en reposo supino. Se utilizó un dispositivo propio (AngiodinV2-Plus, validado en trabajos anteriores), que adquiere 3 canales simultáneamente: ECG y PPG (mano derecha e izquierda), 12 bits, 1 kHz cada canal. Las señales se procesaron con algoritmos propios (Matlab®), se formaron series temporales de eventos discretos (DES) de intervalos RR y PP (ver más abajo), depuradas de extrasístoles y artefactos de registro,. Los registros de ECG y las DES de intervalos RR, se contrastaron con similares obtenidos con un equipo comercial (ECGView®; Ecosur, ARGENTINA).Para cada individuo se calcularon indicadores (y) de VFC (programa Kubios®): RRmedio(ms), SDNN(ms), rmsSD(ms), pNN50(%), LF(%TA), LF(NU), HF(%TA), HF(NU) y L/H, obtenidos desde intervalos RR del ECG (y_{RR}) y de intervalos entre dos picos sistólicos consecutivos (P) de la OP (intervalos PP, y_{PP}).Para cada indicador y_{RR}, y_{PP}, se calculó su valor medio (Y) y su varianza (varY) promediando sobre la muestra (N = 13), y se compararon los resultados obtenidos de intervalos RR con los de intervalos PP, mediante el estadístico Z, suponiendo distribución Normal(0 ; 1] para Z. El nivel de rechazo (diferencias no significativas, NS) fue p< 0,05 (comparación contra 0, una cola).

Resultado: Los ECGs obtenidos con AngiodinV2-Plus se compararon con los del ECGView, sin diferencias significativas entre ambos equipos. Todos los indicadores de VFC mostraron valores considerados normales en la literatura. La comparación entre utilizar intervalos RR ó intervalos PP, resultó NS para todos los indicadores de VFC.

Conclusiones: Este estudio piloto sugiere que la VFC podría analizarse a partir de intervalos PP en la OP obtenida por PPG, con resultados semejantes a utilizar intervalos RR en el ECG. Esto estimula a considerar el registro de la OP como alternativa fiable para estudios de VFC. El registro de PPG es menos costoso, más simple y de rápida obtención que el ECG. Destacamos que son necesarios más estudios, para valorar la robustez de la PPG frente a maniobras que modifican la VFC (bipedestación, estres, patologías, etc.) y aumentar el tamaño de la muestra.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-262 / jmbonelli@hotmail.com

DRENAJE ANÓMALO DE VENAS PULMONARES Y LA TOMOGRAFÍA CARDÍACA MULTIDETECTORES

Juan Manuel Bonelli[1], *Mariela Stur*[2], *Eric Kimura Hayama*[3], *Francisco Castillo Castellón*[3]
[1]Hospital Provincial del Centenario. UNR., [2]Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Argentina, [3]Instituto Nacional de Cardiología. Ignacio Chavez, Distrito Federal, México

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: El drenaje anómalo de venas pulmonares (DAVP) es una enfermedad poco frecuente, su incidencia es del 0.008% de los nacidos vivos y representa aproximadamente el 0.4-2.2% de todas las cardiopatías congénitas (CC).

El estado del arte aportado por la tomografía cardíaca multidetector (TCMD), nos permitió realizar una evaluación más rápida y precisa de la anatomía vascular, con la utilización de menor exposición a la radiación (en el rango de los submilisivers), en comparación a los métodos convencionales.

La tomografía cardíaca multidetector ha demostrado una excelente correlación con la angiografía invasiva y los hallazgos quirúrgicos, tanto en la detección como en la descripción de los drenajes venosos anómalos.

Material y Método: Incluímos 49 pacientes con diagnóstico de DVAVP evaluados en el Departamento de Radiología entre Marzo 2006 a Marzo 2011. Revisamos de manera prolectiva las angiotomografías.

Resultado: El diagnóstico y el tipo de DAVP fue confirmado por cirugía en 32 pacientes y por angiografía en 21 pacientes, el diagnóstico se confirmó en todos los pacientes.

Conclusiones: La TCMD es un método no invasivo seguro y reproducible en el diagnóstico del DAVP cuando se compara con el ecocardiograma y la angiografía convencional.

Esto nos permitió una completa evaluación del tipo de drenaje y probablemente la información necesaria para planear la cirugía correctiva.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-135 / dechaza@uolsinectis.com.ar

VALORACION FUNCIONAL CON SPECT CARDIACO DE PACIENTES CON SCORE DE CALCIO ENTRE 101 Y 400 Y LESIONES CORONARIAS EN LA TOMOGRAFIA COMPUTADA MULTICORTE

Diego Federico Echazarreta[1], *Rodolfo Marcelo Uriarte*[*1], *Ariel Medina*[1], *Pablo Polfono*[1]
[1]Instituto de Diagnóstico Cardiovascular La Plata, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Valorar la presencia de isquemia miocárdica mediante pruebas de perfusión SPECT con Tc99 y técnica de gatillado en pacientes (p) con score de calcio (SC) entre 101 y 400 unidades Agatston (UA) evaluados mediante Tomografía Computada Multicorte (TCMC).

Material y Método: Se evaluaron 58 p mediante prueba de perfusión miocárdica SPECT con técnica de gatillado utilizando Tc99 sestamibi y protocolo de esfuerzo/reposo con cicloergómetro que presentaban un SC de entre 101 y 400 UA en una TCMC entre el período 01/01/2012 al 31/12/2014. Se utilizó un programa Microsoft Excel® 1997/2004 para la elaboración estadística. Se utilizó el Test de Student para la comparación de las variables involucradas.

Resultado: Se incluyeron 58 p (44 varones) con edad promedio de 60±2.6 años con los siguientes factores de riesgo coronario (FRC): 19 tabaquistas, 11 hipertensos, 2 diabéticos, 7 dislipémicos conocidos. El SC en UA promedio global fue de 287±11. El SC promedio en la arteria coronaria derecha (CD) fue de 108±15, en la arteria descendente anterior (DA) de 83±12, en la arteria circunfleja (CX) de 79±7. Fueron halladas 40 estenosis coronarias de grado moderado (68.96%) (15 en DA, 17 en CD, 6 en CX y 2 en Diagonal (Dx). En el SPECT, la ergometría presento un promedio de 7.8±0.7 mets con doble producto (DP) de 24150 y dos pruebas positivas para isquemia por angina y alteraciones del ST. De las 40 lesiones moderadas se halló isquemia en 11 (27.5%) con una fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) promedio de 54±3.1%, volumen de fin de diástole (VFD) de 106±3 ml y volumen de fin de sístole (VFS) de 54±4 ml. En los 29 p no isquémicos la FEVI promedio fue de 56±2.4% (p:0.55), el VFD de 112±6ml y el VFS de 50±3.2 ml.

Conclusiones: Un 68.96% de los p con un SC entre 101 y 400 UA en la TCMC presentaron lesiones coronarias obstructivas de grado moderado, detectándose en este sub-grupo, un 27.5% de p isquémicos que pudiera atribuirse a la presencia de disfunción endotelial secundaria a la enfermedad aterosclerótica presente.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-221 / lopez_silvana@hotmail.com

RELACIÓN ENTRE LA ONDA Q EN EL ELECTROCARDIOGRAMA Y LA TRANSMURALIDAD DE LA FIBROSIS POR SPECT CARDIACA

Silvana López[*1], *Sofía Picabea*[1], *Ricardo Ferrer*[1], *Miguel Hominal*[1], *Gerarado Zapata*[1], *Jorge López*[1]
[1]ICR, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Relacionar la presencia de ondas Q en el electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones con la transmuralidad de la fibrosis por SPECT Tc 99m Sestamibi.

Material y Método: Se analizó en forma consecutiva los estudios SPECT cardiacos durante el período de octubre a diciembre de 2014 en aquellos pacientes con antecedente clínico de infarto de miocardio. Los ECG fueron clasificados en: normal, fibrosis transmural (QS) y fibrosis no transmural (qR y falta de progresión de R en precordiales). Se analizó la extensión transmural de la lesión mediante la severidad de la hipocaptación de Tc 99m Sestamibi observada en estudios SPECT, y evaluada en forma cuantitativa con scores computarizados (SRS) y se clasificaron en: normal (SRS= 0), fibrosis no transmural (SRS= 1-2) y fibrosis transmural (SRS=3-4). Se utilizó el coeficiente de kappa para determinar la concordancia entre ambos métodos.

Resultado: N = 58 pacientes, 89.7% de sexo masculino y con edad media de 61,8±7,7 años. El 65.5% presentó antecedente de infarto agudo de miocardio (IAM) en un período entre uno y diez años. En cuanto a las bases electrocardiográficas, 13.8% presentó un ECG normal, 41.4% signos de fibrosis transmural y 44.8% signos de fibrosis no transmural (27.6% y 17,2% presentaron qR y falta de progresión de R en precordiales respectivamente).En cuanto a la perfusión miocárdica se observó que en 6 pacientes (10.3%) el SPECT fue normal, 34 pacientes (58.6%) presentaban fibrosis transmural y 18 pacientes (31%) fibrosis no transmural. Se observó concordancia en 38 pacientes (65,5%). La concordancia entre la presencia de onda Q y fibrosis transmural por SPECT cardiaco fue baja (K 0.273). De los que no presentaron concordancia (34,5%) se observó que 5 pacientes tenían ECG normal presentando fibrosis no transmural en 1 o 2 segmentos (infero-basal, latero-basal), en 3 pacientes con perfusión normal, el hallazgo ECG fue la falta de progresión de R en precordiales. En 11 pacientes con ECG con patrón QS, la fibrosis en la perfusión fue de tipo no transmural (8 de estos fueron en territorio antero-septo-apical).

Conclusiones: Las ondas Q en el ECG de pacientes con antecedentes clínicos de infarto de miocardio no resulta un buen indicador de la extensión transmural de la fibrosis por SPECT.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-224 / opamamm@hotmail.com

ACUERDO ENTRE HALLAZGOS EN LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX Y VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL DE OCLUSIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Maria Josefina Blanchet[1], *Pablo Marcelo Aguirre*[1], *Josefina Roldan* [1], *Facundo Nicolas Falcon*[1], *Gaston Pozzi*[*1], *Pablo Cimbaro Canela*[1], *Maximiliano Collante*[1], *Jorge Isaac Parras*[1]
[1]instituto de Cardiología, corrientes, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar la utilidad de la Rx Tx en pacientes con IC, su acuerdo con la PE y la variabilidad entre observador de este método

Material y Método: estudio observacional, unicéntrico que incluyo pacientes con diagnóstico de IC descompensada ingresados al Instituto de Cardiología de Corrientes para monitoreo hemodinámico con catéter de Swan Ganz, desde el 01/11/2013 al 31/01/2015. Se realizó RX TX antero-posterior luego de la colocación del catéter. La Rx Tx fue interpretada por tres observadores: un médico cardiólogo especialista en IC, un médico especialista en diagnóstico por imágenes y un médico residente de cardiología clínica (observadores 1, 2 y 3 respectivamente). Se asignó un valor estimado de PAOP en relación a signos radiográficos y se clasificó la misma en cuatro grupos: 1) PAOP ≤ 12 mmHg 2) PAOP: 13 - 20 mmHg 3) PAOP 21 - 25 mmHg 4) PAOP > 25 mmHg. Se indicó un grado de confianza para la evaluación radiográfica realizada: 1) Muy seguro 2) Moderadamente seguro o 3) Poco seguro.

Resultado: se incluyeron 46 pacientes, 62.5% fueron de sexo masculino, edad media de 67±2 años. Antecedentes patológicos: hipertensión arterial 72%, diabetes 41%, insuficiencia renal crónica 44%, dislipidemia 37%, fibrilación auricular persistente 19%. Las etiologías fueron: isquémica 62.5%, valvular 15.6%, idiopática 9.6% e hipertensiva 6.3%. Presentación clínica: IC crónica descompensada 68.8% e IC de novo 31.2%. La distribución según valor de PAOP fue de grupo 1: 5 pacientes (10.9%), grupo 2: 14 pacientes (30.4%), grupo 3: 11 pacientes (23.9%), grupo 4: 16 pacientes (34.8%). Evaluando el acuerdo entre el método patrón y el observador 1 encontramos un pobre valor (Kappa 0.11), repitiéndose el mismo hallazgo entre el observador 2 (Kappa 0.19) y el observador 3 (Kappa 0.12). El análisis que evaluó el acuerdo entre observadores fue así mismo muy pobre (Kappa 0.24). Cuando se selecciono al subgrupo de pacientes con hallazgos radiográficos con alto grado de confianza el acuerdo se mantuvo por debajo de lo optimo (Kappa <0.2).

Conclusiones: este trabajo evidencio que los hallazgos radiográficos en pacientes con IC descompensada son poco útiles para evaluar en forma confiable los valores de PAOP, respaldado además por el pobre acuerdo entre observadores.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-302 / cstepffer@hotmail.com

VALORACION DE LA HIPERTENSION PULMONAR POR ECOCARDIOGRAFIA PARA SCREENING Y SEGUIMIENTO EN PEDIATRIA

Carolina Stepffer[*1], *Laura Sacchetti*[1], *Ines Martinez*[1], *Jesus Damsky Barbosa*[1], *Ana De Dios*[1]
[1]htal pedro elizalde, Buenos Aires, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: El diagnóstico de Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) es por cateterismo cardiaco derecho, pero la ecocardiografía es un excelente método para la evaluación inicial y ha demostrado ser imprescindible para valorar pronóstico y evolución HAP

Objetivo: Describir determinaciones ecográficas que definiinen riesgo y posibilidad inminente de claudicación ventricular

Material y Método: Mediante ecocardiografía tradicionales y técnicas de segunda generación sobre la función ventricular derecha (VD) e izquierda, de pacientes con HAP en seguimiento, valoramos. 1. INSUFICIENCIA TRICUSPIDEA (IT): La cuantificación, permite estimar la presión de VD y así, la presión sistólica de la AP, definiendo HAP ≥36mmHg. 2. TEI derecho: 3. INSUFICIENCIA PULMONAR (IP): 4. Arteria pulmonar: Gradiente (presencia de NOTCH), Tiempo de eyección, tiempo de aceleración. 5. AURICULA DERECHA y VENA CAVA INF: tamaños, diámetros, áreas
6. PRESION estimada AP: Sistólica= IT + Aurícula Derecha / Diastólica= IP + Aurícula Derecha
1. Tracto Salida VD e izquierdo: anillos, VTI y gradientes, Qp/Qs. 2. Valorar VD: Tamaño, área fraccional, función, movimiento septal, excursión tricuspídea (TAPSE), hipertrofia. ECO TISULAR: velocidad máxima sistólica, relación E pulsado/ E' tisular. DEFORMACION MIOCARDICA BIDIMENSIONAL VD, STRAIN GLOBAL, STRAIN RATE REGIONAL. MOVIMIENTO PARIETAL. 1. Valoración ventrículo izquierdo: Similar al VD. 2. Derrame pericardico

Resultado: La sumatoria de criterios fue útil para la detección de disfuncion VD, e izquierdo. En los pacientes de bajo riesgo partimos de Strain global y regional en valores casi normales (-20%) respecto a los pacientes de alto riesgo (-13%). La inminencia de claudicacion ventricular fue reconocida por severa dilatación de cavidades derecha, deformación miocárdica severamente alterado en VI (-13%), y eco tisular que mostro disminución crítica de la velocidades sistólicas, biventriculares. Alta eficacia en screening y seguimiento de HAP: IT e IP 90%, TAPSE, FE VD y TDI aproximadamente 50%. El TEI fue ineficaz para screening de HAP
Eficaz marcadore de mal pronóstico: derrame pericardio, área de la AD, ↓TAPSE, disfunción severa del VD e izquiedo por deformación miocárdica, Strain, Strain Rate y eco Tisular

Conclusiones: El diagnostico HAP se realiza con Cateterismo, pero el ecocardiagrama tradicional y con técnicas de segunda generación, ha demostrado ser herramienta fundamental. La necesidad de estandarizarlo con mediciones sencillas y accesibles es debido a la baja incidencia de HAP, la necesidad de detección precoz y su complejo seguimiento.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-383 / cecimoris@gmail.com

CASO CLÍNICO; TUMOR DE VENTRÍCULO IZQUIERDO, EVOLUCIÓN A 9 AÑOS

Maria Cecilia Moris[*1], *alvaro carrizo*[1], *Francisco Cuevas*[1], *gustavo Vazquez P*[1]
[1]servicio cardiologico sarmiento- sanatorio sarmiento, tucuman, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Presentación de caso clínico de un paciente con un tumor de ventrículo izquierdo que debuta con flutter auricular, ángor e insuficiencia cardiaca, al que se lo estudio exhaustivamente, llegando al diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica asimétrica con masa a nivel de ápex, de etiología no determinada, y su evolución a 9 años.

Material y Método: Paciente de sexo masculino de 64 años, sin antecedentes previos, que ingresa a Unidad Coronaria con flutter auricular, ángor e insuficiencia cardiaca realizándosele cardioversión eléctrica (agosto 2006). Examen cardiovascular: sin alteraciones. ECG: T(-) anterolateral. HVI severa. Laboratorio normal, Ecocardiograma: DD: 6.08-DS: 4.05- SIV: 1.01-PP: 1.15- Ao: 3.98- AI: 4.39. FE: 41%> FAc: 33.83- hipoquinesia anteroseptal, función del ventrículo izquierdo (VI) deprimida leve, imagen apical de 4.18 cm con aumento de impedancia acústica que hace cuerpo con el musculo- insuficiencia mitral (IM) leve. Patrón restrictivo. Se medica con carvedilol 12,5 mg/dia, enalapril 10 mg/dia. Se realiza perfusión miocárdica: hipoquinesia global a predominio de la región antero-apical. Necrosis no transmural de cara anterior. Dilatación del VI con compromiso de la función ventricular. Febrero 2007 cinecoronariografía: sin lesiones significativas. Leve déficit de la función del VI. Imagen de falta de relleno en punta del VI. Agosto 2007: Ecocardiograma: DD: 5.18- DS: 3.13- SIV: 0.76- PP: 0.85- Ao: 3.71- AI: 3.58- FE: 70% imagen apical de alta densidad acústica con sombra sónica posterior de 4 cm2, impresiona cálcica. Holter cardiaco: normal. Se realizan controles anuales con Ecocardiograma sin mostrar cambios significativos con respecto al último. Agosto 2014: RMN cardiaca, ventrículo izquierdo no dilatado, con hipertrofia apical (espesar máximo de 15 mm) con motilidad global y segmentaria conservada. A nivel apical se observa masa de aspecto sólido, de 22 x 20 mm, con contornos regulares, no se extiende a estructuras adyacentes. Hiperintensa con halo isointenso en secuencia de cine, isointensa con halo hipointenso en T1, hipointenso con halo hiperintenso en T2. En secuencias de perfusión de primer paso no perfunde. Presenta realce tardío homogéneo.

Resultado: el paciente continúa medicado con carvedilol 25 mg/día, enalapril 10mg/día, con controles clínicos mensuales e imagenológicos anuales, manteniéndose clínicamente estable

Conclusiones: el diagnostico de este paciente es una miocardiopatia hipertrófica apical mas una masa en ápex, no pudiéndose diferenciar etiología de la misma, de comportamiento benigno dado el tiempo de evolución y la estabilidad clínica del paciente.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-124 / dechaza@uolsinectis.com.ar

EVALUACION MEDIANTE SPECT GATILLADO DE PACIENTES PORTADORES DE TRANSPOSICION DE LOS GRANDES VASOS CORREGIDA CON SWITCH ARTERIAL

Diego Federico Echazarreta[1], *Marcelo Uriarte*[2], *Ines Letiz*[2], *Ariel Medina*[*2], *Gianina Faliva*[2]
[1]Instituto de Diagnóstico Cardiovascular La Plata, [2]Hospital San Martín, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Valorar la presencia de alteraciones de la perfusión miocárdica en pacientes sometidos a switch arterial y reimplante coronario (SARIC) que refirieron precordialgia sin un electrocardiograma (ECG) concluyente.

Material y Método: Se evaluaron 6 pacientes (p) sometidos a SARIC en el período comprendido entre el 01/01/2008 y el 01/01/2015 ingresados al area de Medicina Nuclear del Hospital San Martín y del Instituto de Diagnóstico Cardiovascular La Plata para evaluación mediante estudios de SPECT gatillados. Se reunieron los datos en una plataforma Microsoft Excel 1997/2004.Se aplico el Test de Student para comparar las variable involucradas considerando un $p < 0.05$ como significativa.

Resultado: Los 6 p varones estudiados presentaron un promedio de edad de 17.2± años con > de 10 años de evolución quirúrgica. Su ergometría promedio fue de 9.2±6 mets, fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI): 66±2% Volumen de Fin de Diástole (VFD:): 74±3.1 ml y Volumen de Fin de Sístole: 24±1.8 ml. No se hallaron segmentos isquémicos en el análisis de las imágenes utilizando un protocolo de esfuerzo/reposo.

Conclusiones: Los pacientes evaluados en la cohorte presentada sometidos a SARIC no presentaro segmentos isquémicos a 10 años de haberse sometido a la corrección quirurgica.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-261 / jmbonelli@hotmail.com

UTILIDAD DE LA TOMOGRAFIA CARDIACA MULTIDETECTORES EN PACIENTES DE RIESGO INTERMEDIO CON CAMARA GAMMA NO CONCLUYENTES

Juan Manuel Bonelli[*1], *Christian Hanna*[1], *Carlos Dumont Dunayevich*[1], *Diego Garófalo*[1], *María Belén Cigalini*[1]
[1]Instituto Gamma, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes ingresados al Instituto Gamma en el año 2014, con riesgo bajo-intermedio para enfermedad coronaria que presentaron cámara gamma reposo-esfuerzo positivas no concluyentes y fueron posteriormente sometidos a tomografía cardíaca multidetectores (TCM).

Material y Método: Se incluyeron 32 pacientes con edad promedio 48 +/- 5 años de los cuales el 60% fueron de sexo femenino y el 8% de los pacientes eran deportistas de alto rendimiento.
Analizamos los factores de riesgo cardiovasculares, los resultados de la cámara gamma cardíaca (la prueba ergometría y la perfusión reposo-Stress) y los hallazgos de la TCM.
Fueron considerados test tomográficos positivos aquellas obstrucciones coronarias > del 70%.

Resultado: Los criterios utilizados para la elección del método fueron, entre otros, la probabilidad pre test de presentar enfermedad coronaria, los trastornos electrocardiográficos (ECG) en la ergometría y la edad del paciente.

Conclusiones: Los estudios que siguen a una prueba de esfuerzo no concluyente pueden usarse para mejorar la precisión diagnóstica de EC obstructiva, y por sobretodo evaluar el riesgo vascular de estos pacientes.
Por último el alto poder predictivo negativo de la TCM nos permitió, descartar la presencia de EC y reclasificar a este grupo de pacientes.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-170 / ari-medina@hotmail.com

UTILIDAD DEL SPECT-MIBI DE ESFUERZO-REPOSO EN EL CRIBAJE DE ENFERMEDAD CORONARIA ASINTOMÁTICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO I

Carlos Ariel Medina[*1], *Rodolfo Marcelo Uriarte*[1], *Diego Andres Echazarreta*[1], *Emilio Pis Diez*[1]

[1]Instituto de Diagnostico Cardiovascular La Plata, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: El cribaje de la enfermedad cardiovascular (ECV) asintomática en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) mediante SPECT de perfusión miocárdica MIBI de esfuerzo-reposo aumenta la sensibilidad respecto a la ergometría convencional.

Objetivo: Estudiar la prevalencia de enfermedad coronaria asintomática en DM1 de más de 15 años de evolución mediante SPECT-MIBI.

Material y Método: Se evaluaron 30 pacientes (ptes) con diagnostico de DM1 de más de 15 años de evolución, sin antecedentes de Enfermedad Cardiovascular, con electrocardiograma basal sin alteraciones, mediante la realización de Estudio de Perfusión Miocárdica (EPM) SPECT-MIBI de esfuerzo-reposo con cicloergometro, utilizando el protocolo de Åstrand.

Resultado: 60% (18 ptes) hombres. Edad media: 52,5 ± 15,22 años. 23% (7) fumadores; 43% (13) hipertensos; 23% (7) dislipémicos. El 20% (6) tomaban AAS; 53% (16) inhibidores del enzima convertidor de la angiotensina/antagonistas de los receptores de la angiotensina II; 20% (6) estatinas. Duración media de la Prueba Ergométrica (PE): 7.5 minutos, con una media de 8,5 METS. Ergometría (PE) máxima negativa o no concluyente: 93,3% (28), siendo el EPM SPECT-MIBI positivos 53,3% (16).

Conclusiones: El SPECT de perfusión miocárdica MIBI de esfuerzo como método de cribaje confiere mayor sensibilidad y especificidad para la detección de enfermedad cardiovascular asintomática en DM1; optimizando la detección de pacientes de mayor riesgo cardiovascular.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-207 / javierbuchanan@hotmail.com

SPECT-GATILLADO Y PROTOCOLOS DE STRESS

José Alejandro Bujedo[1], *Luis Guzman*[1], *Javier Alejandro Buchanan*[1], *Aldana Saccon*[*1]

[1]Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La hipótesis de este estudio es valorar de acuerdo al tipo de stress realizado para provocar isquemia cual nos brinda más información de la presencia, extensión y la severidad de la isquemia en el estudio SPECT-G.

Material y Método: Se analizaron retrospectivamente los resultados de 201 estudios de SPECT-G y de acuerdo al estrés realizado, se los dividió en cuatro grupos:

A-PEG Negativas (50 p) alcanzaron el 85% de la FCMT sin cambios al ECG.

B-PEG Positivas (50 p) con infradesnivel del segmento ST >1mm durante el esfuerzo.

C-Stress con Dipiridamol (50 p) con el protocolo de 0.54 mgr/kgr en cuatro minutos.

D-PEG Insuficiente que se completó la taquicardización con 1 mgr de Atropina EV al máximo esfuerzo (51 p).

SPECT-G: Para la valoración de la isquemia se tuvo en cuenta la presencia, gravedad y extensión de los defectos de perfusión utilizando un modelo cuantitativo de 17 segmentos de acuerdo con las guías de la American Heart Association, con una escala de 0 a 4 puntos según la intensidad de isquemia.

Resultado: No hubo diferencias entre los 4 grupos en cuanto la edad y el sexo pero al tener en cuenta la presencia de factores de riesgo el grupo de PEG positivas fue el que mas variables clínicas predictivas por paciente presentó. Al comparar la presencia de isquemia en el resultado del SPECT-G no hubo diferencias estadísticas significativas entre las PEG Positiva (donde el 78% de los pacientes la presentaban) versus el grupo que fue sometido a stress con Dipiridamol (64%), pero sí observamos una clara diferencia entre el grupo de PEG negativas al compararlo con los otros tres grupos. Al comparar la extensión de la isquemia en los pacientes que la presentaron según el grupo de estudio, esta fue estadísticamente de mayor tamaño en las pruebas positivas sobre todo al compararla con las PEG negativas y las atropinas ($p<0.001$). Al valorar la severidad de la isquemia y compararla entre los cuatros grupos, la PEG positiva si bien detectó pacientes de mayor riesgo en comparación con la atropina y la PEG Negativa, no fue mejor que el stress farmacológico con Dipiridamol. Es importante destacar que en ninguna variable, el stress farmacológico con Dipiridamol se pudo diferenciar estadísticamente del grupo de PEG insuficiente + atropina para diagnosticar pacientes con isquemia, determinar su extensión y/o severidad.

Conclusiones: La presencia del mayor número de variables preeditoras clínicas y una PEG positiva constituyen el mejor grupo para identificar pacientes con isquemia severa y extensa. Si bien percibimos que los pacientes con PEG positiva identificaba pacientes con isquemias más extensas, no se diferenció estadísticamente de los pacientes con Dipiridamol en cuanto a valorar su severidad. No hubo diferencias estadísticas entre el grupo de stress con Dipiridamol y el de PEG insuficiente + atropina en cuanto los resultados de SPECT-G.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-242 / j.acamil@hotmail.com

DATOS DE UN REGISTRO SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA EN UN SERVICIO DE CARDIOLOGÍA NUCLEAR

Jorge Camilletti[1], *Nahuel Bolacandro*[*2], *Monica Redolatti*[2], *Gustavo Vigo*[2], *Juan Erriest*[2], *Luis Cartasegna*[2], *Guillermo Sanchez Viamonte*[2], *Maria Laura Plastino*[2], *Victor Arregui*[2]

[1]Hospital Italiano La Plata, 21 N° 525, [2]Hospital Italiano La Plata, 51 e 29 y 30 La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Los estudios de perfusión miocárdica (EPM) Spect Gatillado se han impuesto como la exploración básica en cardiología para el diagnóstico y la estratificación del riesgo. Esta técnica es la única que permite valorar semi-cuantitativamente y de forma no invasiva la perfusión miocárdica después de un apremio, así como cuantificar los volumenes y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

Objetivo: Analizar la población y los resultados del EPM de los pacientes (p) remitidos a nuestro servicio de cardiología nuclear con sospecha o con enfermedad coronaria (EC).

Material y Método: Se evaluó el registro del Servicio de Cardiología Nuclear del Hospital Italiano de La Plata en el período entre 2005 y 2014. Se analizaron 11.804 p con sospecha o EC conocida, remitidos para realizarse un EPM Spect gatillado con apremio físico o farmacológico. Se analizaron las características de la población, las resultados de la prueba ergométrica (PEG) y del EPM evaluando la severidad y extencion del defecto de perfusion de acuerdo al score de suma de stress (SSS) score de suma de reposo (SRS) y score de diferencia (SDS) y los parámetros de función del VI (Fey, VFS y VFD).

Resultado: Un total de 11.804 p analizados la edad media 63 +/- 11 años, sexo masculino 64,7% (n 7645), IMC 28,2 +/- 4,9; HTA 64,3% (n7600), dislipémicos 58,1% (n 6866), sedentarios 52,6% (n 6212), obesos 52,2% (n 6167), antecedentes heredo-familiares 29,3% (n 3459), DBT 21,6% (n 2560) y tabaquistas 19,3% (n 2284). Antecedentes IAM 19,1% (n 2259), ATC 22,3% (n 2635) y CRM 8,6% (n 1020). El 39,8% (n 4699) de los p se encontraban asintomaticos y el 60,1% (n 7105) sintomáticos, el 64,3% dolor precordial, 24,9% disnea y 10,8% ambos síntomas. En cuanto a la naturaleza del dolor precordial típico el 19,4%, atípico 45,1% e incaracteristico 35,4%. Tipo de Prueba, 58,4% (n 6899) diagnostica y 41,5% (n 4905) fue evaluativa. Cicloergómetro 79,2% (n 9348) y estrés farmacológico el 20,81% (n 2456).Carga ergométrica alcanzada mets 6,7 +/- 2,4;% frecuencia cardíaca máxima 87 +/- 1,7 y doble producto 25200 +/- 5503. El 21,3% de las PEG fueron positivas, el 12,1% por sintomas y el 9,2% por alteraciones del segmento ST. Los EPM fueron normales en 61,3% (n 7242) de los p y en el 38,7% (n 4562) fueron patológicos, el SSS fue de 6 +/- 6,7; SRS 3 +/- 6,3; SDS 2 +/- 4,2; Fey 58 +/- 8,6%; VFD 81 +/- 36,6; VFS 34 +/- 31,7.

Conclusiones: Los p remitidos a nuestro servicio para realizarse un EPM tienen un elevado perfil de riesgo cardiovascular y una alta prevalencia de EC, a pesar de ello un porcentaje importante, mayor al cincuenta porciento presentaron un EPM normal.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-122 / dechaza@uolsinectis.com.ar

DETECCION DE ISQUEMIA MIOCARDICA CON ESTUDIOS NUCLEARES EN INDIVIDUOS CON SCORE DE CALCIO MENOR A 100

Diego Federico Echazarreta[1], *Rodolfo Marcelo Uriarte*[*1], *Pablo Pollono*[2]

[1]Instituto de Diagnóstico Cardiovascular La Plata, [2]CIMED, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Correlacionar la presencia de calcio intracoronario evaluado mediante tomografías coronarias multicorte (TCMC) con la detección de segmentos isquemicos mediante pruebas de perfusión miocárdica SPECT gatilladas.

Material y Método: Se reunieron todos los pacientes ingresados al area de Medicina Nuclear del Instituto de Diagnóstico Cardiovascular La Plata con Score de Calcio < 100 en el estudio de TCMC sometidos a una prueba de SPECT gatillado entre el 01/01/2011 y 01/01/2014. Se reunieron las variables en un programa Microsoft Excel 1997/2004. Se realizó el cruce de variables mediantes Test de Student considerando una $p<0.05$ como significativa.

Resultado: Fueron evaluados 57 pacientes (p), 50 varones con edad promedio 58±4.1 años. en 6 p se hallaron lesiones obstructivas entre 30 y 50% (2 en la arteria descendente anterior (DA), 1 en la primera diagonal (Dx) y 3 en la coronaria derecha (CD)). El estudio de SPECT gatillado se solicitó por síntomas sugestivos de isquemia miocárdica (dolor precordial y disnea). Los factores de riesgo presentes en esta muestra fueron: 13 hipertensos (HTA), 28 tabaquistas (TQ) (8 dislipémicos (DL) asociados), 4 diabéticos (DBT) y 13 DL. De los 6 p que presentaron lesiones, 4 evidenciaron isquemia miocárdica asociada (ergometría promedio con 8.1±3 mets): los segmentos detectados fueron: 1 apical, 1 anteroapical (lesion en DA) con Score de Stress (SDS) de 2 puntos ; 1 infero-basal, 1 infero-medial y 1 infero-basal (lesión en CD) SDS: 3 puntos.

Conclusiones: Más de 10% de los p evaluados presentaron lesiones coronarias de grado leve a moderado y de esos 6 p en 4 se detecto la presencia de isquemia miocárdica pudiendo corresponder, este hallazgo, a placas de caracter inestable.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-112 / j.acamil@hotmail.com

ATENUACIÓN DE PARTES BLANDAS, COMPARACIÓN ENTRE IMÁGENES PRONAS Y SUPINAS EN LOS ESTUDIOS DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA SPECT

*Jorge Camilletti[1], Juan Erriest[1], Monica Redolatti[*1], Cecilia Beltrano[1], Diego Martinez Demaria[1], Alejandro Vilchez[1], Gustavo Vigo[2], Guillermo Sanchez Viamonte[2], Victor Arregui[2]*

[1]Hospital Italiano La Plata, La Plata, [2]Hospital Italiano La Plata, 51 e 29 y 30, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: En los estudios de cardiología nuclear en particular, el fenómeno de atenuacion adquiere especial relevancia. Una fuente de artefactos de atenuación son las mamas en las mujeres y la atenuación diafragmática en el hombre. La posicion supina, es la más aceptada como aquella que produce menos artefactos. La posición prona tiene el beneficio que el paciente (p) tiende a moverse menos y presentan menor atenuación de la cara inferior.

Objetivo: 1-Analizar las imágenes pronas y supinas de la población con índice masa corporal (IMC) > 25, con estudios SPECT normales o equívocos. 2-Prevalencia de los artefactos de atenuación según sexo y la posición utilizada. Definir la posición con menor artefacto de atenuación.

Material y Método: Se realizó un análisis prospectivo de 20 p consecutivos remitidos a la Sección de Medicina Nuclear con EC conocida o sospechada, para realizarse un EPM de esfuerzo y reposo, en posición prona y supina. Se incluyeron p con IMC > 25, que presentaron un EPM normal o equívoco Se identificaron los distintos artefactos de atenuacion. Se dividió a la población según el sexo, se analizaron las características clínicas, lo resultados de las pruebas ergométricas y las imágenes de perfusión en forma semicuantitativa utilizando el score de Suma de Stress (SSS), Score de Suma de Reposo (SRS) y Score de Suma de Diferencia (SDS).

Resultado: Se analizaron 20 p, sexo femenino 65% (13p) y masculino 35% (7p). Edad 58,5 años +/- 13,1. IMC 32,2 +/-5,2. Las variables de esfuerzo: METS 6,3+/- 1,3,% frecuencia cardiaca fue 88,5% +/- 7,7, la fracción de eyección de VI 61%+/-4,1. El 15% (3p) tuvieron un EPM normal, mientras que el 85% (17p) presento algún tipo de defecto de perfusión. En 7 (100%) p de sexo masculino presentaron defectos leves en la cara inferior en la posición supina, con reversibilidad en 4 (57%) de los segmentos en las imágenes pronas. 2p (28%) presentaron defectos de perfusión leves en la cara anterior en las imágenes pronas, corrigiendo el defecto en el 100% en la posición supina. En cuanto al sexo femenino, el 50% (5p) presentaron defectos en cara inferior en las imágenes supinas, corrigiendo dicha alteración en el 100% de las p en la imagen prona. En la adquisición en posición supina 20% (2p) presentaron un defecto en la cara anterior, observándose un incremento en la frecuencia de aparición del defecto de atenuación en las imágenes pronas 40% (4p).

Conclusiones: En nuestra población de p con IMC > 25, encontramos menor incidencia de artefactos de atenuación en la posicion prona en el sexo masculino y en posicion supina en el sexo femenino. Las distintos decúbitos no corrigen en forma absoluta los artefactos de atenuación.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-204 / aastesiano@hotmail.com

UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA MULTIDETECTOR SINCRONIZADA CON ECG PARA LA EVALUACIÓN DEL DIÁMETRO DURANTE EL CICLO CARDÍACO EN LAS ANOMALÍAS CORONARIAS

*Alfredo Astesiano[*1], Andres Donadi[1]*

[1]Fundacion Escuela De Medicina Nuclear, Mendoza, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Aportar a la tomografía multidetector una herramienta útil para la evaluación del diámetro de las arterias coronarias en las fases del ciclo cardíaco, mediante el sincronizado con el electrocardiograma. Se presentan dos casos clínicos, de pacientes jóvenes, deportistas, que debutan con muerte súbita. En el algoritmo diagnóstico se utiliza la tomografía multicorte, la cual evidencia en un caso puente muscular en coronaria descendente anterior y en otro caso origen anómalo de coronaria derecha en seno coronario izquierdo, con trayecto inter arterial (entre aorta y pulmonar). Se plantea la presencia de la disminución en la luz de los vasos coronarios durante la sístole como probable causa isquémica, que desencadena la arritmia ventricular.

Material y Método: Presentación de caso clínico y revisión de tema. Adquisición de imágenes con Tomógrafo Brilliance Multicorte de 64 cortes, sincronizado con onda r de electrocardiograma. Administración de material de contraste iodado (110 ml a 4 ml/seg) a una frecuencia cardíaca menor a 70 latidos por minuto. Se procesaron las imágenes por separado, primero la diástole y luego la sístole. Reconstrucción de imágenes e identificación del trayecto de las coronarias anómalas. Comparación de imágenes en conjunto.

Resultado: Mediante la angiocoronariografía por tomografía multicorte se identificó el origen anómalo de la arteria coronaria derecha y su trayecto proximal entre los grandes vasos torácicos, y la presencia de puente miocárdico en tercio medio de arteria coronaria descendente anterior. La sincronización con el ECG permitió la medición del trayecto estenótico durante la fase sistólica del ciclo cardíaco.

Conclusiones: La presencia de coronarias anómalas es un hallazgo infrecuente. Pueden asociarse a isquemia miocárdica, sobre todo durante la sístole ventricular y generar arritmias ventriculares graves y muerte súbita. Plantea grandes desafíos para su detección durante los estudios cardiológicos de rutina, sobre todo en pacientes jóvenes, deportistas y sin factores de riesgos cardiovasculares. El gold Standard es la cinecoronariografía. Actualmente juegan un rol en aumento los métodos diagnósticos no invasivos como la resonancia magnética nuclear y la angio tomografía multicorte. En el presente estudio se plantea la utilidad de esta última, sincronizando las imágenes con el electrocardiograma con el fin de visualizar el trayecto coronario en todas las fases del ciclo cardíaco. Esto permite identificar, con gran resolución temporal y espacial la presencia de anomalías coronarias y la disminución en la luz de los vasos, principalmente durante la sístole ventricular.

1. IMÁGENES Y TECNOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

FAC2015-145 / sebawolff@gmail.com

SEGURIDAD DEL ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO COMO GUIA PARA BIOPSIA ENDOCÁRDICA EN PACIENTES POST-TRANSPLANTE CARDÍACO

*Sebastian Wolff[*1], david wolff[1], manuel rodriguez[1], Guillermo Bortman[1], Sergio Perrone[1], Claudio Burgos[1] and Hospital Italiano de Mendoza*

[1]Hospital Italiano de Mendoza, mendoza, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar la seguridad del ecocardiograma transtorácico para la realización de biopsias endocárdicas (BE)

Material y Método: Estudio observacional, retrospectivo sobre BE en Transplantados cardíacos guiada por ecocardiografía transtorácica. De Noviembre del 2004 a Noviembre del 2013 se sometieron 117 pacientes a 2272 BE, se analiza edad, sexo, diagnóstico, número de biopsias/paciente, calidad de las muestras, complicaciones, resultado anatomopatológico de las muestras y reporte de patología. La indicación clínica está basada en las guías de prácticas clínicas de la sociedad internacional de transplante cardíaco y pulmonar. Se realizó punción de vena yugular interna derecha. Se utilizaron biótomos de Schultz Caves de 8 French o un biótomo Cordis Bipal de 7 French. El avance del biótomo fue controlado por eco 2D a través de la aurícula derecha y la válvula tricúspide en la misma cama del paciente. Se utilizaron las vistas apical de 4 cámaras, subcostal y paraesternal con el paciente en decúbito supino. La vista más satisfactoria resultó ser la apical de 4 cámaras. El biótomo se abría en el ventrículo derecho y se identificaba el contacto con la pared ventricular. La toma de biopsia se efectuaba mediante el cierre de la pinza del biótomo, extrayéndose la muestra de miocardio. Luego del procedimiento, el eco 2D descartaba directamente derrame pericárdico y otras complicaciones. Todas las biopsias fueron analizadas por microscopía óptica.

Resultado: Se evaluaron 2272 BE, 1711 en varones y 561 en mujeres, la edad media fue 51.77 +/- 13 años, obteniendo en cada procedimiento un promedio de 4 muestras. Del total de las BE, 2038 fueron tomadas en forma ambulatoria. El 100% de los procedimiento fueron guiados por Ecocardiografía 2D. Se presentaron como complicaciones hemotorax en 2 oprtunidades (0.09%) y nuemotorax en otras 2 oportunidades (0.09%). No se consiguió acceso vascular en 26 casos (1.14%) Del total de biopsias realizadas, el 48,32% se realizaron en el primer año, entre el 1er y 5to año se realizaron el 31,16%, luego del 5to año el 20.51%.

Conclusiones: Comparando la guia ecocardiográfica con la radioscopia, la primera disminuye los costos, la internación y la exposición a radiaciones, sobre todo en el primer año, momento en el cual se realiza los mayores números de BE. Las complicaciones vinculadas con la práctica son muy bajas: Neumotórax: (0.09%), Hemotorax: (0.09%) y no logro de acceso vascular: (1.16%).
La visualización del posicionamiento del biótomo sobre el septum evita el riesgo de perforación ventricular, como así también evita el daño sobre el aparato valvular tricuspídeo.
Por estas razones se considera la guia ecocardiográfica como primer elección para realizar biopsias endocárdicas.

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-126 / albacarballo_3@yahoo.com.ar

MODIFICACIONES ANTROPOMÉTRICAS CON EL ENTRENAMIENTO FÍSICO COMBINADO EN PACIENTES CORONARIOS

*Alba Carballo[*1], Liliana Ines Peralta[1], Daniel Roitenburd[1], Daniel Zivano[1], Marcelo Messina[1], Miguel Resnik[1]*

[1]Sanatorio Dr Julio Mendez, CABA, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Numerosos trabajos científicos analizan los cambios inducidos con el entrenamiento físico a través del peso (PC) e índice de masa corporal (IMC). Su aplicación en estudios epidemiológicos tiene un escaso correlato con el análisis más objetivo de las modificaciones en la composición corporal. Evaluar los cambios en la composición corporal con el entrenamiento combinado (ejercicios aeróbicos + musculación) y correlacionar los datos obtenidos con el IMC.

Material y Método: Se evaluaron 34 pacientes (p): 30 hombres y 4 mujeres edad promedio 60,26 años, con enfermedad coronaria documentada, incorporados al programa de Rehabilitación Cardiovascular de nuestra institución. A todos los p se les realizó las siguientes mediciones antropométricas: talla, peso corporal, IMC, pliegues cutáneos por plicometría con un calibre marca Lange (tricipital PT, suprailíaco PSI, abdominal PABD y muslo PMU) determinándose el porcentaje de grasa corporal (%GC) por la fórmula para 4 pliegues de la YMCA. Perímetros de bíceps relajado PER BI (R), contraído PER BI (C) a 45°, cintura PER CI, cadera PER CA y muslo PER MU fueron medidos a través de una cinta métrica flexible. Los p fueron reevaluados luego de 3 meses de entrenamiento (2 sesiones semanales) consistentes en ejercicios aeróbicos de acuerdo a capacidad funcional mediante una PEG, más trabajos de musculación en un circuito de máquinas para miembros superiores e inferiores a un porcentaje del test de una repetición máxima (1RM). Se aplicó el test de student para muestras apareadas considerándose una p estadísticamente significativa (<0,05) con un intervalo de confianza del 95%. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson (R) para el análisis entre 2 variables: IMC vs%GC.

Resultado: No se observaron modificaciones estadísticamente significativas en el PC e IMC pero sí en todos los pliegues cutáneos,%GC y perímetros musculares a excepción de PER CA. Cuando se realizó la discriminación por sexo, en el caso de las mujeres evaluadas, se observaron escasas modificaciones en los pliegues y perímetros (excepcionalmente el PER BI contraído).En este último caso, ninguna de ellas presentaba un IMC superior a 25, situación similar a la observada en los hombres con la misma categorización. La correlación entre BMI vs.% GC fue 0,7 para hombres y 0.8 para mujeres (moderadamente positiva).

Conclusiones: De acuerdo a los datos obtenidos, debería incorporarse otras mediciones antropométricas para obtener mejores conclusiones sobre los cambios a través de un programa de entrenamiento, particularmente en aquellos cuyo IMC se encuentran dentro del rango de sobrepeso u obesidad.

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-298 / fonsecmo@hotmail.com

RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON HIV

Fernando Nicolás Eric Mayo[*1], *Verónica Querejeta*[1], *Laura Delez*[1], *Lucía Marcos*[1], *Acuña Matías*[1], *Gabriela Ranchilio*[1], *Magdalena Defeo*[1]

[1]HIGA Rossi, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: •Conocer el riesgo cardiovascular (RCV) usando scores avalados en una muestra de pacientes portadores de HIV y seguidos por consultorio externo del servicio de Infectología del hospital. Sabiendo desde el comienzo que la activación inflamatoria y la dislipemia secundaria al tratamiento antiretroviral condicionan un riesgo de mortalidad cardiovascular (CV) mayor a la población general. •Establecer qué porcentaje de ese riesgo sería reversible con un proyecto de intervención, dado que en este grupo de pacientes muchos factores de riesgo modificables son exacerbados por el propio tratamiento antiretroviral.

Material y Método: se obtuvieron los datos a través de entrevista a pacientes voluntarios, se registraron valores antropométricos, tensión arterial y evaluaron laboratorios con perfil lipídico actual. También se recolectaron datos de historias clínicas de pacientes seguidos por consultorio externo de Infectología. El estudio se realizó entre Marzo y Septiembre de 2014. Se volcaron los datos en planilla de cálculo Excel para facilitar el procesamiento y obtener los resultados. Para el cálculo del RCV se utilizó la calculadora de riesgo recomendada por la AHA (American Heart Association) "Omnibus Risk Estimator" (ORE) y el score de Framingham por categorías

Resultado: la muestra constó de 85 pacientes, de los cuales 44 fueron varones (52%) y 41 mujeres (48%). Con una edad promedio de 43 años, un rango etáreo entre 22 a 59 años. El riesgo de mortalidad CV para toda la vida calculado con el ORE fue de 40.7%, el cual podría ser disminuido a 6.44% si se controlaran los factores de riesgo modificables (principalmente la dislipemia). El porcentaje de sufrir enfermedad coronaria a 10 años según el método Framingham por categorías es para mujeres no fumadoras 3.8%, hombres no fumadores 4.7%, mujeres fumadoras 5.07% y hombres fumadores 7.8% (incluídos en la categoría riesgo latente). En cuanto a las dislipemias en general más de un tercio de los pacientes tenían niveles de lípidos elevados; el 36% eran portadores de hipercolesterolemia, el 42% de hipertrigliceridemia y 34% contaban con valores bajos de colesterolHDL.

Conclusiones: del análisis de los resultados se evidencia que identificar a los pacientes portadores de HIV y con factores de CV, ayudaría a mejorar la salud de los mismos. Deben efectuarse estrategias específicas para disminuir el riesgo CV prematuro haciendo énfasis en el control de las dislipemias, dado que en muchos casos suele ser un efecto secundario al tratamiento para HIV. El manejo especial, integral y preventivo de este grupo de pacientes puede lograr una disminución objetiva y considerable de la mortalidad CV a largo plazo.

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-319 / hugoreneschwab@gmail.com

DISFUNCION DIASTOLICA ASOCIADA A PRESION DIFERENCIAL POR MONITOREO AMBULATORIO DE PRESION ARTERIAL EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL PRIMARIA

Hugo Schwab[*1], *Pablo Nasca*[1], *paola tejerina*[2], *francisco gallego heras*[2]

[1]Centro Privado de Cardiología, San Miguel de Tucumán, [2]centro privado de Cardiología, tucuman, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Determinar la relación entre la presión diferencial (pd) promedio por monitoreo ambulatorio de presión arterial (mapa) y parámetros de disfunción diastólica mediante ecocardiografia doppler en un grupo de pacientes con hipertensión arterial primaria (HTA).

Material y Método: se realizo un estudio descriptivo de corte transversal donde se incluyeron 70 pacientes con una media de edad de 57 años, sexo masculino 45%, durante el periodo marzo 2014 a enero 2015, todos con hta primaria que recibían drogas antihipertensivas, a los cuales se les realizo mapa para determinar la pd promedio en mmhg en 24 horas y ecodoppler cardiaco para evaluar la función diastólica mediante el análisis del flujograma mitral (velocidad en cm/seg de las onda e, onda a y relación e/a) y del doppler tisular pulsado a nivel del anillo lateral mitral (onda e' y relación e/e'). Se realizo correlacion entre la pd por mapa y la velocidad de las ondas e y a del flujograma mitral, del cociente e/a como asi también con la velocidad de la onda e' y la relación e/e' de doppler pulsado tisular, como variables continuas utilizando el test de correlacion de pearson.

Resultado: un 41% presentaron un pd >50 mmhg, 57% patrón non-dipper, la droga mas utilizada fue el enalapril 45%, los coeficientes de correlacion fueron los siguientes: entre pd y onda e': -0.29, entre pd y relación e/e': 0.25, entre pd y onda e mitral: -0.02, entre pd y onda a mitral: 0.40, entre pd y relación e/a: -0.36.

Conclusiones: en el grupo de pacientes evaluados se evidencio una correlacion entre el incremento de los valores de presión diferencial promedio por mapa y una disminución de la velocidad de la onda a del flujograma mitral con mayor inversión del cociente e/a como asi también menor velocidad de la onda e' con el doppler tisular pulsado con el respectivo incremento en la relación e/e', es decir todos parámetros indicativos de disfunción diastolica.

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-399 / gzssebastian@hotmail.com

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA MUESTRA NO ALEATORIZADA DE ADULTOS DE LA CIUDAD DE ROSARIO

Sebastián García Zamora[*1], *Diego Bértola*[2], *Natalia Panero*[3], *Bruno Guarino*[4], *Alcides Greca*[5] *and En nombre del grupo de trabajo del Proyecto "Menos sal, más vida"*

[1]Residente de Cardiología Hospital de Clínicas "José de San Martín", Capital Federal, [2]Instructor de Residentes de Clínica Médica, Hospital Provincial del Centenario, Rosario, [3]Residente de Pediatría Hospital Escuela "Eva Perón", Granadero Baigorria, Rosario, [4]Ex Jefe de Residentes de Cardiología, Hospital de Clínicas "José de San Martín", Capital Federal, [5]Profesor Titular 1° Cátedra de Clínica Médica y Jefe de Servicio, Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de morbimortalidad en adultos de todo el mundo. Si bien ha progresado su conocimiento, disponiendo de más y mejores estrategias terapéuticas, todavía su control es insuficiente.

Objetivo: Estimar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en una muestra de adultos de la ciudad de Rosario, y las intervenciones implementadas sobre los mismos.

Material y Método: Estudio prospectivo transversal con muestreo no probabilístico por conveniencia llevado a cabo en los distritos municipales de la ciudad, en el contexto del proyecto de extensión a la comunidad "menos sal, más vida" organizado por la 1° Cátedra de Clínica y la secretaría de Extensión de la Facultad de Medicina, UNR. Se encuestaron 775 personas mayores de 18 años que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado.

Resultado: El 57,1% de los participantes fueron mujeres; el promedio de edad fue de 48,1 años. El 75,5% tenían obra social, y 68,7% tenían un nivel de instrucción igual o superior a escuela secundaria completa. El 29,8% era tabaquista y 20% eran ex tabaquistas; el promedio de cigarrillos fumados por día fue de 13,3 entre fumadores y 17,7 en ex tabaquistas (p=0,001). El 61,5% de los fumadores recibió consejo para dejar de fumar durante el año previo, asociándose esto positivamente con el intento por lograrlo (p=0,009). Asimismo encontramos una correlación entre el inicio más temprano de la práctica tabáquica y el número de cigarrillos consumidos (p=0,023). Un 27,9% refirió ser hipertensos (HTA) y 57,9% manifestó tener al menos un familiar de 1° orden HTA; existió asociación entre poseer el antecedente, y el diagnóstico de esta patología(p<0,001). Como otros factores de riesgo basados en el auto-reporte encontramos 6,5% de diabetes y 14,5% de dislipemia. En lo que respecta a prevención cardiovascular, a 27,7% de los participantes se les había aconsejado que regulasen el consumo de sal, a 22,9% que mantuvieran una dieta equilibrada, a 20,5% que bajasen de peso y a 27% que realizaran actividad física. Todos estos consejos fueron más frecuentemente efectuados a sujetos con alguna patología (p=0,001). Por otra parte, el 89,4% de los pacientes se encontraban recibiendo al menos un fármaco antihipertensivo.

Conclusiones: La prevalencia de FRCV hallada fue similar a la comunicada en grandes series nacionales e internacionales. Evidenciamos una menor frecuencia de intervenciones no farmacológicas respecto a las farmacológicas, siendo más acentuado en sujetos sin patologías conocidas. Esto podría influenciar el impacto de medidas de prevención cardiovascular.

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-183 / carlos.lamas1@gmail.com

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN LA CIUDAD DE FUNES –SANTA FE¬- ARGENTINA

carlos lamas[*1], *juan beloscar*[1] *and Bioq. Bibiana Restifo. Sra. Andrea Gallardo. Secretaría de Salud Pública de Funes*

[1]Sociedad de cardiología de Rosario, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Introducción: Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en el mundo. En Argentina, producen más del 30% de las muertes anuales. Existe numerosa evidencia científica que éstas, son prevenibles en gran medida a través del control y el manejo de los llamados factores de riesgo cardiovasculares. En la región el último estudio de prevalencia de factores de riesgo de tres pasos fue el Faros en 1994. Resulta imprescindible, estimar la prevalencia de los mismos en nuestra población. Objetivo principal: Estimar la prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares en la población mayor de 18 años en la ciudad de Funes.

Material y Método: Se tomó una muestra aleatoria del padrón de electores de la ciudad y se reclutaron entre Setiembre de 2011 y Diciembre de 2014, 379 personas (173 varones y 206 mujeres) que completaron encuesta, toma de tensión arterial, peso, talla, perímetro de cintura, y de ellas, 374 realizaron laboratorio de colesterol total, hdl, ldl, triglicéridos y glicemia.

Resultado: El promedio de tensión sistólica global fue de 130,28 (DE 17,58).Media tensión diastólica 79,40 (DE 11,04) Hubo diferencias significativas en ambos promedios de varones y mujeres (p=,0001).La prevalencia de hipertensión global fue de (30,08% +/- 4,57), sistólica: (24,01% +/- 4,26), diastólica (19,79% +/- 3,97). Fumadores varones (32,90% +/- 4,68), fumadoras mujeres (27,70%+/- 4,46) siendo estas diferencias no significativas (p= 0,430).El (70,71% +/- 4,53) realiza actividad física, sin embargo sólo el (23,2% +/- 4,20) realiza actividad física moderada y (11,3% +/- 3,15) actividad física intensa de acuerdo a recomendaciones saludables. Promedio de colesterol total (1,84 g/l DE 0,35) sin diferencias por sexo (p=0,839).Colesterol mayor a 2 g/l (29,4%+/-4,54). HDL promedio (0,56 g/l DE 0,1) varones (0,53 DE0,09), mujeres (0,59 DE0,10) valor de p=,0001. HDL deseable (94,7%+/- 2,23) y (84,2%+/-3,63) varones y mujeres respectivamente. LDL media varones (1,0857 g/l DE 0,30), mujeres (1,0870 g/l DE 0,28). P=0,738.LDL deseable (76,6% +/-4,22) y (80,3%+/-3,96) varones y mujeres respectivamente. TGD promedio (1,06 g/l DE0,63)TGD deseable (85,3%+/-3,53).Perímetro de cintura mayor 88cm mujeres (49,8%+/-4,98),mayor de 102cm hombres(46,8%+/-4,97)Glicemia en ayunas promedio(0,96 g/l DE0,29).El (5,9%+/-2,3) presentaba diabetes y el mismo porcentaje hiperglicemia.13 personas(3,43%+/-1,81)tuvieron un evento cardiovascular. El (71,2%+/-4,51) tenían sobrepeso u obesidad de acuerdo al índice de masa corporal.

Conclusiones: Entre los factores de riesgo con mayor prevalencia en este estudio se encuentran el sobrepeso/obesidad, perímetro de cintura, tabaquismo, hipertensión arterial, nivel de colesterol total y sedentarismo.

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-333 / fonsecmo@hotmail.com

IMPACTO DEL ACCESO A LA SALUD SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS TRABAJADORES HOSPITALARIOS

Fernando Nicolás Eric Mayo[*1], *Veronica Querejeta*[1], *Laura Delez*[1], *Marcos Lucia*[1], *Matias Acuña*[1], *Gabriela Ranchilio*[1], *Magdalena Defeo*[1]

[1]HIGA Rossi, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Determinar la prevalencia y características de la HTA (hipertensión arterial) en los trabajadores hospitalarios del HIGA Rossi (profesionales y no profesionales); una población sin barreras de accesibilidad a la salud y correlacionarla con bibliografía actual existente sobre el tema en nuestro país. (registro multicéntrico RENATA 2011)

Material y Método: Se relevaron los datos a través de interrogatorio guiado por planillas preformadas y se registró la tensión arterial TA (2 tomas con tensiómetro aneroide marca Hand) a los trabajadores que se ofrecieron voluntariamente en nuestro Hospital entre Junio y Agosto de 2013 inclusive. Se utilizó la clasificación del JOINT VII de HTA. Posteriormente se volcaron los datos a formato digital (planillas excel) para facilitar su procesamiento

Resultado: Del total de la muestra (200 individuos) 67% mujeres y el 32% varones. La media de edad fue de 40,74 años (rango etáreo 20-65 años). La prevalencia de HTA en los trabajadores fue de 25% (50p). El diagnóstico conocido de HTA previo a los registros, alcanzó 21% (42p). Dentro de los que se conocían hipertensos 73,8% (31p) recibían tratamiento médico con monodroga y los niveles de control de HTA llegaron a un 74,2% (23p). La prevalencia de pre-HTA fue 34.5%

Conclusiones: De los resultados se desprende que la prevalencia de HTA resultó ser levemente inferior a la de otras poblaciones analizadas en nuestro país (registro RENATA) con un 25% de prevalencia versus 33.5%. La media de edad de las muestras fue similar con 40.74 años versus 43.7 en RENATA. A diferencia del registro oficial el porcentaje de desconocimiento de HTA fue menor, 16% hospitalario contra 37.2% en la población general. Dentro de los que se conocían hipertensos, el número de pacientes tratados fue mayor (74% versus 56%) y de ellos, el control fue superior con un 74.2% contra un 26.5% del registro Renata. Estos datos reflejarían como disminución de barreras de accesibilidad tiene impacto innegable en las variables de salud de la población

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-257 / augusto.vicario@gmail.com

REGISTRO DEL ESTADO COGNITIVO EN PACIENTES HIPERTENSOS. ESTUDIO CORAZON-CEREBRO EN ARGENTINA

Augusto Vicario[*1], *Gustavo Cerezo*[1], *Mildren del Sueldo*[1], *Alejandro De Cerchio*[1], *Judith Zilberman*[1], *Pedro Forcada*[1], *Nestor Lodolo*[1], *Rosa María Ruffa*[1], *Ricardo Plunkett*[1], *Sergio Havad*[1] *and Investigadores del Estudio Corazón-Cerebro*

[1]Federación Argentina de Cardiología, CABA, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Estudio epidemiológico, trasnversal, observacional y multicéntrico (18 centros de cardiología) distribuidos en 5 de las 7 regiones de la Argentina.

Material y Método: Se incluyeron 1281 pacientes hipertensos, ≥21 años de ambos sexos que asistieron al consultorio de cardiología. Se utilizó una encuesta validada con respuestas cerradas (historia familiar, factores de riesgo vascular, medicación, etc.). La presión arterial fue registrada acorde con las normas internacionales. La muestra fue dividida en dos grupos: tratados/controlados (≤140 y ≤90 mm Hg) y tratados/no-controlados (>140 y >90 mm Hg). Se registraron datos antropométricos y perfil bioquímico. De acuerdo a la educación se dividio la muestra en 7 niveles: sin educación y educación primaria, secundaria o terciaria/universitaria, completa o incompleta. El estado cognitivo fue evaluado mediante el Minimo Examen Cognitivo (MEC) que incluye: Mini-Mental test (MMT) (global cognition), test del Reloja la Orden (TRO) (función ejecutiva), test de Benton (orientación temporal), mini-Boston (mBT) (memoria semántica). Los puntos de corte fueron: 1) MMT ≤24 pts., TRO ≤5 pts., mBT ≤9 pts. (solo en pacientes ≥60 años con +7 años de educación). El test de Benton no tiene punto de corte (dicotómico). Los resultados fueron ajustados por edad, sexo y nivel de educación.

Resultado: El promedio de edad de la muestra fue 60,2±13,5 años, 71% mujeres (n=881). In the treated /controlled group (n=581; 46.8%) the BP (SBP 125.2±10.6 mm Hg and DBP 75.6±8.6 mm Hg) was lower than treated uncontrolled group (SBP 158.3±15.9 mm Hg and DBP 88.6±15.3 mm Hg) (p <0.001). El 22.1% (n=275) presentó compromiso de la cognición global (MMT), 36.2% (n=450) disfunción ejecutiva (TRO anormal) y el 48.9% (n=607) compromiso de la memoria semántica (mBT anormal). En el análisis de varianza la presión de pulso (PP) elevada fue asociada con peores resultados en el TRO (<0.0036) y en el mBT (<0.001). Pero, en el modelo de regresión logística, después de ajustar los resultados por edad, sexo y educación, el mBT fue el único test asociado con la PA elevada (OR=1.36; CI 95%, 1.04-1.75p=0.021).

Conclusiones: En la muestra el compromiso de la memoria semántica (función cortical) fue más prevalente que la disfunción ejecutiva (función sub-cortical). El mBT fue único test asociado con PA elevada en el grupo tratado/no-controlado. La observación que, la hipertensión arterial impacta sobre las estructuras corticales del cerebro tanto como sobre las sub-corticales (sustancia blanca) abre la especulación sobre el papel que la injuria vascular del cerebro podría presentar en el desarrollo y evolución de la demencia neurodegenerativa (Alzheimer).

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-125 / albacarballo_3@yahoo.com.ar

EFECTOS DE LA EDAD SOBRE EL ENTRENAMIENTO FÍSICO EN EQUILIBRIO ESTÁTICO Y DINÁMICO EN PACIENTES CORONARIOS

Liliana Ines Peralta[*1], *Alba Carballo*[1], *Sergio Taurozzi*[1], *Flavia Saccone*[1], *Leopoldo Puga*[1], *Miguel Resnik*[1]

[1]Sanatorio Dr Julio Mendez, Caba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Tradicionalmente, los programas de Rehabilitación Cardiovascular (RCV) centran su entrenamiento físico en los trabajos aeróbicos, relegando otros aspectos esenciales en la condición física, más aún con la presencia de pacientes (p) con edad avanzada que presentan un mayor riesgo de complicaciones ortopédicas, de equilibrio y coordinación motora que los expone a un mayor número de caídas. Evaluar el efecto del entrenamiento físico especifico sobre el equilibrio estático y dinámico y analizar las respuestas de acuerdo al grupo etario.

Material y Método: Se evaluaron 34 p (30 hombres y 4 mujeres) con enfermedad coronaria documentada incorporados al programa de RCV, con una edad promedio de 60,26 años (rango etario 47-77). Todos se encontraban clínicamente estables, con tratamiento médico. Todos ellos desarrollaron diferentes pruebas de equilibrio estático: equilibrio unipedal para ambos miembros inferiores: MII-MID (TEQ), test funcional (TF), y dinámico: ir y volver a 2,5 metros de distancia (I y V 2,5). Luego de 3 meses de entrenamiento físico consistente en 2 estímulos semanales, con ejercicios combinados (aeróbicos-musculación), de acondicionamiento muscular, flexibilidad, equilibrio, sensopercepción y coordinación motora, los p fueron reevaluados. Se aplicó el test de student para muestras apareadas considerando una p estadisticamente significativa (P<0.05), con un intervalo de confianza del 95%.

Resultado: Los p fueron distribuidos en grupos etarios por cuartilos: 40-49 (1), 50-59 (2), 60-69 (3) y 70-79 años (4) y se analizaron los resultados de acuerdo a sexo y edad. Todos ellos mejoraron con el entrenamiento físico, con cambios estadísticamente significativos para todas las pruebas en los grupos 2 y 3; en el grupo 4 menos el TEQ MII y en el rango de edades más jóvenes sólo se modificó en forma significativa TEQ MID. En el análisis por sexo, no se presentaron modificaciones sustanciales en cuanto a sus resultados en relación a nuestra población general evaluada.

Conclusiones: De acuerdo a los resultados obtenidos, se ha podido observar una tendencia decreciente en las diferentes pruebas a partir de los 60 años previo al entrenamiento, con una mejoría franca luego del mismo, tanto en el equilibrio estático como dinámico particularmente a partir de los 50 años. Dichos cambios resultan de suma importancia para mejorar la calidad de vida en forma integral, particularmente en sujetos con edad avanzada que están más expuestos a trastornos en el equilibrio y coordinación motora. Los riesgos de complicaciones severas osteo-articulo-musculares podrán ser objeto de análisis en un estudio prospectivo con un mayor número de pacientes.

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-158 / alejandrovilchez@icloud.com

EFICIENCIA TECNICA DE PEDALEO Y RENDIMIENTO EN ERGOMETRÍA

Alejandro Javier Vilchez[*1], *Julian Giraldez*[2], *Ruben Argemi*[2], *Camilletti Jorge*[1], *Victor Arregui*[2]

[1]Hospital italiano de La Plata, [2]CEMDDE, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Una mayor eficiencia de pedaleo P. puede generar más fuerza con menor stress muscular y menor fatiga. El cambio del patrón de reclutamiento motor puede ser objetivado en el power-output generado. Poder medir el torque en cada momento de la pedalada permite diferenciar patrones motores de P que pueden estar asociados a un mayor o menor rendimiento. Objetivos. Evaluar si una mayor eficiencia de P en ciclistas se asocia a mejores resultados en una ergometría.

Material y Método: Se evaluaron 28 deportistas, ciclistas y triatletas de competencia de diferente nivel con un quipo Computrainer en el cual se monta la bicicleta (B)del atleta a un rodillo provisto de un dínamo conectado a una PC con el software de análisis. Se colocan sensores en la B que son capaces de monitorear la velocidad, rpm del pedal, el torque, medido cada 15°, y la eficiencia. Así mismo se puede medir la fuerza generada y la eficiencia de cada pierna individualmente. La eficiencia del pedaleo SpinScan SS, se define como el promedio del torque dividido por el máximo torque multiplicado por 100.

Resultado: Los deportistas fueron 26 varones y 2 mujeres, promedio de edad 31,5±11,45 años power-output generado 348,96±59,12watt, 5,082watt/kg±0,86. El SS promedio fue de 56,6346±12,02. Al dividir la población en dos grupos, G1 conSS≤41 y G2 SS≥41 se encontraron diferencias de rendimiento. El G2 tenía una diferencia significativa respecto del G1 en carga generada en el esfuerzo 357,55±58,312 Vs 301,75±26,7 (4,05±1,25Vs 5,27± 0,781W/Kg p=0,01), sin existir diferencias en los demás parámetros analizados. No hubo diferencias significativas en el SS ni en la fuerza de la pierna derecha Vs izquierda.

Conclusiones: En la ergometría realizada a ciclistas, el análisis biomecánico del pedaleo permitió diferenciar dos grupos de diferente rendimiento. Se desprende que la valoración de la eficiencia técnica permite ayudar a mejorar el entrenamiento para lograr mejores resultados.

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-113 / drpablocorral@gmail.com

HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA; ESTRATEGIA DE DETECCIÓN POR SCREENING (CRIBADO) EN CASCADA FAMILIAR

Pablo Corral[*1]

[1]ICM. Universidad FASTA, Mar del Plata, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: La Hipercolesterolemia Familiar (HF) heterocigota constituye un claro ejemplo de una patología sub-diagnosticada y sub-tratada. A su vez, al tener un patrón de herencia autosómica dominante con penetrancia cercana al 100%, es imperativo el screening o cribado en su descendencia.

El presente trabajo tiene como objetivo describir, a propósito de un caso clínico, el método de cribado en cascada familiar para el diagnóstico de casos de HF heterocigota.

Material y Método: A partir de un caso índice (CI) detectado (mujer de 54 años), fueron estudiados sus cinco hermanos; un sexto hermano había fallecido a la edad de 39 años de un infarto agudo de miocardio. Cuatro de los cinco hermanos estudiados tuvieron diagnóstico de HF. A su vez, una hija del CI fue diagnosticada y cinco sobrinos, hijos de sus diferentes hermanos con HF también lograron detectarse. Por último, dos sobrinos nietos del CI también cumplieron criterios para el diagnóstico de HF.

Resultado: Doce nuevos casos de HF fueron detectados a partir del CI. Cuatro hermanos, una hija, cinco sobrinos y dos sobrinos nietos. Retrospectivamente se estableció el diagnóstico post-mortem de un hermano del CI.Los pacientes adultos fueron estudiados y tratados. Uno de los hermanos, al ser estudiado, fue sometido a tratamiento de dos lesiones coronarias severas por angioplastia. Se realizaron recomendaciones higiénico dietéticas y consejo genético a todos los pacientes de la familia con diagnóstico de HF.

Conclusiones: La HF, como enfermedad monogénica, autosómica dominante, tiene la característica de poder ser detectada a temprana edad a partir de un CI detectado. El screening o cribado en cascada familiar tiene clara evidencia de ser costo-efectivo y permite detectar nuevos pacientes, estudiarlos, tratarlos y finalmente, realizar consejo genético a fin de prevenir posibles casos más graves en la descendencia, como son las formas homocigotas de la HF.

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-175 / testa@sion.com

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN POBLACIÓN DOMICILIADA EN CABA Y NORTE BONAERENSE

Luciano Acuña[*1], *Luisa Gimenez*[1], *Jorge Mitelman*[1], *Natalia Carro*[2], *Ahmad Sabra*[2], *Raul Chadi*[2], *Liliana Rocamora*[2], *Karina Palacios*[2], *Ricardo Pesce*[2], *Elina Valero*[2]

[1]Instituto Universitario de Ciencias de la Salud - Fundacion H. A. Barcelo, Ciudad Autonoma de Buenos Aires, [2]Sociedad de Cardiología del Norte Bonaerense, Vicente Lopez, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La enfermedad cardiovascular (EC) se desarrolla según los caracteres hereditarios y la exposición a factores de riesgo (FRC), el medio ambiente y los estilos de vida. Dado que la mayoría de los FRC son modificables, es importante conocer su prevalencia a nivel local, para diseñar e implementar programas que apunten a disminuir su frecuencia en la población.

evaluar la prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares en población domiciliada en la CABA y conurbano norte.

Material y Método: Se realizó un estudio epidemiológico a través de una encuesta de salud transversal, con diseño muestral aleatorio y estratificación proporcional al tamaño de la población(760 personas). Se agruparon por décadas y se registraron datos demográficos, y factores de riesgo cardiovasculares.

Resultado: Obesidad Hipertensión, diabetes, son variables que aumentan linealmente con la edad, lo que puede considerarse como indicador de la mayor incidencia del síndrome metabólico principalmente a partir de la quinta década de vida.

Los factores de riesgo cardiovascular tienen un importante crecimiento a partir de los 50 años de edad.

Conclusiones: El aumento de la prevalencia de hipertensión arterial y obesidad fue proporcional a la edad de los individuos, siendo los únicos factores de riesgo cardiovascular que no disminuyeron en la tercera edad. La incidencia de tabaquismo disminuyo en los grupos de décadas avanzadas.

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-146 / polavego@gmail.com

PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 O HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Pablo Olavegogeascoechea[2], *Adriana Feltri*[1], *Carlos Ventura*[1], *Eduardo Gallucci*[2], *Jose Maria Quiroga*[*1], *Jose Allevato*[1]

[1]Facultad de Ciencias Medicas - Universidad Nacional del Comahue, Cipolletti, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: El objetivo de este estudio es conocer la percepción en pacientes con dos enfermedades crónicas como diabetes tipo 2 e hipertension arerial y comparar los hallazgos en relación a nivel socio económico, escolaridad y sitio de atención según sea éste privado o público.

Material y Método: Se trató de un estudio con diseño transversal. Se tomó un muestreo no probabilístico, con una muestra consecutiva a conveniencia de 218 encuestados, que concurrieron a atención espontánea a instituciones públicas o privadas de las Ciudades de Cipolletti y Neuquén. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de diabetes o hipertensión arterial. Se presentan los datos en forma de proporciones. Se utilizo test de Chi^2 para variables dicotómicas y regresión logística para determinar predictores de aquellas variables que arrojen significancia estadística en el análisis univariado. Se utilizó programa estadístico SPSS versión 20.

Resultado: Fueron diabéticos 128 (58,7%) de los pacientes y 90 (41,3%) hipertensos.

Del total 103 (47,2%) fueron de Instituciones Privadas y 115 (58,2%) de Institución Pública.

Cuando se realizó la comparación entre los grupos según el sitio de atención, según éste fuera público o privado; los pacientes que se atendieron en sitios privados reconocían como mínimos los síntomas de enfermedad, identificaban los parámetros de hipoglucemia o hipotensión y tenían mejor noción de la HbA1C o creatinina, en relación a aquellos que se atendieron en sitios públicos (p=0,02, p=0,02 y p=0,01 respectivamente).

Al realizar el análisis ajustando el nivel educativo a los ingresos a hogar <4000, surge que el nivel educativo secundario o mayor en relación a la noción del concepto de HbA1C o creatinina (p<0,001) fue predictor independiente.

Al comparar los pacientes diabéticos según el sitio de atención, se observó mejor conocimiento de los conceptos de HbA1C o creatinina en quienes se atendieron en lugares privados comparados con aquellos que lo hicieron en públicos (p=0,001).

Conclusiones: Nuestro estudio muestra que los pacientes con diagnóstico de diabetes o hipertensión arterial tienen un nivel de precepción de enfermedad insuficiente. La atención en sitios públicos y el nivel de escolaridad mas bajo se evidenciaron como marcadores de peor percepción de enfermedad en este estudio.

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-238 / deaimone@hotmail.com

EXPERIENCIA INICIAL EN LA CONSTRUCCION DE UNA RED PARA SEGUIMIENTO Y DETECCION DE DISLIPEMIAS GRAVES EN DISTINTAS AREAS GEOGRAFICAS DEL PAIS

Daniel Aimone[*1], *Eduardo Esteban*[2], *Torchia Agustin*[3], *Gustavo Vega*[3], *Mariano Romero*[4], *Jorge Bocian*[5], *Carlos Cuneo*[6], *Maribe Araujo*[7], *Carlos Olivello*[8], *Cesar Chuequel*[9]

[1]Hospital El Cruce Alta Complejidad en Red Dr Nestor Kirchner, Av Calchaqui 5401 Florencio Varela, [2]Sociedad Argentina de Lipidos, CABA, [3]Hospital El Carmen, Mendoza, [4]Instituto Cardiología de Corrientes, Corrientes, [5]San Carlos Bariloche, Bariloche, [6]Hospital San Bernardo, Salta, [7]Hospital Garrahan, CABA, [8]Direccion Enfermedades Cronicas, Resistencia Chaco, [9]Hospital de Posadas, Posadas, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Mostrar la experiencia en la construcción de una Red que represente diversas areas geográficas del país como instrumento que mejore la accesibilidad a la información, prevención, dignóstico precoz y seguimiento de pacientes con dislipemias de alto riesgo, como mecanismo para revertir el subdiagnóstico y subtratamiento de un factor de riesgo fundamental en la morbimortalidad cardivascular, con especial en poblacion joven.

Material y Método: Se realizó un primer encuentro presencial en Marzo de 2014, en el Hospital Alta complejidad El Cruce, reuniendo médicos provenientes de centros públicos de Jujuy, Salta, Misiones, Chaco, Corrientes, Mendoza, Rio Negro y Buenos Aires. Se discutieron estrategias de detección precoz, intercambio de información, actualización bibliografica en dislipemias primarias. Se desarrolló una planilla de recolección de datos, (anonimizada), para realizar una prueba piloto de un registro en los diversos centros que pueda compartirse en forma trasversal. Se propuso registrar edades entre 18 y 45 años, pacientes con eventos vasculares mayores (IAM, ACV, Arteriopatía periferica) y registrar su nivel de LDL, presencia de tratamiento hipolipemiante, y presencia de Xantomas o arco corneal. Se compartieron los datos registrados entre Abril a Diciembre de 2014. Se realizaron dos contactos presenciales de seguimiento, en los congresos de FAC y SAC.

Resultado: N: 63, (51 hombres,12 mujeres), media de edad 42 años, 31% de los hombres recibieron colocación de Stent, contra 10% para las mujeres, la media de LDL fue 202 mg/dl para los hombres y 195 mg/dl en las mujeres, 20% del total de la muestra tenía algun tipo de hipolipemiante previo al registro. 3 pacientes (hombres) mostraron presencia de Xantomas y arco corneal.

Conclusiones: Las dislipemias severas actualmente son el paradigma de las posibilidades del diagnóstico precoz y los beneficios de la actitud activa en la pesquisa de la enfermedad y en especial las primarias son un exelente modelo de los indiscutibles beneficios de la prevención en la enfermedad cardiovascular. El trabajo en Red ofrece las mejores posibilidades para tratar de disminuir la brecha del subdiagnostico y hacerlo entre los diversos centros en condiciones de equidad. **Nota:** La puesta en marcha entre las diversas provincias se realizó mediante un grant educacional de Aegerion farmaceutica, con total independencia y ética a la hora del la elección de los centros y desarrollo del temario y objetivos.

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-252 / robertoflores-77@hotmail.com

SEGUIMEINTO DURANTE 5 AÑOS A PACIENTES HIPERTENSOS DE LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SANTIAGO DEL ESTERO, ARGENTINA

Roberto Antonio Flores[*1]

[1]Universidad Nacional de Santiago del Estero, Santiago del Estero, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Realizar el seguimiento y control de los pacientes hipertensos, y demostrar el impacto de ciertos factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en las cifras tensionales de dichos pacientes.

Material y Método: El presente es un trabajo cuantitativo, descriptivo y longitudinal, que se inció en Diciembre del 2008, registrándose las cifras tensionales y el control de los factores de riesgo y sus modificaciones, en la Unidad de Atención Primaria de la Salud. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, obesidad, sedentarismo, tabaquismo. Al inicio del estudio se les sugirió a los pacientes que realizarán caminatas de por lo menos 30 minutos diarios y que continuaran con dieta hiposódica e hipolipídica.

Resultado: : El total de consultas fueron 3542, 1 vez por mes durante los 5 años del estudio. Se registraron 3542 controles de tensión arterial, y del peso, y se interrogo sobre el tabaquismo y la actividad física. Las cifras tensionales en promedio al inicio del estudio fue de 150/90 mm Hg, al finalizar fue de 135/80 mm Hg en el 40% de los pacientes hipertensos. Según la edad: de 20 – 29: 06, de 30 – 39: 22, de 40 – 49: 07, de 50 – 59: 11, de 60- 69: 18, de 70 – 79: 01, de 80 – 89: 01, con un total de 66 hipertensos, estas cifras fueron al inicio del estudio. Finalizaron 62 pacientes, se jubilaron 2 hombres, fallecieron 2 hombres. Según el sexo: Hombres:41, el 62,12% del total de la población. Mujeres: 25, el 37,87% del total de la población. Cantidad de obesos: 57, lo que representa el 86,36% del total de la muestra al inicio del estudio. Al finalizar 26 redujeron de peso, gracias a la actividad física programada y la dieta hiposódica e hipolipídica. Cantidad de sedentarios: 66, lo que representa el 100% del total de la muestra, al inicio del estudio, al finalizar 26 realizaban actividades físicas programadas. Cantidad de fumadores: 18, lo que representa el 27,27% del total de la muestra, al inicio del estudio. Finalizaron 17, 1 falleció, solo 2 se propusieron reducir la cantidad de cigarrillos diarios. Se registró que 01 paciente padece de Síndrome Cardiometabólico. Son 04 los pacientes que padecen Diabetes tipo 2. Un paciente padece de Hipertiroidismo, 01 paciente presento Infarto Agudo de Miocardio con posterior colocación de Stent y de marcapasos, 01 padece de Artrosis y Osteoporosis. Solamente el 40% de los hipertensos cumplen con el tratamiento habitualmente.

Conclusiones: Se demostró que, al modificar algunos de los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, esto impacta en las cifras tensionales, en este caso, cuando los pacientes realizan actividades físicas supervisadas y bajan de peso, se reducen las cifras tensionales.

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-171 / lucagirandi@hotmail.com

PREVALENCIA Y PREDICTORES DE RIESGO DE ANEURISMA Y CALCIFICACIÓN DE AORTA ABDOMINAL EN PACIENTES CON CORONARIOPATÍA

Lucas Girandi[*1], *María Laura Sisú*[2], *Daniel Marelli*[2], *Luis Calafell*[1], *Matilde Evans*[1]

[1]Hospital San Juan de Dios, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Establecer la prevalencia y predictores de riesgo de aneurisma y calcificación de aorta abdominal en pacientes con coronariopatía.

Material y Método: MATERIAL Y MÉTODOS: se incorporaron 53 pacientes, 46 (86,79%) de sexo masculino, con un promedio de edad de 61 ±9,1 años, que ingresaron al H.I.E.A y C. San Juan de Dios de La Plata, desde 2012 hasta 2014, con diagnóstico de enfermedad coronaria severa establecida mediante cinecoronariografía, a los que se les realizó ecografía abdominal para evidenciar la presencia de aneurisma de aorta abdominal (AAA) o calcificación (CAA). Se evaluaron como predictores de riesgo: la enfermedad coronaria multivaso (ECM), edad mayor o igual a 65 años, diabetes (DBT), dislipemia, tabaquismo e hipertensión arterial (HTA). Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se utilizó el análisis estadístico univariado y test CHI-cuadrado a través de EPIDAT.

Resultado: RESULTADOS: Se detectó AAA en 10 pacientes (18,86%), mientras que 17 (32,07%) presentaba CAA. El 70% de los pacientes con AAA tenía enfermedad coronaria multivaso (P 0.41 - OR 1,84), 40% edad mayor o igual a 65 años (P 0.65 - OR 1,38), 100% HTA (P 0.05 - OR 7,07), 40% DBT (P 0.36 - OR 1,93), 60% tabaquismo (P 0.8 - OR 1,18) y 50% dislipemia (P 0.54 - OR 1,52). La HTA fue el factor de riesgo más prevalente (94,11%) en los pacientes con CAA (P 0.04 - OR 7,04) junto con la ECM (76,47%, P 0,06 - OR 3,25).

Conclusiones: La prevalencia de AAA en los pacientes evaluados fue de 18,86%, mientras que la CAA se observó en el 32,07%. Se halló como predictor de riesgo para el desarrollo de AAA y CAA con significación estadística a la HTA, mientras que la ECM presentó una tendencia en aquellos pacientes con CAA.

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-164 / cardiologia@hospitalespanolba.com.ar

ROL DEL ODONTOLÓGO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Liliana Noemí Nicolosi[*1], *Jonathan Zaigh*[2], *Pablo Gastón Lewin*[2], *Federico Stolbizer*[2], *Ariel Lenarduzzi*[2], *Carlos Daniel Martínez*[1], *Pablo Rodriguez*[2], *María del Carmen Rubio*[1]

[1]Hospital Español de Buenos Aires, [2]Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La prevalencia de Hipertensión Arterial (HTA) es elevada en la población adulta. Asímismo, casi la mitad de los hipertensos desconoce padecer la enfermedad, por lo que el control de la presión arterial (PA) previo al tratamiento odontológico constituye una fuerte recomendación de los consensos internacionales. Podría el odontólogo tener un rol protagónico en su vigilancia?

Objetivo: Estimar la prevalencia de HTA conocida y no conocida en pacientes (P) que concurren a la consulta odontológica.

Material y Método: Materiales y Métodos: Estudio de prevalencia, prospectivo con determinaciones a repetición. Se incorporaron P de ambos sexos, edad ≥18 años. Previo a la atención se realizó la encuesta de Ansiedad Dental Modificada de Corah y escala de dolor. Se registraron: antecedentes de HTA, medicación antihipertensiva y FRA. Previo al tratamiento el odontólogo realizó 2 controles de PA sistólica y diastólica (PAS-PAD) y frecuencia cardiaca (FC) con tensiómetro digital. Los P con PA ≥140/90 fueron controlados por cardiólogos confirmando el diagnóstico de HTA. Estadística: SPSS 20, test aplicados: ANOVA, t Test, Índice de Correlación de Pearson, α<0.05 e IC del 95%.

Resultado: Resultados: Se incluyeron 348 P, edad 40.56±15.71 años, hombres 150 (43.1%). FRA referidos: HTA 19.8%, diabetes 3.4%, hipercolesterolemia 4.6%, tabaquismo 18.1%, obesidad 13.5%. Valores basales y post tratamiento respectivamente: PAS 128.21±18.15 vs 127.01±17.89 (p=0.05; t= 1.94; IC 95% 0.014-2.42); PAD 74.90±11.55 vs 75.44±11.50 (p:NS); FC 76.85±11.74 vs 76.28±12.45 (p=NS). Se diagnosticó HTA en 25 P (7.2%) y mal control en 26 P (7.5%) hipertensos tratados. La ansiedad y el dolor no se correlacionaron con los niveles de PA y FC. Nivel de ansiedad leve 275 (79.02%), moderada 65 (18.67%) y severa 8 (2.29%). Hubo correlación positiva entre nivel de dolor y ansiedad (r=0.995, p<0.000). Los P que fueron diagnosticados como hipertensos o con mal control en HTA tratada fueron evaluados por cardiólogos, siendo medicados el 100%.

Conclusiones: Conclusiones: El control de la PA por el odontólogo permitió diagnosticar HTA en el 15% de los pacientes. La mitad desconocían la enfermedad y el resto, a pesar de estar tratados no tenían un control adecuado de PA. El control sistemático de la PA en la consulta odontológica constituyó una herramienta de alto impacto en la salud al permitir identificar un grupo de pacientes con mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, colocando además al odontólogo en una posición relevante en la detección y prevención de las complicaciones de esta sigilosa enfermedad.

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-165 / dechaza@uolsinectis.com.ar

BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CARDIÓPATAS

Luis Alberto Calafell[*1], *Mónica Redolati*[1], *Gustavo Villulfa*[1], *Roberto Baumgartner*[1], *Roberto Daniel Marelli*[1]

[1]Hospital San Juan de Dios, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Demostrar los beneficios de los Programas de Recuperación Cardiovascular (PRC), en pacientes (p) que acuden al Servicio de Rehabilitación Cardiovascular del Hospital San Juan de Dios de La Plata.

Material y Método: Revisión de la base de datos de los pacientes ingresados a dicho servicio, desde junio de 1999 hasta abril de 2013, utilizando como método de valoración la prueba ergométrica graduada (PEG) y el test de la caminata de 6 minutos (TC6M) al incio y al finalizar el período de rehabilitación evaluado.. Se utilizó una plataforma de Microsoft Excel 1997/2004 para reunir las variable y se aplicó el Test de Student para correlacionar las variable involucradas considerando una p<0.05 como significativa.

Resultado: Participaron 145 pacientes y se conformaron 2 grupos: a) en el grupo evaluado con PEG (75 p), evidenció una disminución significativa en la FC basal (p: 0.02), y un aumento significativo en la cantidad de kilográmetros (kgmtrs) alcanzados comparando ambas pruebas (p: 0.01), no presentando diferencias significativas en la tensión arterial sistólica (TAS), tensión arterial diastólica (TAD), frecuencia cardíaca máxima (FC máx)., el doble producto (DP), ni en la cantidad de mets alcanzados b) en el grupo evaluado con TC6m (45 ptes.), se observó un aumento significativo en la distancia recorrida (p: 0.0001), junto a un aumento significativo en la FC y la TAS alcanzada al final de la prueba (P: 0.0001 respectivamente).

Conclusiones: Los pacientes evaluados en el presente estudio, lograron ser beneficiados con el PRC, evidenciado por una mejoría significativa de la cantidad de kgmtrs alcanzados en la PEG y la distancia recorrida en el TC6M.

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-254 / gomezmonroy@sinectis.com.ar

ESTUDIO DE LAS CAUSAS DE ADHERENCIA A LARGO PLAZO A UN PROGRAMA INTEGRAL DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR DE PACIENTES CORONARIOS

Alejandro Gomez Monroy[*,1]

[1]Centro de RHCV ACAI, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Conocer las causas de la adherencia a RHCV, desde la perspectiva del propio paciente. La deserción en el tratamiento de la cardiopatía isquémica (CI) es un problema de difícil solución, la rehabilitación cardiovascular (RHCV) contribuye a disminuirla, mucho se ha escrito sobre las causas del abandono, pero poco se sabe sobre las causales de la adherencia evaluada desde los valores considerados por el propio paciente, conocer estas preferencias, puede ayudar a disminuir el abandono y con esto mejorar los resultados.

Material y Método: Estudio observacional, descriptivo. Se confeccionó una encuesta auto administrada, con los tres factores que afectan a la adherencia: la salud/enfermedad, lo personal/social y las características del centro. Ingresaron 51 pacientes, edad: 65 años (45/81), sexo masculino: 45 (88%), tiempo en RHCV: de 12 a 240 meses. Distancia del domicilio promedio: 2,3 km.

Resultado: Las evaluaciones sobre la salud/enfermedad muestran que el 76% no sufrió ninguna internación de causa cardiovascular (CV), mientras que 31% si de otras causas, 92, 88 y 94% no tuvieron un nuevo IAM, ni ATC o CRM. 98% cumple con el tratamiento médico y 94% con los controles periódicos, 92% fue derivado por cardiólogos el 4% por clínicos, 94% de los médicos le interesa saber si continúa en RHCV y lo estimula a seguir, el 88% le explicó la importancia de la RHCV. El 88, 94 y 84% percibió mejoría en su estado CV, en su capacidad funcional (CF) y en sus controles. Al evento CV 45% fumaba, en RHCV 4%. En los aspectos personales/sociales vemos que 14% se traslada a RHCV caminando, 88% recuerda la entrevista de admisión y sus objetivos, 57% pensaba, al ingreso, que no podría alcanzar la CF actual. 96% aprendió la necesidad de un abordaje integral de su CI y el 94% afirma que la información de la RHCV lo ayuda en su cuidado. 84% valora tener un grupo de pertenencia, pero cuando se les pregunta si abandonarían la RHCV ante la falta de este el 68% dice que no. 61% refiere al soporte familiar determinante y el 21% como medianamente determinante, 80% se lo atribuye a la mejoría del estado de ánimo. Sobre las características del centro, 98% cree que el plan aplicado lo ayuda a mejorar su perfil de riesgo, al 96, 94 y 98% le da seguridad hacer RHCV con un cardiólogo, el fisioterapeuta y en este ámbito físico.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes valoraron la mejora física y CV, la educación y seguridad que les brinda el centro, el soporte profesional y familiar. La práctica grupal fue importante, pero no concluyente para haber adherido al programa. El conocimiento de estas impresiones de los propios pacientes puede ayudar a otros centros a implementar medidas dirigidas a mejorar su adherencia y consecuentemente los resultados terapéuticos.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-117 / dechaza@uolsinectis.com.ar

REGISTRO DE TUMORES PRIMARIOS CARDIACOS EN UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES DURANTE EL PERÍODO 1990-2014

Lucía Ortiz[*,1], *Federico Hauqui*[1], *Cecilia Caso*[1], *Manuel Giacomo*[1], *David Vazquez*[1], *Roberto Daniel Marelli*[1]

[1]Hospital San Juan de Dios, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Realizar una descripción epidemiológica de los pacientes con diagnostico de tumores cardiacos primarios que ingresaron al Servicio de Cardiología del Hospital San Juan de Dios de La Plata en el período comprendido entre los años 1990 y 2014.

Material y Método: Se enrolaron 44 pacientes > 18 años de edad, que ingresaron al Servicio de Cardiología del H.I.E.A y C San Juan de Dios de La Plata, desde Junio de 1990 a diciembre de 2014 con diagnóstico de tumor cardiaco primario. Se analizaron las siguientes características: edad, sexo, forma de presentación, datos de laboratorio, datos ecocardiográficos, tratamiento quirúrgico y mortalidad. Se registraron las variables mencionadas en un programa Microsoft Excel 1997-2004.

Resultado: Se incluyeron 44 pacientes, con un promedio de 1,83 pacientes/año. Relación hombre/mujer 1:1 y la edad media de presentación fue de 47 años (±14 años). Se presentaron 41 tumores benignos de los cuales el (95% mixomas). Presentación: esporádicos (92, 3%) y 7,7% familiar. Dentro de los benignos: 1 lipoma y 1 fibroelastoma. Los tumores malignos: 3 sarcomas (fibrosarcoma, leiomiosarcoma y angiosarcoma). Síntomas: 61,36%: disnea, palpitaciones y edemas: 45,4 y 29,5% respectivamente, angor (13,6%), mareos (13,6%), síncope (9,09%), fiebre (13%) y síndrome de repercusión general (25%). Fenómenos embólicos: 27,2% de los pacientes. En sistema nervioso central (83,3%), el porcentaje restante fue a miembros inferiores. Localización en aurícula izquierda en el 68%, en aurícula derecha en el 12,7%, en el ventrículo izquierdo el 8,5% y un solo caso afecto al ventrículo derecho. De los tumores encontrados en la aurícula izquierda, el sitio de implantación más habitual fue el septum interauricular con una incidencia del 87,7% seguida de la pared posterior en el 12,12%. La cirugía se indicó en el 93% de los casos, en el porcentaje restante no se realizó debido a la negativa de los pacientes o por óbito previo a la misma. La mortalidad observada fue del 11,62%, siendo del 100% en los casos malignos.

Conclusiones: Los tumores primarios cardíacos son extremadamente infrecuentes con franco predominio de las formas benignas. En nuestra cohorte no hubo preminencia del sexo femenino. Los síntomas inespecíficos fueron la característica de la presentación clínica con mayor prevalencia de fenómenos embólicos. La estirpe maligna del tumor presentó elevada mortalidad.

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EPIDEMIOLOGÍA, PREVENCIÓN, REHABILITACIÓN Y EJERCICIO

FAC2015-347 / sofia_nievas@hotmail.com

QUIENES NECESITAN REHABILITACIÓN HACEN REHABILITACIÓN ? REGISTRO DE PACIENTES DE UNA INSTITUCIÓN EN SAN JUAN

Virginia Sofia Nievas Romano[*,1], *Jesica Cigala*[1] *on behalf of Fundacion Cencor, Frida Garcia*[1], *Gabriela Rojo*[1], *Alejandro Oro*[1], *Alejandro Rodrigo*[1], *Luciano Borchert*[1], *Cecilia Pascual*[1], *Burgoa Ana*[1], *Rocio Moncalvo*[1]

[1]Fundación Cencor, San Juan, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Rehabilitacion Conocer diagnósticos más frecuentes en rehabilitación cardiaca, describir los Factores de Riesgo Cardiovascular, conocer la mortalidad cardiovascular, no cardiovascular y total, seguridad, abandono, y cobertura de obras sociales de la Rehabilitacion.

Material y Método: Análisis transversal prospectivo descriptivo, tipo registro de casos.

Resultado: Total 260 pacientes (2013-2015) de los que solo continúan en tratamiento a la fecha 117 pacientes (45%), abandonaron 140 pacientes (53,8%) y fallecieron 3 pacientes de mortalidad no cardiovascular, no relacionada al ejercicio. Se registró sistemáticamente la presencia de Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) encontrándose en 251 pacientes la presencia de FRCV (96,54%) siendo la obesidad uno de los más frecuentes 212 pacientes (82%) y no la tenían 18%. El segundo FRCV más frecuente fue la HTA (Hipertensión Arterial) con 188 pacientes (72,87%). Tabaquismo al ingreso habían 208 no pacientes fumadores (80%). La Hipercolesterolemia se encontró un colesterol >a 200 o pacientes en tratamiento con estatinas en u 61,9% (N:161). La Diabetes tipo II e Insulinoresistencia fue frecuente, con 96 pacientes llegando casi a un 37%. Dentro de los diagnósticos los clasificamos en 13 diagnósticos posibles de ingreso al PRC, de los cuales lo más frecuentes fueron Alto riesgo de Enfermedad Coronaria 59,23% (N:154), el segundo motivo de ingreso fue Insuficiencia Cardíaca Crónica con 10,38% (N: 27) luego el tercero Enfermedad Coronaria asintomática 6,98% (N:18), y después continúan Enfermedad Vascular Periférica (N:16) 6,15%, Mortalidad Cardiovascular fue de 0%. Eventos cardiovasculares no fatales intra-sesiones de rehabilitación: Se produjo una Fibrilación auricular de alta respuesta ventricular sintomática que requirió internación (0,0038%) y Ningún evento coronario. Eventos cardiovasculares fuera de las sesiones: 1 (reestenosis intrastent) en paciente con 20 días de infarto con enfermedad de 3 vasos. (0,0038%) Mortalidad No cardiovascular fuera de las sesiones: 3 pacientes (0,01%) Complicaciones No cardiovasculares no fatales: Traumatismo 2 pacientes por caída desde la cinta caminadora, 1 pacientes desgarro muscular. (0,01%)

Conclusiones: En dos años de rehabilitación cardíaca con 34570 hs, con una tasa de abandono de mas de la mitad de los pacientes a dos años. La tasa de eventos ocurridos demuestra una seguridad muy alta si tenemos en cuenta que son pacientes de al menos moderado riesgo. En cuanto al motivo de ingreso hubo más del 50% de prevención primaria De aquí se desprende otra conclusión y es que hay una falta de derivación en los caso de prevención secundaria, ya que del total de los pacientes solo un 22% son por prevención secundaria.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-237 / claudiomoros@gmail.com

PREVALENCIA DE LAS PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES Y GRADO DE COMPLEJIDAD DE LA CARDIOPATIA EN PACIENTES ADULTOS CON CARDIOPATÍA CONGÉNITAS

LN Nicolosi[*,1], *Pacheco Otero Marisa*[2], *CG Morós*[3], *G Faliva*[4], *A Sosa Liprandi*[5], *E Fernandez Rostelto*[6], *MC Rubio*[1], *M Grippo*[3]

[1]Hosp Español, [2]Centro Jonas Salk, [3]Hosp Niños R. Gutiérrez, CABA, [4]Hosp San Martín, La Plata, [5]Sanatorio Güemes, [6]Hosp Rivadavia, CABA, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Estimar la prevalencia de las patologías más frecuentes y grado de complejidad de la cardiopatía utilizando datos de la base para pacientes (p) con cardiopatía congénita del aduto GUTI-GUCH, común a distintas instituciones médicas de la Argentina.

Material y Método: La Base de Datos GUTI-GUCH fue utilizada por ocho centros de Argentina, desde abril 2006 hasta abril 2014. Se incorporaron p con cardiopatía congénita del adulto (CCA). Se clasificó a los p según la complejidad de su cardiopatía en leves, moderadas y severas basados en las Guías de Manejo de Adultos con Cardiopatías Congénitas de la AHA/ACCA 2008. Se utilizó la Nomenclatura Internacional para el diagnóstico de la Cardiopatía Congénita. International Pediatric and Congenital Cardiac Code (IPCCC) versión STS/EACTS.

Resultado: Se reclutaron en total 1248 p, Mujeres 55% (686), edad media 29.5 años ± 2.28 años. Fueron Simples 28.8% (359); moderadas 50.5% (631) y Severas 20.7% (258). Tenían Transición desde cardiología infantil: 38.9% (485). Las patología más frecuente fueron: Comunicación interauricular (CIA) 17.8% (222), Tetralogía de Fallot 12.9% (161), CIV 12.5% (156), Enfermedad valvular aortica (EVA) 8.8% (110), coartación de aorta (CoAo) 6.4% (80), ventrículo único 5.7% (70), Enfermedad de la válvula pulmonar (EVP) 3.9% (49), Enfermedad de válvula tricúspide 3.7% (46). En el análisis por grupos de complejidad de la cardiopatía, fueron más frecuentes:

Complejidad simple: CIA 44% (158), CIV 21.7% (78), Ductus Arterioso 9.5% (34), Enfermedad de la válvula aortica 7.5% (27). Complejidad Moderada: Tetralogía de Fallot 25.2% (159), CoAo 11.7% (74), EVA 12.8% (81), CIV 10.5% (66), CIA 8.2% (52). Complejidad Severa: Ventrículo Único 27.2% (70), TGA 16.3% (42), TCCGV 12.4% (32), Atresia pulmonar con CIV 9.3% (24), Doble salida de VD (DSVD) 8.9% (23), CIA + Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) 4.7% (12) y CIV + HAP 4.7% (12). Tenían al menos 1 Cateterismo previo 43.2% (539), el 58.6% (731) tenían cirugía cardíaca previa, Cirugía Abierta con CEC: 84,7% (619). Mortalidad en el seguimiento 2.2% (28).

Conclusiones: El diagnóstico más frecuente fué la CIA seguida en segundo lugar por la Tetralogía de Fallot. La mitad de los pacientes era portador de una cardiopatía de complejidad moderada. El diagnóstico más frecuente dentro del grupo de complejidad severa fue el Ventrículo único.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-330 / drdanhernandez@hotmail.com

SÍNCOPE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS MAZZA

Daniel Osvaldo Hernández[*1], *Pierina Ayelen Pinchetti*[1], *Silvia Esther Gomez*[1], *Nicolas Pierre Caram*[1], *Leandro Daniel Bajeneta*[1]

[1]Facultad de Medicina Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Determinar las características clínico-electrocardiográficas en pacientes que presentaron síncope con enfermedad de Chagas Mazza.

Material y Método: Se realizó un estudio prospectivo y observacional en pacientes con diagnóstico de enfermedad de Chagas Mazza en 11 localidades de la provincia de Chaco y 4 en localidades centrales de la provincia Santiago del Estero, considerándose como reactivos o positivos con 2 serologías distintas. El trabajo se realizó desde enero del 2010 a enero del 2015. Se utilizó la Clasificación del Chagas del Consenso internacional; realizado en la universidad autónoma de Buenos Aires en el año 2010. Se utilizó el sistema estadístico SPSS, determinándose significancia estadística P< 0,05. Se realizó un electrocardiograma de doce derivaciones y elaboración de una espera clínica del paciente. Se definió Síncope a la pérdida transitoria del conocimiento con caída concomitante y restitución ad integrum, sin que medien maniobras de resucitación.

Resultado: De los 2212 pacientes, 976 presentaron Chagas crónico con patología demostrada; de los cuales 60 (6,37%) p< 0,001 pacientes presentaron síncope. Síncope con cardiopatía crónica demostrada 55 pacientes (91,67%) edad 49,9 años p<0,0001; síncope sin cardiopatía crónica no demostrada 5 pacientes (8,33%) edad 38,8 años p<0,0001. Con insuficiencia cardiaca 14 pacientes (23,33%). Pacientes con trastornos intraventriculares 32 (53.33%). Pacientes que requirieron colocación de marcapaso 13 (21.66%). Presentaron bradicardia sinusal 21 pacientes (35%) p<0.001.

Conclusiones: Se observó en esta población diferencias estadísticamente significativas en los pacientes que presentaron síncope con cardiopatía demostrada, la edad y la presencia de bradicardia sinusal. Solamente los trastornos intraventriculares fueron sumativos.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-380 / renzo_lf87@hotmail.com

PREVALENCIA DE PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA INOPERABLES

Renzo Walter Nuñez[*1], *Matías Martínez*[1], *Virginia Casse*[1], *Alejandro Contreras*[1]

[1]Hospital Privado de Córdoba, Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Estimar la prevalencia de pacientes con estenosis aortica inoperables o con alto riesgo quirurgico.

Material y Método: Estudio observacional, retrospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de EA moderada a severa por ecocardiograma transtorácico doppler, entre Septiembre del 2013 hasta Septiembre del 2014 en nuestra institución.Luego revisamos retrospectivamente las historias clínicas y se le realizó a cada paciente una encuesta afín. Se determinó el riesgo quirúrgico y se los clasificó según los criterios recomendados por AHA/ACC. Para el análisis utilizamos el paquete estadístico INFOSTAT. Las variables categóricas se expresan en porcentaje y las continuas en promedio, desviación estándar y rango.

Resultado: Se enrolaron 58 pacientes con EA moderada a severa. El 55% (32) hombres y el 45% (26) mujeres; la edad promedio fue de 72.4 años ± 12.8 (30-88).

En cuanto a las comorbilidades, la Hipertensión arterial aparece en el 90% de los casos (52), Diabetes Mellitus el 21% (12), Dislipemia 55% (32), Enfermedad vascular periférica 9% (5), Accidente cerebrovascular previo el 7% (4). El 26% (15) padecen enfermedad coronaria, con diagnóstico de infarto de miocardio previo el 53,33% de ellos (9).

El IMC promedio fue de 27.4 ± 4 (17.3-36.7).

Se valoró la Clase funcional (NYHA), (CF) siendo el 14% (8) CF I, el 69% (40) CF II, el 18% (10) CF III. Fracción de eyección promedio 59.54± 10.8 (28-77)

Valvulopatías asociadas: un 86% (13) insuficiencia aórtica, 7,69% (1) severa. Insuficiencia mitral en un 80% (12) de los pacientes, siendo el 75% leve y el 25% moderada.

Se diagnostico Aorta bicúspide en 9 pacientes (15%) de los cuales el 22,22% presentaban dilatación del anillo aórtico.

Según el STS PROM: Mortalidad 2.53 ± 1.64 (0.41-7.63), Morbi/mortalidad 17.2 ± 6.8 (6.69 -37.91), ACV 1.42 ±0.81 (0.33-4.38), Internación prologada 7 ± 3.78 (1.96-18), riesgo de infección 0.23±0.12 (0.04-0.66), Reoperación 8.09 V1.94 (4.98-12.9).

Se estimò el riego quirúrgico en la cohorte, el 49% (29) es de bajo riesgo, el 44% (26) de riesgo intermedio, el 3.4% (2) de alto riesgo y el 1.6% (1) de riesgo prohibitivo.

Conclusiones: De acuerdo a los criterios de riesgo quirúrgico de AHA/ACC, sólo un 5% de pacientes con EA serían rechazados para cirugía cardíaca.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-386 / arianadavila@hotmail.com

DESCRIPCION DEL CONSUMO DE MACRONUTRIENTES Y GRUPOS ALIMENTARIOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CHAGAS. RESULTADOS PRELIMINARES

Ariana Dávila[*1], *Dávila Héctor*[2], *Stella Maris Pezzotto*[3], *Agustina Bertola Compagnucci*[3], *Juan Beloscar*[4]

[1]Instituto de Inmunología Clínica y Experimental de Rosario (IDICER-CONICET). Cátedra y Servicio de Cardiología, Facultad de Ciencias Médicas, [2]Instituto de Inmunología Clínica y experimental (IDICER), Facultad de Ciencias Médicas, UNR., [3]Facultad de Ciencias Médicas- UNR. [4]Cátedra y Servicio de Cardiología. Hospital Centenario. Facultad de Ciencias Médicas, Rosario, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Describir la ingesta habitual de alimentos en pacientes con diagnóstico de Chagas asistidos en el Servicio de Cardiología del Hospital Provincial del Centenario

Material y Método: Se revisaron datos de historias clínicas y se les realizó una entrevista. Se recabaron datos socio-económicos-culturales y una anamnesis alimentaria a través de un cuestionario de frecuencia de consumo (FFQ) que permitió consignar cantidad y calidad de los alimentos consumidos habitualmente. Se calcularon los promedios y desvíos estándar de consumo diario de: calorías totales (kcal), macronutrientes (gramos) y de diversos grupos de alimentos (gramos). Se evaluaron diferencias entre grupos de pacientes con respecto al consumo de los diferentes grupos de alimentos y macronutrientes. Se utilizó la prueba U de Mann Whitney considerando un $\alpha \leq 5\%$.

Resultado: La muestra quedó conformada por 70 pacientes, dividido en 3 grupos según su grado de afección: el 50% (35) son asintomáticos (sin MCC), el 30% (21) presentan cardiopatías leves a moderadas (LM), y el 20% (14) cardiopatías severas (SEV). La edad promedio es de 51 ± 10,5 años; el 62,9% son femeninos. Se analizó el tiempo de residencia en zona endémica encontrando diferencias significativas entre el grupo sin MCC y el grupo LM (p=0,05). Se evaluó el promedio de calorías diarias consumidas, el cual es de 2129,7±958,29, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con y sin MCC. Respecto de los macronutrientes, el consumo diario de carbohidratos es de 251,7± 95,76 gramos, el de proteínas 82,3±36,03 gramos y el de lípidos 85,3±59,14 gramos, encontrándose una asociación estadísticamente significativas únicamente en las proteínas entre el grupo sin MCC y los SEV (p=0,05), consumiendo más el grupo de SEV. Al analizar los diferentes grupos de alimentos según el grupo de pacientes, se detectaron diferencias significativas entre los pacientes SEV y los pacientes sin MCC en el consumo carne (p=0,028); y en el consumo de fiambres, embutidos y vísceras (p=0,036), siendo mayor los gramos totales de carne consumidos en el grupo SEV (241,4±112,6 vs 197,01±179,1); y mayor el consumo de fiambres, embutidos y vísceras en el grupo de pacientes sin MCC (45,08±58,3 vs 21,02±49,9).

Conclusiones: La alimentación podría jugar un rol importante en la evolución de la enfermedad de Chagas. Aún los resultados no son concluyentes y será necesario ampliar la muestra para poder caracterizar los patrones de consumo de los pacientes de los diferentes grupos y analizar que alimentos y nutrientes podrían influir sobre la evolución de la enfermedad.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-362 / drdanhernandez@hotmail.com

UTILIDAD DEL STRAIN BIDIMENSIONAL LONGITUDINAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA SIN CARDIOPATÍA DEMOSTRADA

Daniel Osvaldo Hernández[*1], *Gerardo Omar Larrosa*[1], *Angel Vicente Espinosa*[2], *Hector Freili*[3], *Juan Paul Flores*[4], *Raúl Velazquez*[4], *Miguel Amor*[5], *María Graciela Rousse*[6], *Guillermo Schmitt*[7], *Rafael Acunzo*[5]

[1]Facultad de Medicina Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina, [2]Centro de cirugía vascular y torácica, Suecia, Suecia, [3]Laboratorio del Hospital de niños Ricardo Gutierrez, Corrientes, [4]Comité de Chagas, Jujuy, [5]Hospital Ramos Mejía, [6]Hospital Carlos A. Durand, [7]Instituto Médico de Brandsen, Buenos Aires, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Determinar la utilidad del strain bidimensional en la evaluación de pacientes con enfermedad de Chagas-Mazza sin cardiopatía demostrada.

Material y Método: Estudio prospectivo y longitudinal realizado en los meses de Julio y Octubre de 2014, evaluándose a pacientes con Enfermedad de Chagas sin patología demostrada, de zonas rurales de Formosa y Jujuy. Se compararon con controles. Se realizó Eco Doppler cardíaco. Se valoró el diámetro diastólico del ventrículo izquierdo (DDVI), área auricular izquierda (AI), Fracción de eyección de ventrículo izquierdo (Fey) por el método de Simpson, excursión del anillo tricuspidio (TAPSE), relación E/A del flujograma mitral (E/A), relación E mitral/ e tisular mitral (E/e'), strain longitudinal de los 16 segmentos del ventrículo izquierdo y el strain longitudinal global. Se eligieron 17 pacientes en forma aleatoria, en los que se valora variabilidad intra observador y en 8 pacientes también al azar para la variabilidad inter observador. Los métodos estadísticos fueron: variables cuantitativas que se expresan como media y desvío estándar o media y rango intercuartilo según la distribución sea paramétrica o no paramétrica, y se compararon con el test de t o Mann-Whitney según corresponda. Las variables categóricas se expresan como porcentaje y se compararon con test de chi cuadrado o exacto de Fisher. La Variabilidad inter e intra observador se evaluó mediante el coeficiente de correlación (r de Pearson) y el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI). Se empleó el programa estadístico SPSS 18.0 para Windows (SPSS Inc, Chicago IL.).

Resultado: No hubo diferencias estadísticamente significativas, en cuanto a edad y sexo y en los hallazgos del Eco Doppler cardíaco. El análisis del strain longitudinal global muestra diferencias estadísticamente significativas entre los controles y la población chagásica sin cardiopatía demostrada, -23.3 ± 2.5 vs -20.7 ± 2.9 (p<0.001). En los seis segmentos distales del VI hubo diferencias estadísticamente significativas, SIV distal posterior -27.6 ± 4.9 vs -21.7 ± 4.3 (p<0.001), lateral distal -23.3 ± 5.7 vs -18.2 ± 3.5 (p<0.001), inferior distal -28.2 ± 5.8 vs -24.5 ± 5.6 (p<0.007), anterior distal -25.4 ± 4.8 vs -21.2 ± 4.8 (p<0.001) y posterior distal -26 ± 4.8 vs -22,3 ± 3,5 (p<0.001).

Conclusiones: Los hallazgos del estudio podrían mostrar un daño miocárdico incipiente en los pacientes con Chagas Crónico sin patología demostrada.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-110 / drrubenchavez@gmail.com

ENDOCARDITIS INFECCIOSA DESDE EL PUNTO DE VISTA ECOCARDIOGRAFICO

Ruben Dario Chavez Caballero[*1], *Sabrina Carbó*[1], *Eugenia Tuero*[1], *Amalia Sala*[1], *Andrés Orlandini*[1], *Enrique Tuero*[1]

[1]Instituto Cardiovascular de Rosario, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Uno de los puntales del diagnóstico de endocarditis infecciosa (EI) es la ecocardiografía por lo que decidimos evaluar las características, evolución e influencia del método en el manejo de los pacientes de nuestra institución seleccionados como población.

Material y Método: Se obtuvieron retrospectivamente los datos de los pacientes que cursaron internación con diagnóstico de EI en Instituto Cardiovascular de Rosario entre los años 2006 y 2012 de los que se obtuvieron datos de la historia clínica y de los ecocardiogramas realizados, totalizando 73 pacientes, de los cuales 56 cumplieron con todos los requisitos para ser incluídos (historia clínica e imágenes de ecocardiogramas realizados). Las variables cuantitativas se expresan en media y desvío estándar y las cualitativas con porcentajes. Se realizó el análisis con el programa Medcalc v13.3.3.

Resultado: De los 56 pacientes que cumplieron requisitos 40 (71.42%) fueron de sexo masculino, con una edad promedio de 65,28 años (+/- 11,49). 34 (60,71%) habian presentado eventos predisponentes, 6 EI previa, 34 enfermedad valvular previa. Del total de episodios, 36 fueron clasificados como EI nativa, 6 EI protésica precoz, 7 EI protésica tardía y 7 asociada a dispositivo. El ecocardiograma transtorácico mostró evidencia de EI en 36 (64,28%) y el transesofágico (ETE) en 55 (98,21%) (1 se diagnosticó por cultivos y marcación con centellograma de una infección de tubo protésico). 26 (46,42%) pacientes requirieron cirugía. Fallecieron en internación 16 pacientes (28,57%) y tuvieron algún evento (muerte, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular o insuficiencia renal aguda) 28 pacientes (50%). Se observó recurrencia en 3 pacientes. No se observó correlación entre tamaño de vegetaciones, vegetaciones múltiples y movilidad de las mismas con los eventos ni con el requerimiento de cirugía a excepción de mayor tratamiento quirúrgico en casos de vegetaciones múltiples (RR 2,5 (1,5-4,14), p 0,0004). Los datos de la población estudiada son comparables a los de registros nacionales (EIRA I Y II) a excepción de la edad y el requerimiento de cirugía que son superiores.

Conclusiones: En la población estudiada no encontramos predictores ecocardiográficos de evolución o tratamiento excepto la presencia de vegetaciones múltiples que implicó mayor requerimiento de cirugía. Es evidente la superioridad del ETE para el diagnóstico, principalmente en EI protésica. No observamos diferencias significativas con los registros nacionales publicados a excepción de la edad y la necesidad de cirugía.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-132 / dechaza@uolsinectis.com.ar

DETECCION DE ISQUEMIA MIOCARDICA CON ESTUDIOS NUCLEARES EN PORTADORES DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO

Rodolfo Marcelo Uriarte[*1], *Ariel Medina*[1], *Diego Echazarreta*[2]

[1]Instituto de Diagnóstico Cardiovascular La Plata, [2]Hospital San Juan de Dios, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Valorar la presencia de isquemia miocárdica mediante pruebas de SPECT gatillado en una cohorte de pacientes portadores de un accidentes cerebrovascular (ACV) de origen isquémico.

Material y Método: Se realizó una prueba de perfusión miocárdica SPECT utilizando Tc99 mibi con protocolo de apremio farmacológico mediante uso de dipiridamol a razón de 0.56 mgrs/kgr a pacientes que presentaron un ACV isquémico en el período comprendido entre el 01/01/2012 y el 31/12/2014.Se utilizó un programa Microsoft Excel 1997/2004 para la elaboración estadística considerando una p<0.05 como significativa. Se aplicó el Test de Student para la comparación de las variables incluidas.

Resultado: Se incluyeron 79 p (58 varones) con edad promedio de 62±3.2 años. 11 p presentaban fibrilación auricular como fuente embolígena (los estudios se realizaron con ritmo sinusal). Como factores de riesgo se hallaron: 62 p con hipertensión arterial (HTA), 20 dislipémicos conocidos (asociados a HTA), 9 tabaquistas y 6 diabéticos. 47 p quedaron con una secuela braquio-crural. El motivo por el cual se realizaron las pruebas fueron: 4 episodios sincopales, 27 por dolor precordial y 7 por arritmia ventricular compleja, 12 por disnea y 29 por la presencia de alteraciones en el electrocardiograma compatibles con isquemia en p asintomaticos. Se detectaron 21 p isquémicos (26.58%): Fracción de Eyección (FEVI) x. 51±3.2% Volumen de Fin de Diástole (VFD) x: 108±7 ml Volumen de Fin de Sístole (VFS) x: 56±11 ml. Los p no-isquémicos fueron 58 con FEVI: 61±2.7% (p: 0.043) con VFD: 76±3 ml y VFS: 42±4.

Conclusiones: En una cohorte de p portadores de ACV isquémico se observó una elevada prevalencia de isquemia miocárdica (26.58%) con significativo deterioro de la FEVI y aumento de los volúmenes de fin de diástole y de fin de sístole del ventrículo izquierdo.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-225 / cardiologia@hospitalespanolba.com.ar

REGISTRO GUTI-GUCH: IMPLEMENTACIÓN DE UNA BASE DE DATOS UNICA DE PACIENTES CON CARDIOPATIA CONGENITA DEL ADULTO EN DISTINTOS CENTROS DE ARGENTINA

CG Morós[*1], *M Pacheco Otero*[2], *E Fernández Rostello*[3], *MC Rubio*[4], *A Sosa Liprandi*[5], *M López Daneri*[6], *M Grippo*[7], *LN Nicolosi*[8]

[1]Hospital de Niños Ricardo Gutierrez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, [2]Centro Jonas Salk, [3]Hospital Rivadavia, CABA, [4]Hospital Español, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, [5]Sanatorio Guemes, CABA, [6]Hospital Austral, Buenos Aires, [7]Hospital de Niños Ricardo Gutierrez, [8]Hospital Español, CABA, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La necesidad de conocer la realidad de los pacientes (P) con Cardiopatía Congénita del Adulto (GUCH) en Argentina constituye una preocupación para la salud pública y en particular, para los cardiólogos que deben prepararse para brindar atención médica a una población que va en aumento. La utilización de múltiples bases de datos y nomenclaturas distintas, son causa de información heterogénea.

Objetivo: Implementar una base de datos específica para pacientes GUCH, empleando una nomenclatura internacional uniforme en distintas instituciones médicas de Argentina. Conocer las patologías y complejidades más frecuentes de Cardiopatías Congénitas del Adulto (CCA).

Material y Método: Se desarrolló una Base de Datos relacional para el registro de P con CCA: GUTI–GUCH (GUTIERREZ-GROWN UP CONGENITAL Heart) en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez en 2006. Se incorporaron posteriormente: Sanatorio Güemes (2007), Centro Jonas Salk Osecac (2009), Sanatorio San Jorge, Ushuaia (2010), Hospital Español (2011), Hospitales Austral y Rivadavia (2012) y Hospital San Martin de La Plata (2013). Se utilizó la Nomenclatura Internacional de la CC del International Pediatric and Congenital Cardiac Code (IPCCC) versión STS/EACTS - International Society for Nomenclature of Pediatric and Congenital Heart Disease (ISNPCH), Clasificación de las Guías de Manejo CCA de la AHA/ACCA 2008. Según la complejidad se clasificó a las cardiopatías en: Leves, Moderadas y Severas.

Resultado: Participaron 8 centros. Registrados 1248 P, mujeres 55% (689), edad 29.5±2.28 años. Transición de Servicios de Cardiología Infantil 38.9% (485). Presentaban CCA leves 28.8% (359), moderadas 50.6% (631) y severas 20.7% (258). CC más frecuentes: CIA 17.4% (217), Tetralogía de Fallot 12.9% (161), CIV 12.3% (154), Enf. valvular aórtica 8.7% (108), Coartación de Aorta 6.3% (78) y Ventrículo Único 5.6% (70). Antecedentes de cirugía cardiovascular (CCV) 58.6% (731), con y sin esternotomía: 61.1% (447) vs 38.9% (284). Cateterismo cardíaco diagnóstico único 43.2% (539).

Conclusiones: La Base de Datos GUTI-GUCH permitió registrar un importante número de P GUCH bajo una nomenclatura y clasificación uniforme. Su instrumentación posibilitó conocer y comparar la realidad sanitaria de los centros intervinientes con los datos internacionales.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-405 / clarita18_@hotmail.com

VALVULA AORTICA CUADRICUSPIDE, UNA RARA MALFORMACIÓN CONGÉNITA

Maria Clara Dalla Fontana[*1], *Andrés Eduardo D'Amico*[1], *Guadalupe Ghiglione*[1], *Camilo Pulmari*[1], *Norberto Vasquez*[1]

[1]Centro de Alta complejidad Cardiovascular J.D. Perón, Malvinas Argentinas Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Descripción de dos casos de válvula aórtica cuadricúspide en un centro de alta complejidad cardiovascular del conurbano bonaerense.

Material y Método: Presentación de dos casos clínicos sobre una rara patología valvulár aórtica congénita.

Resultado: Caso clínico nro 1: Paciente sexo femenino, de 54 años sin factores de riesgo con antecedente de insuficiencia aórtica moderada asintomática diagnosticada en 1998. Se realiza ecocardiograma transtorácico, que evidencia válvula aórtica cuadricúspide con insuficiencia moderada de jet central, con reflujo holodiastólico reverso en aorta descendente torácica. Se continúa con ecocardiograma transesofágico (ETE) que mostró en diástole típico cierre de la válvula en cruz que difiere al cierre en Y característico de válvula tricúspide normal. En sístole se observa apertura rectangular diferente a la apertura triangular normal, con las 4 valvas de iguales características. Caso clínico nro 2: Paciente sexo femenino, de 25 años de edad con Síndrome de Down, sin factores de riesgo ni antecedentes cardiovasculares. Se realiza ecocardiograma transtorácico que evidenció válvula aórtica cuadricúspide con estenosis subaórtica moderada con insuficiencia aórtica leve moderada; Ductus arterioso permeable. Se continúa evaluación con ETE que mostró válvula aórtica con 4 valvas iguales.

Conclusiones: La VAQ es una malformación congénita rara. Es más frecuente en hombres (1.6:1). Con la mejora en las ténicas de imágenes, el diagnóstico es en la mayoría de los casos, un hallazgo inesperado en un ecocardiograma de rutina.

Existen 2 clasificaciones morfológicas: La primera de Hurwitz y Roberts clasificándola según el tamaño de la válvula accesoria. La segunda clasificación corresponde a Nakamura et al., en base a la posición de la válvula no dominante extranumérico.

En pocos casos puede asociarse a otra malformación congénita, más frecuentemente origen anómalo de los ostium coronarios (10%). Se cree que el riesgo de endocarditis en este tipo de válvulas es mayor, especialmente en aquellas con valvas desiguales.

La VAQ es una cardiopatía congénita, poco frecuente, que puede presentarse aislada o asociada a otras patologías. En la mayoría de los casos con disfunción valvular, más frecuentemente insuficiencia aórtica.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-375 / rignaciopasetto@hotmail.com

DERRAME PERICÁRDICO SEVERO Y TAPONAMIENTO CARDÍACO: REVISIÓN DE CASOS TRATADOS EN EL INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA DE CORRIENTES "JUANA F. CABRAL"

Raul Ignacio Pasetto[*1]

[1]Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana F. Cabral", Corrientes, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Determinar las características de la población y del líquido pericárdico a pacientes con diagnóstico de derrame pericárdico severo y taponamiento cardíaco. Determinar si existen diferencias entre ambas entidades en las variables estudiadas.

Material y Método: Estudio descriptivo, unicéntrico, retrospectivo y prospectivo, se incluyeron pacientes con diagnóstico de derrame pericárdico severo y taponamiento cardíaco tratados con pericardiocentesis subxifoidea, mayores de 18 años, internados en el Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana F. Cabral", entre el periodo de enero de 2010 y diciembre de 2014.

Resultado: Se incluyeron 35 pacientes (57,1% de varones), con una edad media de 61,2 años, el 57,1% con diagnóstico de taponamiento cardíaco y el 42,9% de derrame Pericárdico severo. El 45,7% recibía anticoagulación y el 22,9% antiagregantes plaquetarios. En cuanto a las características del liquido, no hubo diferencias significativas entre taponamiento y derrame pericárdico severo, las medias para taponamiento y derrame pericárdico fueron respectivamente, PH de 7.21 y 7.26, LDH 1353 y 1468, de proteínas 4,94 y 4,78, de glóbulos blancos 2743/mm3 y 4885/mm3; el aspecto fue hemático en el 80% de los casos, exudado en el 94,3% y de origen postquirúrgico, neoplásico o desconocido en 22,3% respectivamente. Se evidenciaron 4 (cuatro) muertes en el grupo de taponamiento y 1 (una) re internación en el de derrame pericárdico severo.

Conclusiones: el tipo de líquido más frecuente fue exudado, de aspecto hemático, como causas más frecuentes en el post operatorio de cirugías cardiacas, infecciosas y para neoplásicas. No se evidenciaron diferencias significativas entre las características del líquido ni en la mortalidad o reinternación en pacientes con taponamiento y derrame pericárdico severo.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-149 / drdanhernandez@hotmail.com

HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA EN 4 LOCALIDADES DE LA PROVINCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO

Daniel Osvaldo Hernández[*1], *Rodrigo Lazo*[1], *Elías Daniel Sandoval*[1], *Agostina Lilia Tomasella Bornia*[1], *Paula Agustina Sargenti*[1]

[1]Facultad de Medicina Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Determinar los Hallazgos electrocardiográficos, de pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Chagas-Mazza de 4 localidades de la provincia de Santiago del Estero

Material y Método: Se realizó un estudio prospectivo y observacional, en la provincia de Santiago del Estero, en las Localidades de Pampa de los Guanacos, Los Pirpintos y Monte Quemado pertenecientes al Departamento COPO y la Localidad de Sachayoj, localizada en el Departamento Alberdi, a 184 pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Chagas-Mazza, considerándose como reactivos o positivos con dos serologías distintas. A todos los pacientes se les realizó una Historia Clínica y un electrocardiograma de 12 derivaciones. Se utilizó la Clasificación Internacional de Chagas, realizada en la Ciudad Autonoma de Buenos Aires en el año 2010. Se expresó como variable estadística el porcentaje.

Resultado: Pacientes con Chagas Crónico Sin patología demostrada con el electrocardiograma normal: 109 (59.3%), Chagas Crónico Con patología demostrada: 75 pacientes (40.7%). Los hallazgos observados fueron: Bloqueo de rama derecha: 31 pacientes (16.8%), Extrasístoles ventriculares monomorfas y polimorfas: 22 pacientes (11.9%), Bradicardia sinusal: 11 pacientes (5,9%), Hemibloque anterior izquierdo: 10 pacientes (5.43%), extrasistoles auriculares: 9 pacientes (4,8%), Bloqueo bifascicular:8 pacientes, Bajo voltaje: 4 pacientes (2,17%), Enfermedad del Nódulo sinusal: 3 pacientes (1.6%), Bloqueo de rama izquierda: 2 pacientes (1,08%).

Conclusiones: Se observó que el trastorno intraventricular y alteración electrocardiográfica en la población estudiada más frecuente es el Bloqueo de rama derecha. Los hallazgos observados no son sumativos, proque muchos pacientes presentaban trastornos intraventriculares asociados a extrasístoles ventriculares.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-384 / drdanhernandez@hotmail.com

TAQUICARDIA VENTRICULAR COMO PRESENTACIÓN DEL ECG EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS EN LOCALIDADES DE LA PROVINCIAS DE CHACO Y SANTIAGO DEL ESTERO

Daniel Osvaldo Hernández[*1], *Agostina Lilia Tomasella Bornia*[1], *Micaela Gerard*[1], *Giuliana Marylen Peroña*[1], *Elías Daniel Sandoval*[1]

[1]Facultad de Medicina Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Determinar las características electrocardiográficas, clínicas y epidemiológicas de pacientes que presentaron taquicardia ventricular en la primer consulta.

Material y Método: Se realizó un estudio prospectivo observacional y descriptivo en pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Chagas, en 10 localidades de la Provincia de Chaco y 3 de Santiago del Estero. A todos los se les confeccionó una Historia clínica, electrocardiograma de 12 derivaciones y se diagnosticó Enfermedad de Chagas con 2 pruebas serológicas. Se expresó como variable estadística el porcentaje. Se utilizó la Clasificación de Chagas del Consenso Internacional de Chagas realizado en Buenos Aires en el año 2010. Taquicardia ventricular sostenida (TVS): se define como aquella taquicardia de origen ventricular cuyos complejos QRS son ensanchados (mayor a 0,14 segundos), de más de 30 segundos de duración ó que requiere intervención inmediata para su terminación. Taquicardia ventricular no sostenida (TVNS): se define como la presencia de tres o más latidos consecutivos originados en tejido ventricular con una frecuencia promedio de 100 latidos por minuto durante no más de 30 segundos.

Resultado: 976 pacientes presentaron Chagas Crónico con patología demostrada. Como presentación electrocardiográfica en la primera consulta: 18 (1,84%) pacientes presentaron taquicardia ventricular. Taquicardia ventricular no sostenida 14 pacientes (77,8%), edad promedio 56,5 años, presencia de sincope 10 (71,4%); muerte súbita 1 (7,7%); asociada a insuficiencia cardiaca congestiva 4 (30,7%). Taquicardia ventricular sostenida 4 pacientes (22,2%); edad promedio 56 años; presencia de sincope 1 (25%); muerte súbita 3 (75%); asociada a insuficiencia cardiaca congestiva 3 (75%). Los porcentajes no son sumativos.

Conclusiones: Este estudio demostró que la taquicardia ventricular no sostenida fue la presentación más frecuente, siendo el síncope la presentación clínica. Los pacientes con taquicardia ventricular sostenida tuvieron como presentación clínica más elevada a la muerte súbita y tenían previamente insuficiencia cardíaca crónica.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-116 / dechaza@uolsinectis.com.ar

REGISTRO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA 1989-2014: RESULTADOS DE 25 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Arturo Bozza[*1], *Cecilia Caso*[1], *Diego Echazarreta*[1], *Agustin Dettbarn*[1], *Sebastian Amicone*[1], *Leonardo Mancini*[1], *Manuel Giacomo*[1], *Roberto Daniel Marelli*[1]

[1]Hospital San Juan de Dios, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Realizar una descripción epidemiológica de los pacientes con endocarditis infecciosa (EI) ingresados al Servicio de Cardiología del Hospital San Juan de Dios de La Plata en el período 1989-2014 y evaluar los predictores de mortalidad.

Material y Método: Se evaluaron 580 pacientes en el período 1989-2014, realizando un análisis retrospectivo entre los años 1989-2010 (525 p) y prospectivo 2010-2014 (55 p). Se utilizaron los criterios diagnósticos para EI de la Universidad de Duke (Durack,1994) con su antecedente inmediato de los propuestos por el Hospital San Juan de Dios de La Plata en 1991 (Corsiglia D, Sanchez R Rev Fed Arg Cardiol). Se registraron las variables en una plataforma Microsoft Excel 1997-2004. Se realizaron las correlaciones estadísticas mediante Test de Student y Chi Cuadrado considerando una $p < 0.05$ como significativa.

Resultado: Se incluyeron en el análisis restrospectivo 525 p. En este grupo 369 fueron varones. 446 p presentaron EI en válvula nativa (85%), 76 p con EI de válvula protesica (14.5%). 315 fueron sobre válvula aórtica (60%), 177 mitrales (33.7%), 98 en válvula tricúspide (18.7%) y 82 presentaron afección de más de 1 válvula (15.6%).La EI con afección del endocardio no valvular se registró en 9 casos (1.7%). 251 (47.8) fueron sometidos a tratamiento quirúrgico. Se registraron 121 óbitos (23%). En el análisis prospectivo se incluyeron 55 p, 39 p (71%) masculinos con edad promedio global de 45.1 (DS: 16.9). El 21% se asoció a la presencia de válvula bicúspide y 4% a prolapso de válvula mitral. Se presentó EI de válvula protésica el 10 casos (18%). 27 p presentaron embolias (49.1% Los hemocultivos fueron positivos en 45 casos (85%), el germen más prevalente fue el estreptococo 25 p (45.5%) y el estafilococo 16 p (29%). Las vegetaciones grandes se presentaron en 34 p (62%). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre la mortalidad y la presencia de: insuficiencia cardíaca (p: 0.067 Chi_2: 3.347), insuficiencia renal (p: 0.796 Chi_2: 0.067); infección incontrolada y reemplazo valvular (p: 0.119 Chi_2: 2.432); anemia (p:0.974 Chi_2: 0.001). Fueron sometidos a tratamiento quirurgico 29 p (52.7%).La mortalidad de este grupo fue de 13 (23%).

Conclusiones: Observamos, en concordancia con datos epidemiológicos previos, que la mayoría de los casos eran de sexo masculino y se presentaron sobre valvula nativa, principalmente aortica. La necesidad de resolución quirúrgica se evidencio en casi la mitad de los pacientes con diagnostico establecido de EI. A pesar de los avances en la capacidad de diagnóstico y tratamiento, la mortalidad hospitalaria de la endocarditis infecciosa continua siendo elevada.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-318 / drdanhernandez@hotmail.com

PRESENTACIÓN DE LAS ARRITMIAS VENTRICULARES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA EN LAS PROVINCIAS DE CHACO Y SANTIAGO DEL ESTERO

Daniel Osvaldo Hernández[*1], *Ana Lisa Carauni*[1], *María de los Angeles Centurión Britez*[1], *Sebastian Alejandro Gaspar*[1], *Francisco Andrés Horak*[1]

[1]Facultad de Medicina Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Clasificar a las arritmias ventriculares en pacientes con Enfermedad de Chagas-Mazza. Determinar la frecuencia de aparición de las arritmias ventriculares y su relación con la edad.

Material y Método: Se realizó un estudio prospectivo y observacional en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Chagas-Mazza en 11 localidades de la provincia de Chaco y 4 localidades de Santiago del Estero, considerándose como reactivos o positivos con dos serologías distintas. El trabajo se realizó desde Enero de 2010 a Enero de 2015. Se utilizó la Clasificación de Chagas del Consenso Internacional, realizado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2010. Se utilizó el sistema estadístico SPSS, determinándose significancia estadística P <0,05. Se realizó un electrocardiograma de 12 derivaciones y la elaboración de una historia clínica del paciente.

Resultado: De los 2212 pacientes, 976 pacientes presentaron Chagas Crónico con patología demostrada; 210 pacientes (21,5%), p < 0,001 edad: 50,7 años, presentaron diferentes arritmias ventriculares; extrasístoles ventriculares monomorfas: 128 pacientes (13,11%), p< 0,001 edad: 51,5 años, extrasístoles ventriculares polimórficas: 66 pacientes (6,75%), edad: 51,2 años, taquicardia ventricular no sostenida: 14 pacientes (1,4%), edad: 53,2 años y taquicardia ventricular sostenida: 2 pacientes (0,2%), edad: 47 años.

Conclusiones: Las arritmias ventriculares más frecuentes fueron las extrasístoles ventriculares monomorfas y las polimórficas. No hubo diferencias significativas en las edades de los pacientes con diferentes arritmias ventriculares.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-121 / dechaza@uolsinectis.com.ar

REGISTRO DE SÍNDROMES AÓRTICOS EN EL PERÍODO -2015 EN UN HOSPITAL PUBLICO DE REFERENCIA EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Diego Federico Echazarreta[1], *Mariano Maydana*[*1], *Lucia Ortiz*[1], *Cecilia Caso*[1], *Guillermo Godoy*[1], *Daniel Marelli*[1]

[1]Hospital San Juan de Dios, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Presentar una cohorte de pacientes ingresados en el Servicio de Cardiología de Hospital San Juan de Dios de La Plata portadores de síndromes aórticos (SAo) y describir su evolución intrahospitalaria en un período comprendido entre el 01/11/2007 y el 01/01/2015.

Material y Método: Se presentaron la totalidad de pacientes portadores de un SAo ingresados al Hospital San Juan de Dios de la ciudad de La Plata en la Provincia de Buenos Aires durante el período comprendido entre el 01/11/2007 al 01/01/2015. Se realizó un seguimiento intrahospitalario reuniendo las variable seleccionadas en un programa Microsof Excel 1997/2004. Las correlaciones estadisticas fueron calculadas mediante Test de Student y Chi cuadrado considerando una p <0.05 como significativa.

Resultado: Se incluyeron 113 pacientes (p), de los cuales 89 p fueron hombres (79%). Los motivos de consulta fueron dolor precordial en 64 p (57%), dolor epigástrico en 43 p (38%) y parestesias en miembros inferiores en 6 p (5%). Los factores de riesgo asociados hipertensión arterial en 93 p (82%),tabaquismo en 71 p (63%), dislipemia en 48 p (42%), Sindrome de Marfan y valvula aortica bicúspide en 6p (5%) cada uno. La forma de presentación mas comun fue la diseccion tipo A en 71 p (63%), tipo B 41 p (36%) y hematoma 1p (1%). Los hallazgos encontrados fueron la presencia de insuficiencia aortica en 52 p (46%), derrame pericardico en 41 p (36%) y pleural en 27 p (24%). La mortalidad fue del 31% (35 p), 20 p presentaban disecciones tipo A (57%) y 15 p tipo B (43%). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre la mortalidad y la presencia de: valores elevados de creatinina (t: 2,328 p: 0,02) y la hipertensión al ingreso (chi 2 5,457 p. 0,019).

Conclusiones: En concordancia con datos epidemiologicos previos, la diseccion es el tipo mas prevalente de sindrome aortico agudo y la forma de presentación más frecuente es el dolor precordial y epigastrico. Requiere una alta sospecha clínica para su diagnostico sobre todo en pacientes hipertensos, tabaquistas y con Sindrome de Marfan. Presenta una elevada mortalidad, sobretodo en el grupo de las disecciones tipo A.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-219 / claudiomoros@gmail.com

ADULTOS CON VENTRICULO UNICO. VARIABLES ASOCIADAS A MORTALIDAD EN EL SEGUIMIENTO. DATOS DEL REGISTRO GUTI-GUCH

CG Morós[*1], *M Pacheco Otero*[2], *LN Nicolosi*[3], *G Faliva*[4], *E Fernandez Rostello*[5], *MC Rubio*[3], *M López Daneri*[6], *I Torres*[1], *A Sosa Liprandi*[7], *M Grippo*[1]

[1]Hosp Niños R. Gutiérrez, [2]Centro Jonas Salk, [3]Hosp Español de Buenos Aires, CABA, [4]Hosp San Martín, La Plata, [5]Hosp Rivadavia, CABA, [6]Hosp Austral, BsAs, [7]Sanatorio Güemes, CABA, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Los adultos portadores de ventrículo único (VU) son una realidad en nuestro país. Analizamos la asociación de las variables clínicas y quirúrgicas con mortalidad en el seguimiento en una población de pacientes (P) adultos portadores de VU.

Material y Método: Se utilizaron los datos de P incluidos en el Registro para Cardiopatías Congénitas del Adulto GUTI-GUCH. Se seleccionaron aquellos con diagnóstico de VU según la International Pediatric and Congenital Cardiac Code (IPCCC) versión STS/EACTS. Se analizaron las siguientes variables clínicas y quirúrgicas: la Clase Funcional NYHA III-IV se denominó: Baja capacidad funcional (BCF), cianosis, función ventricular, tipo de ventrículo único (izquierdo, derecho o ambiguo), antecedentes de internaciones, cirugía de anastomosis subclavio pulmonar, cerclaje arteria pulmonar, Glenn, cirugía con circulación extracorpórea (QxCEC), anastomosis Atriopulmonar, Bypass total de ventrículo venoso, Reconversión (estas 3 últimas, consideradas como cirugía de fisiología univentricualr: CFU) y tratamiento farmacológico entre otros. Análisis estadístico: Análisis univariado con el Test del Chi cuadrado. El análisis multivariado fue de regresión múltiple. Curva de sobrevida Kaplan Meier. Se consideró p<0.05 e IC del 95%.

Resultado: De un total 1248 P se seleccionaron 70 p con VU, hombres 58.6%(41) edad 28.4 ± 8.17 años. Seguimiento medio 37.6 meses (1-98). Mortalidad 11,4%(8), venian de una transición 55.7%(39). Diagnósticos de VU: VU atresia tricuspídea 50%(35), VU doble entrada ventricular izquierda 18.6% (13), VU canal AV disbalanceado 11.4%(8), VU síndrome heterotaxia 7.1%(5). Morfología del VU: izquierdo 80%(56), ambiguo 11.4%(8) y derecho 8.6%(6). Cianóticos 30%(21), internaciones 21.4%(15), cirugía global 95.7%(67), QxCEC 85.7%(60), CFU 80%(56). El análisis univariado mostró: Cianosis p=0.003 OR 9.4(IC95% 1.7-51), VU ambiguo p=0.014 OR 6.8 (IC95% 1.2-37), BCF p=0.000 OR 29 (IC95% 3.2-260), QXCEC p=0.046 OR 0.2 (IC95% 0.4-1), CFU p=0.001 OR 0.1 (IC95% 0.02-0.5), internaciones p=0.036 OR 4.6 (IC95% 1-21.4), uso de Sildenafil p=0.006 OR 8.7 (IC95% 1.5-50). El análisis de regresión múltiple fue significativo para BCF, p=0.04 Wald 4.22 con curva de Kaplan Meier significativa Log Rank p=0.000

Conclusiones: La baja capacidad funcional (CF NYHA: III-IV) se mostró como el mejor predictor de mortalidad en el seguimiento en los pacientes portadores de ventrículo únicos independientemente al antecedente de cirugías de circulación univentricular realizadas.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-329 / drdanhernandez@hotmail.com

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA DE ETIOLOGÍA CHAGÁSICA

Daniel Osvaldo Hernández[*1], *Virginia Judith Blanco*[1], *María Victoria Nuñez Camelino*[1], *Martín Mario Sanchez*[1], *Brenda Ivonne Caamaño*[1]

[1]Facultad de Medicina Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Determinar las características clínico epidemiológicas de los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica descompensada (iccd) en pacientes con miocardiopatía dilatada chagásica

Material y Método: Se realizó un estudio observacional en 10 Localidades de la Provincia de Chaco y 3 Localidades de Santiago del Estero, en pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Chagas. A todos los pacientes con signos y síntomas de insuficiencia cardíaca crónica descompensada, se les realizó una Historia Clínica, electrocardiograma de 12 derivaciones y Radiografía de Tórax de frente. Se definió como insuficiencia cardíaca de etiología chagásica, cuando el paciente tenía 2 serologías reactivas, lesiones eléctricas crónicas típicas y se descartaban otras causas. Para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca descompensada se utilizaron los Criterios de Framingham Se expresó como variable estadística el porcentaje. Se utilizó el sistema estadístico SPSS, determinándose significancia estadística P <0,05.

Resultado: Chagas Crónico con patología demostrada: 976; 80 pacientes (8,2%) presentaron ICCD. edad promedio 51,7 años; fibrilación auricular 15 (18,7%), taquicardia ventricular 2 (2,5%); extrasístoles ventriculares 33 (41,2%) p < 0,001, Bloqueo bifascicular 18 (22,5%); bloqueo completo de rama derecha 4 (5%) bloqueo AV completo 6 (7,5%); enfermedad del nódulo sinusal 6 pacientes (7,5%). Pacientes sin ICCD: edad 45,6 años; p < 0,05 fibrilación auricular 22 (2,4%); taquicardia ventricular 9 (1%); extrasístoles ventriculares 139 (15,5%); bloqueo bifascicular 46 (5,1%) bloqueo completo de rama derecha 40 (4,4%); bradicardia sinusal 87 (9,7%); bloqueo aurículo ventricular 7 (0.7%); enfermedad del nódulo sinusal 9 (1%). Los porcentajes no son sumativos.

Conclusiones: Los pacientes con ICCD de etiología chagásica se presentan a temprana edad, son predominantemente de sexo masculino, con lesiones eléctricas crónicas, siendo las arritmias ventriculares las más frecuentes.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-379 / drdanhernandez@hotmail.com

ENFERMEDAD DE CHAGAS MAZZA EN 6 LOCALIDADES ENDEMICAS DE LA PROVINCIA DE FORMOSA

Daniel Osvaldo Hernández[*1], *Paula Agustina Sargenti*[1], *Angel Vicente Espinosa*[2], *Cristian Velazquez*[3], *Luis Melgarejo*[1], *Agostina Lilia Tomasella Bornia*[1]

[1]Facultad de Medicina Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina, [2]Centro de Cirugía Vascular y Torácica del Hospital Universitario de Orebro, Orebro, Suecia, [3]Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Tucumán, Tucuman, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Determinar las Características epidemiológicas, clínicas y electrocardiográficas de pacientes con diagnóstico serológico de Enfermedad de Chagas-Mazza

Material y Método: Se realizó un estudio prospectivo y observacional en 6 localidades endémicas de la provincia de Formosa, A todos los pacientes se les realizó una Historia Clínica, electrocardiograma de 12 derivaciones. Se utilizó la Clasificación Internacional de Chagas, realizada en la Ciudad Autónomo de Buenos Aires, en el año 2010. Se expresó como como variable estadística el porcentaje

Resultado: Fueron evaluados 208 pacientes con diagnóstico serológico de Enfermedad de Chagas, Chagas crónico con patología demostrada: 75 pacientes (36%), edad promedio: 58 años. Chagas crónico sin patología: 133 pacientes (64%) demostrada: 42 años. ECG: ritmo sinusal 201 (96.6) pacientes, ritmo no sinusal: 3 (1,44%) pacientes y ritmo de marcapasos:4 (1,92%). Extrasístoles ventriculares: 34 pacientes (16,34%) Bradicardia sinusal 17 pacientes(8,17% Hemibloqueo anterior izquierdo: 10 (4,80%) Bloqueo de rama derecha: 9 pacientes (4,32%), Bloqueo Bifascicular: 4 pacientes (1,92%) fibrilación auricular: 3 pacientes (1,44%). Pacientes con insuficiencia cardíaca crónica descompensada: 5 pacientes (2,40%)

Conclusiones: La población rural con diagnóstico de Enfermedad de Chagas, estudiada en las seis localidades de la provincia de Formosa, presentaron a las extrasístoles ventriculares como mejor expresión de daño eléctrico, seguido de bradicardia sinusal y hemibloqueo anterior izquierdo

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-188 / jdamskyb@gmail.com

CIERRE DE COMUNICACION INTERVENTRICULAR POR CATETERISMO

Jesus Maria Damsky Barbosa[*1], *Victorio Lucini*[1], *Adelia Marques*[1], *Judith Ackerman*[1], *Maria Fernanda Biancolini*[1], *Eugenia Bazan*[1], *Jaime Cornejo*[1], *Julio Biancolini*[1], *Ana Maria De Dios*[1]

[1]Hospital "Pedro de Elizalde", Montes de Oca n° 40. Buenos Aires, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Demostrar que el cierre de Comunicación Interventricular (CIV) por cateterismo es posible y de baja morbilidad.

Material y Método: E

Entre noviembre 2011 – 2014 se cerraron 31 CIV. Con edad promedio 9.7±7a. Peso: 7,5 kg (3,8 a 44 kg) Sexo: 15 F 13 M. Tipos de CIV: 21 perimembranosas (2 post-quirúrgicas, ambas con prolapso de la no coronariana leve), 4 musculo membranosas, 6 musculares (3 medio-ventriculares (2 post quirúrgicas) y 3 musculares altas). Se cerraron los defectos con Qp/Qs>1.5, o con antecedentes de EB, Insuficiencia Aortica no mayor de leve o defecto residual post-quirúrgico. Todos guiados por Ecocardiografía Transesofágica, si bien la elección de la prótesis se realizó con Eco transtorácico.Las posiciones cine radiológicas fueron: OAI 40° y 20° craneal para las musculares y OAI 60° y 20° craneales para las perimembranosas. Todos bajo anestesia general, anticoagulación y antibioticoterapia preventiva durante el procedimiento. Las prótesis utilizadas fueron: coils Nit occlud para cierre de Ductus y para cierre de CIV; dispositivos de Amplatzer para cierre de Ductus y CIV muscular y dispositivos Cera Lifetech para cierre de CIV.

Resultado: El tamaño del defecto a la derecha 0.4±0.1cm, a la izquierda 0.95±0.1cm y la longitud 0.95±0.21cm por eco; y 0.46±0.1cm, 1±0cm, 1±0cm todos medidos por eco TEE durante la hemodinamia. 23 p Nit Occlud: 22 con coil de CIV. 1 p se agregó un coil de ductus en el mismo procedimiento. 3 hemolisis: 1 leve que resolvió en 48 hs, 2 severas otro procedimiento donde se colocó 1 Nit Occlud de ductus por dentro. Shunt residual 6/23 inicial, 1 shunt residual mínimo desaparece a los 2 años; 1 embolización con recupero. 1p de ellos estenosis tricuspídea moderada al año de evolución, 1 caso IT mínima. 5 casos Liftech: 1 embolización, 2/5 shunt residual mínimo al ano, en 1/5 insuficiencia aortica leve (en CIV postquirúrgica, cerrada con Amplatzer ductus ocluder2), 2 bloqueo AV completo en una CIV: 1p ritmo nodal. 3p Amplatzer: 2 ADO II (perimembranosa y el otro muscular medioventricular) y 1 muscular alta. 2 casos shunt residual mínimo, que resuelve antes del año. 1 caso de estenosis tricuspídea funcional con disfunción de VD que obligó a cambiar la estrategia para el cierre de la misma. El mayor número de complicaciones fueron en los primeros casos.

Conclusiones: 1) El cierre de CIV es un procedimiento factible. 2) Es inexorable la curva de aprendizaje. 3) Es posible en pesos inferiores a 5 kg (1 paciente).

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-143 / drdanhernandez@hotmail.com

REGISTRO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA EN EL GRAN CHACO. UN ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO CLÍNICO Y ECG DE 5 AÑOS

Daniel Osvaldo Hernández[*1], *Rodrigo Lazo*[1], *Elias Daniel Sandoval*[1], *Paula Agustina Sargenti*[1], *Agustin Gabriel Gagliardone*[1]

[1]Facultad de Medicina Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Determinar las Características epidemiológicas, clínicas y electrocardiográficas de pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Chagas-Mazza en 11 Localidades de la provincia de Chaco y 4 del Santiago del Estero

Material y Método: se realizó un estudio prospectivo y observacional en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Chagas-Mazza en 11 localidades de la provincia de Chaco y 4 localidades de Santiago del Estero, considerándose como reactivos o positivos con dos serologías distintas. El trabajo se realizó desde Enero de 2010 a Enero de 2015. Se utilizó la Clasificación de Chagas del Consenso Internacional, realizado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2010. Se expresó como variable estadística el porcentaje

Resultado: Los pacientes con Chagas Crónico sin patología demostrada: 1236 (56%), promedio de edad 34 años, pacientes con Chagas crónico con patología demostrada: 976 (44%), promedio de edad: 46 años. Formas de diagnóstico: rutina: 773 (35%) pacientes, edad: 45 años, epidemiológico: 619 pacientes (28%), 44 años, síntomas: 548 pacientes (25%), edad: 47 años, por embarazo: 131 pacientes (6%), edad: 49 años, laboral: 60 pacientes (2.7%), edad: 40 años. Formas de Contagio: Vectorial: 2039 pacientes (92%), promedio de edad 49 años, congénito: 173 pacientes (8%), promedio de edad: 39 años. Pacientes con trastornos intraventriculares: 590 pacientes (26.7%), edad: 47 años, arritmias venticulares: 202 pacientes (9%), edad: 50 años, fibrilación auricular: 37 pacientes (1.7%), 52 años, insuficiencia cardíaca crónica descompensada: 75 pacientes (3.4%), promedio de edad: 52 años

Conclusiones: Los pacientes que consultaron en los Hospitales rurales tuvieron Chagas Crónico sin patología demostrada en un mayor porcentaje, la forma de diagnóstico más frecuente era por rutina, la transmisión vectorial fue muy elevada y los hallazgos electrocardiográficos en los Pacientes con Chagas Crónico con patología demostrada fueron los trastornos intraventriculares.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-337 / drdanhernandez@hotmail.com

HALLAZGOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS MAZZA URBANO

Daniel Osvaldo Hernández[*1], *Agostina Lilia Tomasella Bornia*[1], *Micaela Gerard*[1], *Giuliana María Gnoatto Grigolatto*[1], *Pierina Ayelen Pinchetti*[1]

[1]Facultad de Medicina Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Determinar qué hallazgos electrocardiográficos se observan en pacientes con enfermedad de Chagas Mazza urbano.

Material y Método: Se realizó un estudio prospectivo y observacional en pacientes con diagnóstico de enfermedad de Chagas Mazza, que concurrieron al Consultorio, por presentar serología reactiva por dos métodos. Se utilizó la Clasificación del Chagas del Consenso internacional; realizado en la Ciudad autónoma de Buenos Aires en el año 2010. A todos los pacientes se les confeccionó una historia clínica, y electrocardiograma de 12 derivaciones. Se expresó como variable estadística el porcentaje.

Resultado: 300 pacientes con diagnóstico de Chagas fueron evaluados. Sexo femenino 127 (42%), sexo masculino 173 (58%), promedio de edad para ambos sexos 45 años. Chagas crónico sin patología demostrada 195 pacientes (65%), edad 41 años. Chagas crónico con patología demostrada 105 pacientes (35%), edad 49 años. Las alteraciones eléctricas que más se observaron Bradicardia sinusal sola o asociada a otras alteraciones electrocardiográficas: 42 pacientes (40%), Arritmias ventriculares: 30 pacientes (28,5%), hemibloqueo anterior izquierdo: 18 pacientes (17,13%), bloqueo de rama derecha: 15 pacientes (14,2%), Arritmias supraventriculares: 10 pacientes (9,5%).

Conclusiones: La alteración eléctrica que más se observó en esta población con Chagas crónico urbano fue la bradicardia sinusal, seguida de las arritmias ventriculares, predominando entre estas las extrasístoles ventriculares monomorfas. Los hallazgos electrocardiográficos no son sumativos.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-241 / wolcanjdc@gmail.com

CARDIOPATIAS CONGENITAS Y ESTRUCTURALES EN EL ADULTO EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED

*Ricardo Gamboa[1], Maria del Pilar Anoni[*1] and Manso P, Roggiero G, Jorajuria A, Gastaldello N, Mariani J, Defelitto S, Gutiérrez D, Tajer C.*

[1]Hospital El Cruce, Buenos Aires, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Las cardiopatías congénitas en el adulto (CCA) son un desafío para los centros con cardiología y cirugía cardiovascular (CCV). Analizamos nuestra casuística enfocando la metodología diagnóstica y las opciones terapéuticas.

Material y Método: Se hizo un análisis retrospectivo y descriptivo de la base de datos del hospital. Se incluyeron los pacientes (p) mayores de 18 años. Todos los p fueron evaluados inicialmente mediante examen físico, ECG, radiografía de tórax y ecocardiograma Doppler color. Adicionalmente se efectuó ecocardiograma transesofágico, tomografía cardiaca multicorte (TMC), resonancia y cateterismo cardiaco (CAT). Para arribar al diagnóstico, un cardiólogo pediatra participó en el análisis de todos los estudios de imagen. La cirugía cardiovascular fue efectuada por el equipo pediátrico, al igual que las intervenciones por CAT. Los p con patología compleja izquierda fueron abordados por los cirujanos cardiovasculares de adultos. Los cuidados postoperatorios se desarrollaron en Unidad de Recuperación Cardiovascular del adulto.

Resultado: Se incluyeron 103 p entre enero de 2010 y diciembre de 2014. La edad media fue de 35.6, mediana 35, con un rango de 18 a 72 años. El 66% fueron mujeres. Las CCA más frecuentes fueron: Comunicación interauricular 45 p (82% ostium secundum, 14% tipo Seno venoso y 4% ostium primum), Tetralogía de Fallot 8 p y Coartación de aorta 6 p, comunicación interventricular 6 p. 5 p presentaron hipertensión pulmonar (síndrome de Eisenmenger). Los restantes 33 p presentaron cardiopatías congénitas complejas. El 79% de los p estaban sin tratamiento previo. Para complementar el diagnóstico, se realizó TMC en 13 p y se efectuaron 48 CAT diagnósticos. El análisis de los datos mostro que 86 p (83%) recibieron tratamiento, por CAT 26 p (32%) y con cirugía 60 p (68%). De los p intervenidos con estrategia quirúrgica, hubo 5 con cardiopatías complejas que fallecieron, 4 p en el postoperatorio inmediato dentro de los primeros cuatro días de la cirugía y 1 p en la tercera semana de la intervención. No hubo complicaciones por hemodinamia intervencionista.

Conclusiones: Hemos recibido un alto porcentaje de pacientes vírgenes de tratamiento y a la mayoría de ellos se les pudo ofrecer una opción terapéutica. El uso de la TMC como método diagnóstico en las CCA es creciente. La cirugía cardiaca sigue siendo una estrategia fuerte para la resolución de CCA, sin embargo la hemodinamia intervencionista representa una posibilidad de corrección con menor morbimortalidad. El manejo de las CCA requiere de un equipo multidisciplinario, por lo que el centro debe tener cardiología, hemodinamia y CCV infantil y del adulto, con experiencia en cardiopatías congénitas.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-285 / drdanhernandez@hotmail.com

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO ELECTROCARDIOGRÁFICAS DE PACIENTES CON CHAGAS CRÓNICO CON BLOQUEO BIFASCICULAR EN PROVINCIAS DE CHACO Y SANTIAGO DEL ESTERO

*Daniel Osvaldo Hernández[*1], Rodrigo Lazo[1], Agustín Gabriel Gagliardone[1], María de los Angeles Centurión Britez[1], Giuliana María Gnoatto Grigolatto[1]*

[1]Facultad de Medicina Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Determinar las características clínico electrocardiográficas de pacientes con bloqueo bifascicular con y sin arritmias ventriculares

Material y Método: Se realizó un estudio prospectivo y observacional en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Chagas-Mazza en 11 localidades de la provincia de Chaco y 4 localidades de Santiago del Estero, considerándose como reactivos o positivos con dos serologías distintas. El trabajo se realizó desde Enero de 2010 a Enero de 2015. Se utilizó la Clasificación de Chagas del Consenso Internacional, realizado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2010. Se utilizó el sistema estadístico SPSS, determinándose significancia estadística P <0,05. Se realizó un electrocardiograma de 12 derivaciones y la elaboración de una historia clínica del paciente. Se definió bloqueo bifascicular a la presencia de bloqueo completo de rama derecha más hemibloqueo anterior izquierdo o hemibloqueo posterior izquierdo del Haz de His.

Resultado: De 2212 pacientes totales, 976 pacientes presentaron Chagas crónico con patología demostrada; 64 (6,8%) pacientes presentaron bloqueo bifascicular. Bloqueo bifascicular con arritmias ventriculares 38 (59,3%) p < 0,05, pacientes con promedio de edad de 53,8 años, bloqueo bifascicular sin arritmias ventriculares 26 (40,7%) pacientes con promedio de edad de 53,3 años, P=NS. Bloqueo bifascicular con insuficiencia cardiaca 18 (33,3%) pacientes con promedio de edad de 56 años, promedio de edad sin insuficiencia cardiaca 50,6 años con una P 0,003.

Conclusiones: Se demostró que la presencia de este trastorno intraventricular se presenta después de los 50 años. Fue estadísticamente significativa la presencia de arritmias ventriculares asociado a bloqueo bifascicular y la edad de los pacientes con insuficiencia cardíaca.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-336 / drdanhernandez@hotmail.com

"ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA" DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE

*Daniel Osvaldo Hernández[*1], Yohana Itati Sappa Figueroa[1], Silvana del Rosario Deffamea[1], Claudio Rene Gonzalez[1], Renzo Gaston Bareiro[1]*

[1]Facultad de Medicina Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Determinar las características clínico epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Chagas-Mazza que concurrieron al consultorio.

Material y Método: Se realizó un estudio prospectivo y observacional en pacientes con diagnóstico de enfermedad de Chagas Mazza, que concurrieron al Consultorio, por presentar serología reactiva por dos métodos. Se utilizó la Clasificación del Chagas del Consenso internacional; realizado en la Ciudad autónoma de Buenos Aires en el año 2010. A todos los pacientes se les confeccionó una historia clínica, y electrocardiograma de 12 derivaciones. Se expresó como variable estadística el porcentaje.

Resultado: Concurrieron al Consultorio de Chagas, 300 pacientes, con un promedio de edad de 45 años. Chagas crónico sin patología demostrada 195 pacientes (65%), edad 41 años, Chagas crónico con patología demostrada: 105 pacientes (35%), edad: 49 años. Formas de diagnóstico: donantes de sangre 117 pacientes (38,3%), edad: 38 años, rutina: 88 pacientes (29,3%), edad: 45 años por síntomas: 39 pacientes (13%), edad 50 años, por embarazo: 26 pacientes (8,66%), edad 37 años, por motivos laborales: 22 pacientes (7,33%), edad: 40 años, servicio Militar: 8 pacientes (2,66%), edad: 54 años. Tipo de contagio: vectorial: 272 pacientes (90,6%), congénito: 24 pacientes (8%), transfusional: 4 pacientes (1,33%). Los cuadros clínicos: asintomáticos: 128 pacientes (42,6%), palpitaciones: 102 `pacientes (34%), disnea: 28 pacientes (9,3%), mareos: 26 pacientes (8,6%), dolor torácico: 10 pacientes (3,3%), síncope: 6 pacientes (2%). Insuficiencia cardíaca crónica descompensada: 2 pacientes (1,9%)

Conclusiones: Se trató de una población con Chagas Crónico urbano, con predomino de pacientes asintomáticos, siendo la forma de diagnóstico más frecuente cuando intentaron donar sangre.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-180 / dani_girl85@hotmail.com

REDITO DIAGNÓSTICO DE LA REALIZACIÓN DE PERICARDIOCENTESIS EN PACIENTES CON DERRAME PERICARDICO SEVERO

*Daniela Gomez[*1], Federico Curzel[1], Ana De Iraola[1], Luis Pizzini[1], Esteban Mendioroz[1], Gustavo Teberobsky Di Jorgi[1], Carlos Zappa[1], Federico Zabala[1], Luis Medesani[1], Hugo Ruiz[1]*

[1]HIGA San Martin La Plata, LA PLATA, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Estimar la incidencia de derrame pericárdico (DP) y de taponamiento cardíaco (TC) en nuestro medio e identificar etiologías.

Establecer criterios propios de pericardiocentesis.

Determinar el rédito de la misma en cuanto a etiología.

Material y Método: Desde enero del 2012 a enero de 2015 se realizaron 4250 ecocardiogramas (ETT) en nuestro servicio. Se diagnosticó DP en 90 pacientes, constituyendo el 2,12% del total de estudios.

Resultado: Del total de pacientes con DP 40 (44,4%) presentaron criterios de severidad, y 19 (47,5%) criterios ecocardiográficos de TC.

Se realizo pericardiocentesis en 21 pacientes (52,5%), por presentar clínica o signos ecocardiográficos de TC, por sospecha de pericarditis purulenta o para realizar diagnóstico etiológico de DP. Cuatro fueron guiadas por ecocardiograma.

Las pericardiocentesis fueron diagnósticas en 8 casos (38,1%). En aquellos casos que no apoyaron el diagnóstico, 10 tuvieron etiología definida por otros métodos y en 3 casos se catalogaron como idiopáticos

Las causas prevalentes de DP, en aquellos que se realizó pericardiocentesis, fueron: Enfermedades oncológicas (47,6%), autoinmunes (4,76%), IRC en hemodiálisis (4,76%), complicación post ATC (4,76%), TBC (4,76%), Infecciosa (14,30%) y Purulenta (4,76%)

Conclusiones: La realización de una pericardiocentesis en aquellos pacientes con DP severo, según los criterios planteados tuvo una tasa de rédito mayor a la informada en la bibliografía.

Las enfermedades oncológicas fueron las causantes de mayor número de DP severo, recidivante y de mal pronóstico; presentaron mayor compromiso hemodinámico, y requirieron resolución quirúrgica definitiva.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-315 / drdanhernandez@hotmail.com

CARACTERISTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGIAS DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS DE 4 LOCALIDADES DE LA PROVINCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO

Daniel Osvaldo Hernández[*1], *Rodrigo Lazo*[1], *Giuliana María Gnoatto Grigolatto*[1], *Jimena Fontana Goy*[1], *Diego Mariano Alves*[1]

[1]Facultad de Medicina Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Determinar las características socio epidemiológicas, clínicas y electrocardiográficas de pacientes con Enfermedad de Chagas de los Departamentos COPO y ALBERDI, de la provincia de Santiago del Estero.

Material y Método: Se realizó un estudio prospectivo y observacional, en la provincia de Santiago del Estero, en las Localidades de Pampa de los Guanacos, Los Pirpintos y Monte Quemado pertenecientes al Departamento COPO y la Localidad de Sachayoj, localizada en el Departamento Alberdi, a 184 pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Chagas-Mazza, considerándose como reactivos o positivos con dos serologías distintas, desde Enero de 2014 a Enero de 2015. A todos los pacientes se les realizó una Historia Clínica y un electrocardiograma de 12 derivaciones. Se utilizó la Clasificación Internacional de Chagas, realizada en la Ciudad Autonoma de Buenos Aires en el año 2010. Se expresó como variable estadística el porcentaje.

Resultado: Fueron evaluados 184 pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Chagas. Presentaron Chagas Crónico sin Patología Demostrada: 109 (59,3%) pacientes con un promedio de edad de 37 años Chagas Crónico con patología Demostrada: 75 (40,7%), edad promedio: 53,5 años. La forma de contagio más frecuente en esta población fue la vectorial: 189 (97,8%). Las formas de diagnóstico fueron: rutina: 122 (66,30% pacientes, epidemiológico: 27 (14,67%) pacientes, Síntomas: 15 (8,15%) pacientes, Embarazo: 10 (5,43%) pacientes, laboral: 8 (4,34%) pacientes, Donante: 2 (1,08%). Las alteraciones electrocardiográficas que más se observaron fueron: trastornos intraventriculares: 51 (27,71%) pacientes, extrasístoles ventriculares: 22 (11,95%). Presentaron Insuficiencia cardíaca crónica descompensada: 15 (8,15%).

Conclusiones: La población que fue evaluada durante 12 meses, en una zona geográfica de muy alta endemia, un elevado número de pacientes que se diagnostican esta enfermedad por método de rutina, siendo muy elevado el contagio vectorial, y los trastornos intraventriculares. La presencia de insuficiencia cardíaca crónica descompensada de etiología chagásica, fue superior a otras poblaciones.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-123 / dechaza@uolsinectis.com.ar

VALORACION DE LA FUNCION VENTRICULAR IZQUIERDA CON ESTUDIOS DE SPECT GATILLADO EN PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIENCIA RENAL SIN ISQUEMIA MIOCARDICA

Diego Federico Echazarreta[*1], *Marcelo Uriarte*[1]

[1]Instituto de Diagnóstico Cardiovascular La Plata, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar el comportamiento de la función ventricular izquierda (FVI) mediante estudios de SPECT gatillado en pacientes portadores de insuficiencia renal crónica (IRC) sometidos a terapia farmacológica o dialítica sin la presencia de isquemia miocárdica asociada.

Material y Método: Se evaluaron dos grupos de pacientes portadores de IRC. Grupo I bajo tratamiento farmacológico y Grupo II bajo tratamiento con diálisis. 51 pacientes (p) con 33 varones en el período comprendido entre el 01/01/2012 y el 01/01/2014 ingresados al Servicio de Medicina Nuclear del Instiuto de Diagnóstico Cardiovascular la Plata para la realización de un PECT gatillado como parte de la evaluación pre-transplante renal. Se reunieron los datos en una plataforma Microsoft Excel 1997/2004.Se utilizó el Test de Student considerando una p>0.05 como de significancia estadística.

Resultado: Se evaluaron dos grupos de pacientes portadores de IRC. Grupo I bajo tratamiento farmacológico : 23 p, 16 varones con edad promedio 54≠6 años, 10 portadoresde hipertensión arterial y 3 diabéticos con evolución de 3.1≠0.6 años, quienes realizaron un test ergométrico de 6±0.7 mets con FVI: 58±4% volumen de fin de diástole (VFD): 81±5 ml y volumen de fin de sistole (VFS): 32±4 ml. El Grupo II bajo tratamiento con diáiisis. 28 p, 19 varones con edad promedio 56±4.8 años con 10 DBT, 13 HTA y promedio de diálisis de 1.4±0.2 años con test ergométrico de 5.1±0.4 mets y FSV: 46±3 ml (p<0.049) con VFD: 102±9 ml y VFS: 49±5 ml.

Conclusiones: Se observo un deterioro estadísticamente significativo en la FVI en los pacientes sometidos a tratamiento dialítico comparados con el farmacológico sin detección de segmentos isquémicos en ambos grupos.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-294 / drdanhernandez@hotmail.com

LOS TRASTORNOS INTRAVENTRICULARES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS EN LAS PROVINCIAS DE CHACO Y SANTIAGO DEL ESTERO

Daniel Osvaldo Hernández[*1], *Micaela Gerard*[1], *Déborath María Celeste Burguener*[1], *Giuliana Marylen Peroña*[1], *Renzo Gaston Bareiro*[1]

[1]Facultad de Medicina Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Determinar los tipos de trastornos intraventriculares hallados en pacientes con Chagas crónico en 15 localidades de Chaco y Santiago del Estero

Comparar la edad con la aparición de los trastornos intraventriculares en los pacientes con enfermedad de Chagas.

Material y Método: Se realizó un estudio prospectivo y observacional en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Chagas-Mazza en 11 localidades de la provincia de Chaco y 4 localidades de Santiago del Estero, considerándose como reactivos o positivos con dos serologías distintas. El trabajo se realizó desde Enero de 2010 a Enero de 2015. Se utilizó la Clasificación de Chagas del Consenso Internacional, realizado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2010. Se utilizó el sistema estadístico SPSS, determinándose significancia estadística P <0,05. Se realizó un electrocardiograma de 12 derivaciones y la elaboración de una historia clínica del paciente.

Resultado: De 2212 pacientes totales, 976 pacientes presentaron Chagas crónico con patología demostrada. Trastornos intraventriculares 544 (55,7% P <0,0001) pacientes con promedio de edad de 47 años. Bloqueo completo de rama derecha 44 (4,5%) edad 53 años; Bloqueo incompleto de rama derecha 133 (13,6%) edad 44,7 años P=<0,05; Hemibloqueo anterior izquierdo 272 (27,8%) edad 46,6 años P=<0,05; Bloqueo bifascicular 64 (6,5%) edad 52,6 años; Hemibloqueo posterior izquierdo 17 (1,7%) edad 48 años; Bloqueo de rama izquierda 11 (1,12%) edad 42 años; Bloqueo trifascicular 3 (0,3%) edad 65 años.

Conclusiones: Fue estadísticamente significativo la presencia de este daño eléctrico, el hemibloqueo anterior izquierdo y el bloqueo incompleto de rama derecha; se demostró una correlación entre la edad y la gravedad de los distintos trastornos intraventriculares.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-177 / aar_184@hotmail.com

MIXOMA GIGANTE EN AURÍCULA IZQUIERDA

Adriana Rostan[*1]

[1]IPC Sagrada Familia, Santa Fe, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Los tumores cardiacos primarios constituyen una patología poco frecuente y de ellos el mixomas es el más común. El cuadro clinico de presentación varia ampliamente según la localización y el tamaño del tumor. Con el avance de los métodos por imágenes se ha logrado realizar el diagnostico, lográndose un tratamiento oportuno para esta entidad.

Se analiza la forma de presentación anatomoclínica, resultados perioperatorios y la evolución de un paciente con mixoma en aurícula izquierda sometida a tratamiento quirúrgico.

Material y Método: Se estudia una paciente de sexo femenino, con edad de 63 años, antecedente de taquiarritmias e hipotiroidismo, la cual consulta por palpitaciones; se efectuan electrocardiogramas seriados y posteriormente se estudia mediante ecocardiograma transtorácico.

La revisión bibliográfica se efectúa mediante los buscadores PubMed, LILACS, SCIELO, aplicándose filtro en los diez últimos años.

Resultado: Al ingreso, el exámen físico no mostro alteraciones y los signos vitales estaban dentro de parámetros normales. Se realiza electrocardiograma de 12 derivaciones constatándose taquiarritmia supraventricular irregular compatible con ritmo de fibrilación auricular de alta respuesta ventricular, se decide instaurar tratamiento anticoagulante y control de frecuencia cardiaca; posteriormente se solicita ecocardiograma transtorácico observándose masa tumoral compatible con mixoma, localizada en aurícula izquierda con efecto de obstrucción al tracto de entrada del ventrículo izquierdo, leve insuficiencia mitral y tricuspídea, leve hipertensión pulmonar.

Se interconsulta con servicio de cirugía cardiovascular y se accedió a resección tumoral, donde se confirmo masa tumoral de aspecto gelatinoso, con aspecto friable, de aproximadamente 7 cm de diámetro localizado en aurícula izquierda.

Se analizó la muestra mediante anatomía patológica la cual confirmo el diagnóstico de mixoma.

El post-operatorio curso con buena evolución clínica y posteriormente se decidió el alta a los cuatros días de la intervención quirúrgica.

Conclusiones: Los mixomas cardíacos se diagnostican y tratan generalmente, en pacientes que se presentan sintomáticos.

La resección quirúrgica es el tratamiento de elección, con morbimortalidad hospitalaria baja y resultados a corto y largo plazo satisfactorios.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-156 / romanojose2002@hotmail.com

ENFERMEDAD DE CHAGAS 2014 PREVALENCIA " REAL" ENCONTRADA EN NUESTRO HOSPITAL

José René Romano[*1], *Alfredo Alejandro Romano*[2], *Laura Yamel Abbate*[3], *Tania Ivone Figueredo*[3], *Julio Leandro Bobadilla*[4] *and Cardiología Pilcomayo*

[1]Hospital de Laguna Blanca Formosa Pedro E. Insfran, Laguna Blanca, [2]Instituto de Investigaciones Medicas Formosa, Formosa, [3]UNNE, Laguna Blanca, [4]UNNE, Riacho Hehe, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Informar la prevalencia encontrada en el año 2014 mediante los análisis de laboratorio del Hospital de Laguna Blanca Formosa, Evidenciar a quien se le pidió y cuantos dieron positivos de cada grupo. Y por ultimo y de una manera más subjetiva demostrar fallas encontradas en el testeo poblacional que llevan a la subestimación actual de la enfermedad de chagas.

Material y Método: : Estudio descriptivo observacional retrospectivo. Se utilizo las fichas del laboratorio del hospital: donde informan todos los laboratorios realizados, a quien se le realizo(si es una embarazada) y quien dispositivo en cada laboratorio. No se conto con planilla de niños. Con estos datos se creó una base de datos y estos fueron analizados con el programa Excel 2005.

Resultado: Se atendieron solo en consultorio externo de cardiología y clínica medica 6.781 pacientes, no embarazadas y se realizaron durante el año 2014: 1384 serologías para chagas, de ellas dieron positivas 25 en total, a embarazas se les realizo 926 (pacientes no embarazadas 458pts 6,75%) y dieron positivas 12 de ellos 5(eran aborigenes). Y los positivos en adultos de ambos sexos pero sin embarazo fueron de 13. También se vio que no se le realizo serología de chagas a 46 embarazadas.

Conclusiones: Se encontró en una región caracterizada por alta prevalencia de enfermedad de chagas una prevalencia baja, para lo esperado, se observo también que se le realizo a casi todas las embarazadas que concurrían, pero a los pacientes que no están en esta situación se le pidió en un número muy escaso. Por lo cual decir que la prevalencia de enfermedad de chagas la región estudiada es baja es como mínimo incorrecto, lo ideal sería decir que salvo en embarazadas la prevalencia de chagas en pacientes adultos que concurren a este nosocomio, es casi desconocida, lo cual es preocupante por la región donde se hizo el estudio.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-272 / aidanunez2@hotmail.com

PATRONES ELECTROCARDIOGRÁFICOS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS EN UN HOSPITAL DE LA ZONA SUR DE LA CIUDAD DE SALTA.

Aida Carolina Nuñez Burgos[*1], *Ricardo Leon de la Fuente*[1], *Marianela Borgatta*[1], *Arnedo Daniela*[1], *Marisa Ortega*[1], *María Cossio*[1]

[1]Hospital Papa Francisco, Salta, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Los pacientes con serología positiva para Chagas presentan en su evolución diferentes lesiones eléctricas que difieren de acuerdo a la distribución geográfica del T.Cruzi

Material y Método: Se realizó un estudio prospectivo y observacional desde el 10/11/2013 hasta 30/01/2015, en el servicio de cardiología del Hospital Papa Francisco localizado sur de la provincia de Salta. A todos los pacientes se les realizó Historia Clínica, se diagnosticó Chagas con dos reacciones serológicas positivas HAI-Elisa, electrocardiograma de 12 derivaciones. Se utilizó el Consenso Internacional de Chagas del año 2010. Variable estadística utilizada el porcentaje.

Resultado: Fueron evaluados 65 pacientes con diagnóstico de Chagas 38 (54%) pacientes de sexo femenino, el promedio de edad para ambos sexos fue 47 años. Chagas crónico sin patología demostrada 36 (55%) pacientes, edad promedio 45 años. Chagas Crónico con patología demostrada 29 (45%) edad promedio de 59 años.

ECG	N°pacientes	%
HBAI+BRD	7	24.1
Bradicardia Sinusal	6	20.6
HBAI	4	13.7
FA Cronica	4	13.7
EV	3	10.3
BRD	3	10.3
BAV 2° tipo W	1	3.44
Ritmo de MCP	1	3.44

Conclusiones: El patrón electrocardiográfico más frecuente en la población analizada fue HBAI+-BRD, predominando en la consulta el sexo femenino.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-206 / julieta_aries@yahoo.com

TROMBO INTRAVENTRICULAR GIGANTE RELACIONADO CON MIOCARDITIS EOSINOFILICA

Saimom Sgarioni[*1], *Daniela Cornejo*[1], *Gustavo Irusta*[1], *Javier Casado*[1], *Paola Martinengo*[1]

[1]Sociedad Espanola de Socorros Mutuos, Mendoza, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La miocarditis eosinofílica (ME) es un raro subtipo de miocarditis, caracterizada por inflamación miocárdica focal o difusa con infiltrados eosinofílicos y puede deberse a etiologías diversas, como enfermedades sistémicas, neoplásicas, asociadas a medicaciones, infecciones virales, bacterianas y parasitarias. Nuestro objetivo es reportar el caso de un paciente que presenta trombo intraventricular gigante en el contexto de una miocarditis hipereosinofílica; su etiología, tratamiento, evolución clínica, seguimiento ecográfico y realizar actualización bibliográfica.

Material y Método: Se realizó una descripción del manejo y evolución del paciente con ME, diagnosticado por ecocardiograma transtorácico (ET) y resonancia magnética (RMN) en el periodo de 2014, en el Sanatorio de la Sociedad Española de Socorros Mutuos de Mendoza. También se realizó una actualización bibliográfica.

Resultado: Paciente masculino de 44 años, sin factores de riesgo cardiovascular, presenta como único antecedente cuadro asmático en la infancia, que consulta por presentar astenia marcada de 3 semanas de evolución acompañado de molestia torácica inespecífica del mismo tiempo de evolución, mialgias y pérdida de peso. Al examen físico el paciente ingresa con molestia torácica inespecífica; en laboratorio presenta valor eosinofilico de 32%, biomarcadores cardíacos negativos; en radiografía de tórax presenta índice cardiotorácico conservado, sin imágenes de infiltrados, consolidaciones ni derrame pleural; en electrocardiograma presenta signos de isquemia subepicárdica inferior y lesión subendocárdica lateral; en el ET presenta imagen ecodensa subapical, de gran tamaño, con desfiladero central, con importante gradiente a través del mismo, además de hipoquinesia severa del sector medio y apical del ventrículo izquierdo y fracción de eyección (FEY) de 33%. EnRMN presenta: Imagen hipointensa en zona central correspondiendo a trombo extenso, que ocupa casi todo el centro de la cavidad, deterioro moderado de la función sistólica con FEY de 40%. En T2 TSE con y sin supresión grasa se observa hiperintensidad subendocárdica en segmentos mediales. En T1 1R con gadolinio tardío se observa realce tardío con gadolinio subendocárdico, ínfero lateral medial y antero lateral medial, que corresponde a fibrosis endocárdica.

Conclusiones: El paciente recibió tratamiento anticoagulante con acenocumarol y prednisona, con ausencia de eosinófilos a los 10 días de tratamiento. Presenta notable mejoría sintomatológica a las 2 semanas. A los 4 meses se realiza ET presentando una marcada reducción del trombo intraventricular y mejoría de la FEY. El diagnóstico temprano y el tratamiento con esteroides pueden mejorar la evolución por lo que deben ser realizados lo mas pronto posible cuando las causas secundarias de hipereosinofilias fueron excluidas.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-312 / drdanhernandez@hotmail.com

BRADICARDIA SINUSAL Y ENFERMEDAD DEL NÓDULO SINUSAL EN PACIENTES CON CHAGAS CRÓNICO CON OTRAS LESIONES ELÈCTRICAS ASOCIADAS

Daniel Osvaldo Hernández[*1], *Déborath María Celeste Burguener*[1], *Giuliana Marylen Peroña*[1], *Micaela Gerard*[1], *Renzo Gastón Bareiro*[1]

[1]Facultad de Medicina Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Determinar la presencia de bradicardia sinusal y enfermedad del nódulo sinusal solo y asociados a otras lesiones eléctricas

Comparar la edad de los pacientes con bradicardia sinusal y enfermedad del nódulo sinusal solos y asociados a arritmias ventriculares y trastornos intraventriculares

Material y Método: Material y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo y observacional en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Chagas-Mazza en 11 localidades de la provincia de Chaco y 4 localidades de Santiago del Estero, considerándose como reactivos o positivos con dos serologías distintas. El trabajo se realizó desde Enero de 2010 a Enero de 2015. Se utilizó la Clasificación de Chagas del Consenso Internacional, realizado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2010. Se utilizó el sistema estadístico SPSS, determinándose significancia estadística $P < 0,05$. Se realizó un electrocardiograma de 12 derivaciones y la elaboración de una historia clínica del paciente.

Resultado: Resultados: De los 2212 pacientes, 976 pacientes presentaron Chagas Crónico con patología demostrada; de los cuales 111 (11,3%) $p < 0,001$ pacientes presentaron Bradicardia sinusal y Enfermedad del Nódulo sinusal, solo o asociados a otras lesiones eléctricas; bradicardia sinusal: 41 pacientes (37%), edad: 47 años $p < 0,001$ Bradicardia sinusal asociado a trastornos intraventriculares: 35 pacientes (31,5%), $p < 0,001$, edad: 46 años bradicardia sinusal asociado a arritmias ventriculares y trastornos intraventriculares: 15 pacientes (13,5%), Enfermedad del nódulo sinusal: 15 pacientes (13,5%) edad: 48 añosy bradicardia sinusal asociado a arritmias ventriculares: 5 pacientes (4,5%), edad: 46 años

Conclusiones: Conclusiones: se observó significancia estadística en esta población, en los pacientes con bradicardia sinusal solo y asociado a trastornos intraventriculares. No hubo diferencias significativas en les edades de los pacientes con bradicardia sinusal solo o asociado a otras lesiones eléctricas

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-159 / evita_ng85@hotmail.com

MIOCARDIOPATIA HIPERTROFICA CON OBSTRUCCION AL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRICULO DERECHO. REVISION DE UN CASO

Evangelina Garcia[*1], *Maria Soledad Sandobal*[1]

[1]Instituto Privado de Cardiología Sagrada Familia, santa fe, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: La Miocardiopatía Hipertrófica (MCH) se define por la presencia de aumento del grosor de la pared ventricular izquierda en ausencia de otra enfermedad cardiaca o sistémica capaz de producirlo. Es la miocardiopatía primaria genética más frecuente y su expresión fenotípica es variable con o sin obstrucción al tracto de salida del ventrículo izquierdo (OTSVI) o del ventrículo derecho (OTSVD), en este último caso con una incidencia hasta ahora desconocida porque el diagnostico no se busca intencionalmente. Presentamos el caso de un paciente con MCH septal asimétrica, hipertrofia ventricular derecha y OTSVD aislada.

Material y Método: Paciente de 55 años con antecedente de Linfoma no Hodgkin que ingresa a Unidad Coronaria por edema agudo de pulmón. El electrocardiograma presentó taquicardia sinusal y signos de hipertrofia ventricular izquierda. El ecocardiograma Doppler evidenció severa hipertrofia septal asimétrica (septum de 31 mm) sin signos de OTSVI, hipertrofia de pared libre de ventrículo derecho (VD) de 10 mm, velocidad pulmonar máxima de 2,67 m/s, gradiente máximo de 28,65 mmHg y gradiente medio de 13,4 mmHg, patrón mitral restrictivo y fracción de eyección 49%. A fin de descartar infiltración neoplasia se solicita cardiorresonancia magnética que informó hipertrofia miocárdica asimétrica (septum 31,8 mm), hipertrofia de pared libre de VD de 13,5 mm con presencia de aceleración de flujo a nivel de válvula pulmonar (anatómicamente normal con apertura conservada). En secuencias de STTIR no se detectaron áreas de hiperintensidad compatibles con inflamación y/o infiltración. En secuencia postperfusión de gadolinio se hallaron múltiples focos de hiperrealce compatibles con fibrosis macroscópica parcheada.

Resultado: La OTSVD existe si la velocidad máxima por Doppler continuo es mayor a 2,0 m/s y el gradiente medio es mayor de 7 o 16 mmHg según diferentes autores. Frecuentemente está asociada con OSTVI. La realización de ecocardiografía tiene indicación IB como método de evaluación inicial. La cardiorresonancia con realce tardío de gadolinio actualmente tiene indicación IB en pacientes con sospecha de MCH y ventanas ecocardiográficas inadecuadas. El realce tardío con gadolinio identifica la extensión de la fibrosis intersticial causada por esta patología, con un patrón típico parcheado, presente en el 65% de los pacientes.

Conclusiones: Es importante evaluar ambos ventrículos con ecocardiograma Doppler en pacientes con MCH, ya que la OTSVD puede estar presente en ausencia de obstrucción ventricular izquierda o acompañando la misma y considerar la utilidad de la cardiorresonancia como método diagnostico complementario en pacientes con ventanas dificultosas o patrones atípicos de hipertrofia.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-174 / celestebuniva@hotmail.com

"INSUFICIENCIA MITRAL AGUDA SEVERA POR ENFERMEDAD DEGENERATIVA DE LA VÁLVULA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA"

Ma. Celeste Buniva[*1]

[1]IPC Sagrada Familia, Santa Fe, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Las enfermedades degenerativas y el prolapso de la válvula mitral son las causas más frecuentes de disfunción valvular con ruptura de las cuerdas tendinosas de forma espontánea. La aparición súbita de la misma condiciona la falta de adaptación del corazón a los cambios hemodinámicos, y el paciente afectado, que no refieren síntomas previos, presenta disnea, inestabilidad hemodinámica y síntomas de shock. Se presenta el caso de un paciente con ruptura de cuerda tendinosa secundaria a prolapso y válvula mixomatosa mitral. Se pretende discutir los conceptos actuales sobre la historia natural, progresión, consecuencias y tratamiento adecuado de dicha patología.

Material y Método: Caso clínico: paciente masculino de 57 años que consulta por cuadro de disnea CF II-III de una semana de evolución que progresa hasta hacerse de reposo, acompañado de ortopnea, hemoptisis y palpitaciones. Al examen físico se observaba palidez y sudoración, TA 180/100 mmhg, FR 28 FC 130 T° 36.5°C SatO2 85% (basal sin O2), R1 – R2 normofonéticos, R3, soplo holosistólico IV-V/ VI, ritmo irregular, signos de insuficiencia cardíaca. En el electrocardiograma se observa fibrilación auricular de alta respuesta ventricular de comienzo incierto. Y en la radiografía de tórax signos de congestión pulmonar.

Resultado: Se instaura tratamiento médico respondiendo favorablemente al mismo, y se valora mediante ecodoppler cardiaco, que evidencio función diastólica del ventrículo izquierdo alterada en estadio III, función sistólica del ventrículo izquierdo normal, cavidades derechas dilatadas moderadas, vena cava inferior dilatada sin colapso, prolapso de valva anterior mitral, insuficiencia mitral severa, insuficiencia aortica leve, insuficiencia tricuspídea moderada a severa e hipertensión pulmonar severa. Se optimiza tratamiento médico, se solicita valoración prequirurgica y se efectúa ecodoppler tras esofágico que informa además prolapso de válvula mitral con excursión de la valva anterior por rotura de cuerda tendinosa en válvula mixomatosa. Una vez estabilizado el paciente se realiza tratamiento definitivo mediante el recambio de la válvula nativa con prótesis mecánica.

Conclusiones: Se analizan los resultados de diferentes estudios en donde se realiza el seguimiento de pacientes evaluando la mortalidad precoz y tardía posterior a la cirugía, la incidencia de complicaciones, la recurrencia de la insuficiencia mitral a largo plazo, el mejor tratamiento terapéutico, incluyendo la utilización del balón de contrapulsación aórtica y la opción terapéutica ideal (reparación valvular vs recambio de la misma) que restaura la esperanza de vida de los pacientes a la normalidad exceptuando aquellos pacientes con comorbilidades, edad avanzada o alteración en la anatomía cardiovascular.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-279 / maristelma@yahoo.com

EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA FAMILIAR

Maris Telma Lindstrom[*1], *Leticia mansilla*[2], *Victoria Corradi*[1], *Maria E Sabbione*[2], *Sabina Garobbio*[1], *Rodrigo Egues*[1], *Jorge Bleiz*[2], *Analia Pardo*[1], *soledad mansiola*[1]

[1]Hospital de niños Sor Maria Ludovica, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Analizar la evolución clínica y la respuesta al tratamiento de la miocardiopatia hipertrófica familiar (MCHF).

Material y Método: En un estudio retrospectivo entre julio de 1995 y diciembre de 2014 se revisaron las historias clínicas de 3 familias (F) con MCHF,- F1: 6 integantes(I); F2: 6 I; F3: 4 I -. Se analizaron edad del paciente al ingreso, antecedentes de MCHF y muerte súbita cardíaca (MSC), sintomatología, electrocardiograma (ECG), Holter, Ergometria, Ecocardiograma, tratamiento implementado y respuesta al mismo. El analisis estadístico se realizó con la prueba chi² y el test exacto de Fischer, y un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultado: La edad promedio de presentacion fue 7.7 años (F1: 10.66 años, F2: 1 mes de vida, F3: 12.4 años). Dos de las tres F estudiadas presentaron antecedente MCHF (66.6%) (p<0.05); una F miocardio no compacto (33.4%). F1: (6I) el 83% presentaba MCHF (p< 0.05) tipo no obstructiva (p<0.05) el 40% presentó MSC (p<0.05). F2: (6I)del 83% con MCHF (p< 0.05) de tipo obstructiva(p<0.05) el 20% presentó MSC (pNS). F3: (4I) del 50% con MCHF (p<0.05) el 25% (miocardio no compacto) presentó MSC (p< 0.05). El 77% de los pacientes presentaron sintomatología (p<0.05) [61% disnea de esfuerzo 16% palpitaciones] p (<0,05), De los paceintes en seguimiento: ECG: F1 (3I) y F2 (5I) 100% (p <0,05) Trastorno difuso de la repolarización e hipertrofia de ventriculo izquierdo; F3: (3I) 66,6% (p < 0,05) trastorno difuso de repolarización. Holter: F2: (3I) 33,3% extrasistoles supraventriculares y ventriculares frecuentes. F3: (3I)66,6% extrasistoles ventriculares, taquicardia supraventricular (p < 0,05) PEG: F1: (3I) 100%: infra desnivel del ST de 4 mm en el maximo esfuerzo. (p < 0,05) F2 (3I)y F3 (3I) infra ST de 2-3 mm. Ecocardiograma: FI: (3I)100% motilidad global del VI alterada, 66,6% HVI 33,4% Hipertrofia biventricular. F2: (5I) 100% MCH asimetrica obstructiva, estenosis medioventricular 100% alteración de la motilidad, 20% función conservada F3: (3I) 33,3% Miocardio no compacto, 33,3% HVI leve, 33,3% HVI severa asimetrica no obstructiva. Tratamiento: F1: (3I) 100% con Diltiazen y carvedilol 66,6% sin respuesta favorable al mismo, F2: (3I) 66,6% con atenolol. 33,3% sin respuesta. F3: (2I) 50% con carvedilol sin respuesta favorable. Del total de los P el 15% presenta CDI.

Conclusiones: La MCHF presenta una alta penetrancia, con elevado antecedente de MSC. La presentación fue predominante a edades tempranas. Siendo la mayoria sintomaticos por insuficiencia cardíaca; no observamos una evolucion favorable con el tratamiento medico instaurado, por lo cual se implanto cardiodesfibrilador como prevención primaria de MSC.

3. ENFERMEDADES VALVULARES, MIOCÁRDICAS, ENDOCÁRDICAS, PERICÁRDICAS, CONGÉNITAS Y PEDIÁTRICAS. CARDIOLOGÍA MOLECULAR

FAC2015-268 / marlen_lsc@hotmail.com

VALVULOPATIA AORTICA EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Marlen Coimbra Aramayo[*1], *Gabriela Moyano Cardenas*[1], *Ricardo Martellotto*[1], *Horacio Simondi*[1], *Adriana Gigena*[1], *Fernando Gragera*[1], *Marcos Castro*[1], *Mauro Mucilli*[1]

[1]Hospital Italiano de Córdoba, Córdoba, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Describir un caso clínico de Insuficiencia Aortica y su relacion con la espondilitis anquilosante

Material y Método: Descriptivo:

Paciente masculino de 41 años de edad, con antecedentes patológicos de Espondilitis Anquilosante (diagnosticada el año 2007) tratado con antinflamatorios no esteroideos, corticoides y azulfidine, abandonando el tratamiento hace 2 años.

Clínica: Disnea clase funcional II que comienza hace aproximadamente un mes (diciembre de 2014), exacerbandosé los últimos diez días, presentando tos, taquipnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna, dolor punzante a nivel interescapular y epigastralgia. Al examen físico taquipneico, ortopneico, palabra entrecortada, R1 R2 Hiperfonéticos soplo diastólico 4/6 foco mitral, buena perfusión periférica, reflujo hepatoyugular, Regular mecánica respiratoria crepitantes y subcrepitantes en tercio superior de ambos campos pulmonares; hepatomegalia 2 cm bajo reborde costal. Rayos X de torax: Cardiomegalia grado II, elongación aórtica, redistribución del flujo vascular; engrosamiento intersticio alveolar perihiliar izquierdo, sugestivo de condensación neumonía en primera instancia. TAC de tóracoabdominal: aorta ascendente, cayado y descendente de calibre normal, cardiomegalia, consolidación alveolar en segmento anterior del lóbulo superior izquierdo con areas parcheadas en vidrio esmerilado de distribución difusa a nivel subpleural en ambos lóbulos inferiores y lóbulo superior izquierdo. Hepatomegalia, atrofia renal derecha. Es internado por servicio de clínica médica con diagnostico de NAC (neumonía adquirida en la comunidad) dos días después se interconsulta al servicio de cardiología, encontrandosé el mismo examen físico previo, por lo cual se solicita: Ecocardiograma Doppler: Dilatación de cavidades izquierdas, Función sistólica de VI (Ventrículo izquierdo) con deterioro leve, arritmia durante el estudio (taquicardia sinusal). Insuficiencia aórtica severa y mitral moderada, disminución de la relajación del VI. Conducta: es trasladado a unidad coronaria donde recibe tratamiento con vasodilatadores y diuréticos. Presenta una evolución favorable manteniéndose hemodinamicamente estable por lo cual se plantea conducta quirúrgica, se interconsulta a servicio de reumatología para evaluación conjunta.

Resultado: Conducta quirurgica.

Conclusiones: espera cirugia.

4. TRASTORNOS DEL RITMO, MUERTE SÚBITA, ELECTROFISIOLOGÍA

FAC2015-358 / gabyreyess@hotmail.com

IMPACTO ECOCARDIOGRÁFICO Y ELECTROCARDIOGRÁFICO EN PACIENTES CON IMPLANTE DE RESINCRONIZADOR CARDIACO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Gabriela Reyes[1], Domingo Luis Pozzer[1], Rolando Pantich[1], Santiago Manzolillo[1], Stella Ruveda[1], Ignacio Reyes[1], Cynthya Lopez Gonzalez[1], Pablo Aguirre[1]*

[1]Instituto de Cardiología de Corrientes J F Cabral, Corrientes, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Analizar los parámetros electrocardiográfcos y ecocardiográficos de los pacientes con implante de TRC en el seguimiento y establecer si existe una relación entre ellos. Determinar en la población estudiada, los pacientes respondedores ecocardiográficos a TRC.

Material y Método: Estudio retrospectivo, observacional, que incluyó pacientes con implante de TRC realizados entre 01/01/2013 y 01/05/2014 en el Instituto de Cardiología de Corrientes JF Cabral, siendo excluidos aquellos en los que el seguimiento no se realizo en nuestro centro.

Resultado: En el periodo comprendido, se implantaron 40 TRC de los cuales 13 pacientes fueron excluidos. Un 63% correspondió al sexo masculino, un 46,1% miocardiopatia dilatada idiopática y el 63% en clase funcional III, presentando previo al implante un 88,9% con BCRIHH con una media de QRS de 168,99 ± 21 mm. Se observaron diferencias significativas en los parámetros ecocardiograficos previos y posteriores al implante asociados a remodelado del ventrículo izquierdo (Fracción de eyección (Fey): 24,96% vs 34,54%; volumen de fin de diástole (VFD): 254,14 ml vs 222,75 ml; diámetro de fin de diástole (VIDD) 68, 61 mm vs 64,33 mm, respectivamente, p=0,0001) con una media en de realización del ecocardiograma de control de 8,4± 5,8 meses. También se observaron diferencias significativas en el ancho del QRS previo 168 ± 147 vs 147 ±69 mseg (p=0,0001). Se realizó un análisis de correlación entre las diferencias en la Fey y en el VFD con el ancho del QRS existiendo una correlacion moderada entre la diferencia en la Fey y el ancho del QRS (r=0,492). Definiendo la población respondedora a TRC, teniendo como punto de corte un aumento de Fey = o >5% correspondió a un 69,2% de la población, mientras que tomando como referencia una reducción del volumen relativo de fin de diástole = o > 15% correspondió a un 56,5%. Cuando se utilizaron ambos en forma combinada el porcentaje de pacientes respondedores fue del 54,2%.

Conclusiones: Existieron diferencias significativas en los parámetros ecocardiograficos y electrocardiográficos en el seguimiento posterior al implante de TRC, encontrándose una moderada correlación entre los cambios identificados por ambos métodos. La tasa de pacientes respondedores en la población estudiada superó el 54%.

4. TRASTORNOS DEL RITMO, MUERTE SÚBITA, ELECTROFISIOLOGÍA

FAC2015-359 / lsoriano2008@gmail.com

RESULTADOS DE LA ABLACION DE FIBRILACION AURICULAR. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Lisandro Soriano[1], Florencia Segovia[1], Alejandro Ventura[1], Marisa Lopez[1], Delfina Fernandez[1], Miguel Cardozo[1], Ramiro Martinengo[1], Eduardo Ferro[1], Luciana Viola[1]*

[1]Cordis. Instituto del Corazón, Resistencia, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar resultados de la ablación por radiofrecuencia (ARF) de fibrilación auricular (FA) en el seguimiento ambulatorio, de nuestro centro en Resistencia, Chaco

Material y Método: Se incluyeron pacientes (pts) que fueron sometidos a ARF de FA, desde enero de 2010 hasta julio de 2014. Se analizaron datos clínicos, electrocardiográficos, ecocardiográficos, y holter a los 3, 6 y 12 meses de seguimiento. Procedimiento: Todos los pts recibieron anticoagulación (ACO) y se realizaron ecocardiogramas transesofágico (ETE) antes del procedimiento. Se utilizó un equipo de mapeo electro anatómico En Site NAVX. Durante la ablación se mantuvo un Tiempo de coagulación activado (ACT) entre 300 y 400 seg. Se realizo una punción transeptal en todos los pts por donde se progresaron dos catéteres (circular y ablación). Se efectuaron aplicaciones RF en antro de todas las venas pulmonares, buscando el aislamiento eléctrico de las mismas. En los pts con FA persistente se realizó ablación de electrogramas complejos fraccionados (CFAES) y líneas en el techo de AI.

Resultado: De 30 pts sometidos a ARF de FA se logró un seguimiento en 28, con edad promedio 62+/- 12 años, 12 hombres (40%), 28 pacientes con FA paroxística (73%), 5 pts FA persistente (27%), 1 FA persistente de larga data, todos sintomáticos. La duración de la arritmia fue de 32 +/- 18 meses, CHA2DS2- VASc promedio fue de 2. Se logró aislamiento eléctrico de todas las venas pulmonares en 24 pts (80%). Cuatro pts tenían ARF previa de Aleteo Auricular típico y a 5 pts se les ablacionó el istmo cavo-tricuspídeo en el mismo procedimiento. El Seguimiento promedio 12 +/- 4 m. El tratamiento antiarrítmico fue mantenido por 3 meses y la ACO por lo menos 6 meses, manteniéndose si el CHA2DS2VASc era ≥2, siguiendo el criterio del médico de cabecera. Cinco pts (18%) presentaron recurrencia de FA < 3 meses y 7(23%) recurrieron mas allá de los 3 m. El resto permanecieron asintomáticos y con ritmo sinusal (holter, ecg).

Complicaciones: 1 pt presento fístula AV que requirió corrección quirúrgica, 1 pt hematoma en sitio de punción, 1 pt embolia aérea coronaria que requirió suspensión del procedimiento. No se observó derrame pericárdico.

Conclusiones: En nuestra experiencia la ARF de FA demostró ser efectiva y segura para mejorar los síntomas de pacientes con FA recurrente con un buen porcentaje de éxito (72%) con un único procedimiento en la mayoría de los pts (93%).

4. TRASTORNOS DEL RITMO, MUERTE SÚBITA, ELECTROFISIOLOGÍA

FAC2015-335 / miguelgulayin@hotmail.com

TRASTORNOS DE RITMO Y CONDUCCION CARDIACOS EN PACIENTES CHAGASICOS DIAGNOSTICADOS MEDIANTE HOLTER DE 24 HORAS

Miguel Gulayin[1], Gabriela Ranchilio[1], Fernando Mayo[1], Magdalena Defeo[1], Eduardo Elías Mola[2], Isabel María Irurzun[2]*

1HIGA Rodolfo Rossi, [2]INIFTA, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Determinar la prevalencia de Trastornos de ritmo y conducción cardíacos en pacientes chagásicos de la ciudad de Miraflores.

Material y Método: Se incluyeron 273 pacientes chagásicos voluntarios que consultaron a un centro de salud del municipio de Miraflores, provincia de Chaco. Los pacientes incluidos presentaban diagnóstico serológico. Se pesquisó la presencia de trastornos de ritmo y trastornos de conducción mediante la utilización de registros Holter de 3 canales durante 24 horas. Dentro de los trastornos de conducción sólo se informan: bloqueo completo de rama derecha (BCRD), bloqueo completo de rama izquierda (BCRI), hemibloqueo anterior izquierdo (HAI), bloqueos aurículo ventriculares (BAV). Los registros fueron realizados entre mayo de 2010 y septiembre de 2014, y su análisis se realizó en el servicio de Cardiología del Hospital "Prof. Dr. Rodolfo Rossi" de la ciudad de La Plata. Se registraron en una base de datos la edad y el sexo de los pacientes, y la información extraída de los registros de holter. Resultado: El promedio de edad de la población en estudio era de 36,33 ± 13,78 años. Las mujeres representaban el 60,81% de la muestra, y los hombres el 39,19%. El 98,9 % de los pacientes evaluados presentaban ritmo sinusal, mientras que el 1,1% se encontraban en Fibrilación Auricular. El 26,74% presentaban extrasístoles ventriculares (EV), la prevalencia de EV frecuentes y de episodios de taquicardia ventricular no sostenida fueron del 8,42% y del 1,83% respectivamente. En el 15,75% de los casos se registraron extrasístoles supraventriculares, constatándose episodios de taquicardias paroxísticas supraventriculares en el 4,75%. La prevalencia de BCRD, HAI y BAV de primer grado fueron 6,96%, 5,49% y 1,1% respectivamente. El 1,47 % de lospacientes presentaron pausas mayores a 2500 milisegundos. No se registraron casos de BAV de segundo y tercer grado, BCRI, ni taquicardia ventriculares sostenidas. Analizados globalmente, el 42% de la población en estudio presentó al menos un trastorno de conducción y/o del ritmo.

Conclusiones: Los individuos chagásicos analizados en nuestro estudio constituyen una población joven. Aproximadamente 4 de cada 10 pacientes presentaban al menos un trastorno del ritmo y/o de conducción cardíaca. Los trastornos del ritmo tuvieron una prevalencia mayor que los trastornos de conducción. Las arritmias de origen ventricular prácticamente duplicaron a las de origen supraventicular. Los trastornos de conducción más prevalentes fueron el BCRD y el HAI. Es destacable la ausencia de BCRI y BAV de segundo y tercer grado. La presencia de pausas significativas mayores a 2500 milisegundos fue encontrada en 4 pacientes, requiriendo la colocación de marcapasos definitivo.

4. TRASTORNOS DEL RITMO, MUERTE SÚBITA, ELECTROFISIOLOGÍA

FAC2015-212 / jmdominguez09@hotmail.com

INCIDENCIA DE TERAPIAS APROPIADAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES PORTADORES DE CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTABLE

Juan Manuel Dominguez[1], Camila Antonietta[1], Ricardo Ferrer[1], Martin Menoyo[1], Marcelo Lanzotti[1], Silvano Diangelo[1]*

[1]Instituto Cardiovascular de Rosario, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Analizar la incidencia de terapias apropiadas de una cohorte de pacientes a los que se les implantó un cardiodesfibrilador implantable (CDI) como prevención primaria o secundaria de muerte súbita en nuestro centro.

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en el que se analizó de forma consecutiva una cohorte de 65 pacientes, desde febrero del 2004 hasta el agosto del 2014, a los que se le implantó un CDI, con un seguimiento de al menos seis meses, obteniéndose los datos desde las historias clínicas. Se consideró eventos a las terapias de desfibrilación y/o muerte al seguimiento.

Resultado: Se incluyeron 65 pacientes, de 61,14 ± 30,14 años, 87,69% de sexo masculino. El 64,62% tenía hipertensión arterial, 44,62% dislipemia y 35,38% entre tabaquistas y ex tabaquistas. El 46,51% de la población tenía cardiopatía isquémica y el 50, 77% poseía insuficiencia cardíaca. Los dispositivos fueron implantados con una indicación de prevención primaria en un 52,31%. Dos pacientes (3,08%) presentaron complicaciones menores luego del implante (hematoma de bolsillo significativo y trombosis de vena subclavia -1 caso-). La mortalidad al seguimiento fue de 4,62% (1,54% de causa arrítmica). Se constataron 195 episodios de arritmia (en el 40% de los pacientes), siendo el 44,1% episodios de taquicardia ventricular. Se registraron 86 terapias, de las cuales 88,46% fueron apropiadas resultando exitoso el 100% de las mismas y el 58,14% ocurrieron en prevención secundaria. El 25,58% de las terapias se registraron durante los primeros 6 meses. El 31,25% de los pacientes portadores de CDI como prevención secundaria de muerte súbita presentaron terapias comparado con el 36,36% del grupo de prevención primaria.

Conclusiones: La gran mayoría de las terapias registradas resultaron ser apropiadas, siendo todas exitosas en revertir la arritmia desencadenante. Dichas terapias se produjeron mayormente en pacientes con indicación de CDI para prevención secundaria.

4. TRASTORNOS DEL RITMO, MUERTE SÚBITA, ELECTROFISIOLOGÍA

FAC2015-120 / feldgabriela@gmail.com

CONSULTA POR ARRITMIAS Y SU ASOCIACIÓN CON PATOLOGÍA ORGÁNICA

Gabriela Feldman[*1], *Graciela Nieto*[2], *Gabriel Salica*[3], *Antonio Sergio Chain Molina*[3], *Mirta Santana*[4]

[1]Fundación Kardia´s, Tucumán, [2]Fundaciòn Kardia´s, [3]Centro de Hipertensión y diagnósticos cardiovasculares SRL, Tucumán, [4]Fundaciòn Kardia´s, Tucumán, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Las arritmias son un motivo de consulta muy frecuente y esto nos obliga a estudiarlas y valorarlas adecuadamente.

Objetivo: Evaluar la asociación entre arritmia, tipo de arritmia y presencia de patología orgánica de población que consulta espontáneamente en consultorio externo de un servicio de cardiología y definir que arritmia se presenta con mayor frecuencia.

Material y Método: Se investigaron 60 pacientes de ambos sexos, años 2013-2014, de diferentes condiciones socio-económicas, que se presentaron a la consulta por sufrir palpitaciones.

Para evaluar la presencia de patología orgánica se utilizaron los siguientes métodos complementarios: electrocardiograma, holter electrocardiográfico de 24 hrs, radiografía de tórax, laboratorio clínico general, ergometría y se aplicaron los métodos pertinentes según cada caso a indagar. Se realizó una encuesta administrada por profesionales médicos a fin de determinar presencia de patología orgánica cardiaca y extra-cardiaca. La encuesta también evalúa estilos de vida, integrando variables como alimentación, tabaquismo, sedentarismo, ansiedad y depresión. Estadística: descriptiva y test de Fisher.

Resultado: La población incluida presentó las siguientes características: 29% de sexo masculino, 71% de sexo femenino, 7% con diabetes, 36% con hipertensión arterial, el 26% relataba antecedentes de arritmia, un 7% era portador de cirugía cardiaca y un 7% de enfermedad coronaria isquémica, un 33% tenía como antecedentes Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

El 40% de los pacientes incluidos presentó en el holter electrocardiográfico tono simpático aumentado. La arritmia que con mayor frecuencia se encontró fue la taquicardia supraventricular de baja densidad, presente en el 18%, seguida por taquicardia ventricular de moderada densidad presente en el 3%.

Al realizar análisis estadístico de los residuos se observó asociación de taquicardia paroxística supraventricular con antecedente de cirugía cardiaca y diabetes ($p<0.05$).

El 78% de los pacientes con arritmia no presenta asociación alguna con patología orgánica.

Conclusiones: Las arritmias constituyen un motivo frecuente de consulta, su presencia en ausencia de patología orgánica debe hacernos pensar en qué le está ocurriendo a nuestro paciente. Debemos intensificar la búsqueda de la causa de estas arritmias y de esa manera adecuar el tratamiento.

5. INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR. HIPERTENSIÓN PULMONAR

FAC2015-280 / jrodriguezcampos@arnet.com.ar

CARDIOMIOPATIA ISQUEMICO NECROTICA, ROL DE LA CIRUGIA CORONARIA

Jorge Fernando Rodriguez Campos[*1], *Mauricio Verderone*[1], *Leonardo Alvarez*[1], *Gabriel Torres*[1], *Raul Barcudi*[1], *Esteban Coscia*[1]

[1]Clínica Universitaria Reina Fabiola - Sanatorio Mayo - Córdoba, Humberto Primo 520 - Córdoba., Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La cardiomiopatia isquemico necrotica es una patologia compleja en la cual los procedimientos de revascularizacion son de gran morbimortalidad perioperatoria.-

Analizamos la evolución de 74 pacientes que se incorporaron en un lapso de 84 meses, con una cirugia de revascularizacion sin bomba en el contexto de una cardiomiopatia isquemico necrotica dilatada, el punto final primario fue la mortalidad precoz y tardía, el secundario fué la sobrevida libre de eventos cardiovasculares.

Material y Método: 74 pacientes con edad promedio de 64,5 años (+ - 12,5) con miocardiopatia isquemica dilatada, todos con viabilidad miocardica positiva, IAM previo y FE < de 30%, el 66% de ellos con angioplastias previas y un promedio de 2,7 stents implantados por paciente,con lechos distales evaluados como regulares a malos en su mayoria 77% y solamente 23% como buenos lechos distales. La clase funcional en que se incorporaron fué III- IV y el 22% de ellos se discutio para transplante pero tuvieron contraindicaciones, el Euroscore promedio del grupo fue de 24 puntos.

Se realizo en todos cirugia de bypass coronario sin bomba, en el 33% se colocó Balon de contrapulsación previo, el numero promedio de puentes fué de 2,3 por paciente, 74% arteriales y 26% venosos. El 11% fueron convertidos a cirugia con bomba por inestabilidad hemodinamica.- Los analisis se realizaron aplicando las tecnicas de Fisher test y Mann Whitney test con desviacion estandar y diferencia significativa de p < de 0,05.-

Resultado: La mortalidad hospitaria y precoz fue de 14%, la mortalidad alejada en un seguimiento de 6 a 84 meses con un promedio de seguimiento de 3 años 4 meses fué del 48% en los restantes pacientes, el 94% fallecieron de causa cardiovascular.- El 52% sobrevivieron con una clase funcional variable entre II y III con medicación ad-hoc.-

Conclusiones: La cirugía de bypass coronario sin bomba es una alternativa viable en pacientes con mala funcion ventricular con mortalidad precoz elevada, pero menor al Euroscore calculado.-La mortalidad tardía fue mayor a la esperada y el punto final secundario dio una diferencia significativa.

4. TRASTORNOS DEL RITMO, MUERTE SÚBITA, ELECTROFISIOLOGÍA

FAC2015-223 / leo_toraglio@hotmail.com

SÍNDROME QT PROLONGADO, PREVENCION DE MUERTE SUBITA, REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISION BIBLIOGRAFICA

Leandro M. Toraglio[*1]

[1]IPC Sagrada Familia, santa fe, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: En este caso clínico haremos referencia al síndrome de QT largo (SQTL) que es una canalopatía arritmogénica hereditaria caracterizada por una alteración en la repolarización ventricular, traducida electrocardiográficamente por una prolongación del intervalo QT que predispone a muerte súbita por arritmias ventriculares malignas del tipo de torsade de pointes (TdP).

Material y Método: Los canales iónicos son proteínas transmembranales encargadas de transportar iones a través de la membrana celular; los canales implicados en el SQTL son selectivos o especializados en el transporte de un solo ion y dependientes de voltaje, es decir, su activación ocurre a determinado voltaje intracelular (varía según el subtipo de canal). El diagnóstico de certeza se realiza por la demostración de la alteración cromosómica responsable en el estudio genético. No obstante, hasta el momento, las mutaciones conocidas se hallan sólo en el 70% a 85% de los casos con fenotipo positivo. La exploración genética negativa en familiares de pacientes con mutaciones cromosómicas conocidas e identificadas descarta el diagnóstico de la afección. Cuando no se dispone del estudio genético se utilizan las pautas propuestas por Schwartz que se basan sobre criterios electrocardiográficos, clínicos y familiares, además de la duración del intervalo QTc.

Resultado: Paciente de 62 años HTA con antecedente de FA ACO que consulta por precordalgia que lo despierta en la madrugada acompañado de palpitaciones constatándose ritmo de TV monomorfa en la unidad coronaria que revierte a FA y posteriormente a ritmo sinusal constatándose un QTc de 600 para una FC de 54 lpm. Se valora mediante Ecodoppler cardíaco que evidenciaba aurícula izquierda dilatada moderada y con CCG sin lesiones significativas. Se solicita interconsulta con electrofisiología quien constata torsade de pointes por prolongación del QT y procede a la colocación de CDI con MCP en modo VVI con FC 40l/m. siendo la misma exitosa por lo que posteriormente se otorga el alta sanatorial.

Conclusiones: A partir de este caso clínico queremos considerar la importancia de la prevención tanto primaria como secundaria de MS en paciente que presentan o que tienen elevado riesgo de presentar síndrome QT prolongado ya que esta patología es una causa importante de MS tanto en jóvenes como adultos.

En la actualidad existen métodos diagnósticos como el estudio genético y los criterios electrocardiográficos, clínicos y familiares propuesto por Schwartz para el diagnóstico de los síndromes de intervalo QT prolongado hereditarios. A su vez están disponibles terapias muy efectivas para pacientes afectados con dicha patología.

5. INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR. HIPERTENSIÓN PULMONAR

FAC2015-215 / maryaguilera39@gmail.com

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO FACTORES CLINICOS, MARCADORES BIOQUIMICOS, CENTELLOGRAMA V/Q

Maria Aguilera[*1], *Graciela Andujar*[1], *Benjamin Rojas*[1], *Nicolas Luna*[1], *Marcelo Andreotti*[1], *Diego Mendieta*[1], *Daniel Reynoso*[1], *Raul Melendez*[1], *Juan Vergottini*[1]

[1]Servicio de Terapia Intensiva-Hospital Nacional de Clínicas-UNC, Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: El diagnóstico de tromboembolia pulmonar (TEPA)es frecuentemente de difícil diagnostico.Se evaluo riesgo TEP en ptes internados en la Unidad de Terapia Intensiva.

Material y Método: Se incluyeron 37 ptes ingresados a la Unidad de Terapia Intensiva en el periodo marzo - diciembre del año 2013. Se utilizó como patrón gold standard la centellografía pulmonar ventilación perfusión de alta probabilidad. Se determinó: frecuencia cardiaca (FC), presión venosa central PVC, Rx de tórax, electrocardiograma, Doppler de miembros inferiores, gammagrafía pulmonar de ventilación / perfusión y Dímero-D,IMC, circunferencia abdominal (CAb) y Score de Wells (Sc.Well).-

Resultado: la edad promedio del grupo 71 ± 11 años. El IMC fue de 33 ± 9,8 y una CAb de 112±15 cm. En 23 la PVC que mostro un promedio de 10 ±7,35 cm. Un Sc-Well con una media de 6,24± 1,13. La edad mostro débil correlación con la gravedad del TEPA y asocio a mayores niveles de Dímero D. El sexo se correlaciono positivamente con EPOC. La presencia de patrón electrocardiográfico S1Q3T3 y la presencia de BCRD nuevo fue poco frecuente. El 37% tenían fibrilación auricular. El 51% tenian radiografía de tórax normal.

Conclusiones: El TEPA en terapia Intensiva fue mas frecuente en mujeres con altos niveles de Dímero D.(sensible y especifico). La utilización Gammagrafia de perfusión pulmonar confirma y orienta al TEPA en presencia de Dimero D elevado.

Palabras claves: Tromboembolismo pulmonar agudo. Score de Wells. Dímero D. Centellografía pulmonar ventilación/ perfusión.

5. INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR. HIPERTENSIÓN PULMONAR

FAC2015-316 / lfavaloro@ffavaloro.org

ANÁLISIS DE LA ENFERMEDAD VASCULAR DEL INJERTO EN RECEPTORES DE TRASPLANTE CARDÍACO Y SEROLOGÍA POSITIVA PARA HEPATITIS C

María Florencia Renedo[1], Matías Martín López Rosetti[2], Margarita Ana Peradejordi Lastras[1], Liliana Ethel Favaloro[1,3], Roxana Daniela Ratto[1], Valeria Descalzi[1], Daniel Oscar Absi[2], Roberto René Favaloro[1], Alejandro Mario Bertolotti[2]

[1]Hospital Universitario Fundación Favaloro, Buenos Aires, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La serología positiva para hepatitis C (HCV) es considerada un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad vascular del injerto (EVI).

El objetivo fue analizar la prevalencia de EVI y serología (+) para HCV en pacientes (p) con trasplante cardíaco (TxC) en un único Centro.

Material y Método: Entre 06/1992 y 12/2014 fueron evaluados para TxC 867 p y se realizaron 442 trasplantes. En la evaluación se determinó la presencia de serología positiva para HCV mediante el método de ELISA. Aquellos p con serología positiva para HCV fueron estudiados mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y biopsia hepática. Se incluyeron los p con una sobrevida > 1 año para evaluar la prevalencia de EVI mediante cinecoronariografía y ultrasonido intravascular en forma anual. Las variables continuas se expresaron mediante media y desvío estándar o mediana e intercuartilos, las variables categóricas mediante valores absolutos y porcentajes, se analizó la supervivencia con el método de Kaplan Meier y en forma comparativo con log rank test.

Resultado: Se analizaron 343 p con TxC y seguimiento mayor a un 1 año. De todos ellos, 6 p presentaron serología (+) HCV en la evaluación pre trasplante. Las etiologías de las miocardiopatías fueron: isquémico-necrótica (3 p), dilatada idiopática (1 p), chagásica (1 p) y valvular (1 p). Se trasplantaron en situación de emergencia 3 p y en condición electiva 3 p. El tratamiento inmunosupresor de mantenimiento utilizado se basó en un triple esquema: inhibidores de la calcineurina, antiproliferativos y corticoides. Durante el seguimiento se realizó PCR cada 6 meses y en ningún caso se detectó carga viral positiva. Mediante cinecoronariografía y ultrasonido intravascular no se detectó enfermedad coronaria del injerto en este pequeño grupo de pacientes. En el seguimiento fallecieron 3/6 p (1 p a los 2 años por aspergilosis pulmonar invasiva, 1 p a los 12 años por sepsis y 1 p a los 16 años por aneurisma de aorta abdominal complicado).

Conclusiones: En nuestra serie de p con TxC y serología positiva para HCV no se observó mayor morbimortalidad asociada al desarrollo de EVI y/o de enfermedad hepática. Se necesitaría un número mayor de pacientes para confirmar estos resultados.

5. INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR. HIPERTENSIÓN PULMONAR

FAC2015-211 / rodrizoni@yahoo.com.ar

LA HOSPITALIZACIÓN POR INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA ES CLÍNICAMENTE DIFERENTE A LA DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

Rodrigo Zoni[*1], *Lorena Coronel[1], Pablo Cimbaro Canella[1], Jorge Riera Stival[1], José Silveyra[1], Stella Macín[1], Cynthya López González[1], Natalia Cristaldo[1], Eduardo Perna[1]*

[1]Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana F. Cabral", Corrientes, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Las características clínicas y pronósticas de la insuficiencia cardiaca descompensada (ICD) son diferentes de la crónica (ICC) ambulatoria. Es por esto que nos propusimos comparar el perfil clínico y evolución de pacientes hospitalizados por ICD con aquellos portadores de ICC, sin signos de descompensación, que requieren admisión.

Material y Método: se realizó un análisis de un sistema de epicrisis digitalizado del Instituto de Cardiología de Corrientes en el período comprendido entre el 01/01/2013 y el 31/12/2013. Se seleccionaron para este análisis aquellos con diagnóstico de ICD e ICC

Resultado: Del total de 2106 hospitalizaciones, 626 (29,7%) presentaban diagnóstico de insuficiencia cardíaca, 376 con ICD y 250 con ICC. En pacientes con ICD e ICC la edad media fue de 67.6±12.2 vs 68.1± 13.4 (p=0.19); con una proporción de hombres 55.3% vs 63.2% (p=0.05); hipertensión arterial 70.7% vs 78.4% (p= 0.03); diabetes 31.4% vs 28% (p= 0.37); dislipidemia 37.8% vs 40% (p= 0.57) y tabaquismo 17% vs 23.2% (p= 0.056). La cardiopatía isquémica se diagnosticó en 45.2% de ICD vs 55.2% de ICC (p= 0.014). En ICD e ICC la admisión a unidad coronaria ocurrió en 58.2% vs 37.2% p<0.0001, y en terapia intensiva en 5.6% vs 15.6% (p<0.0001), con una permanencia hospitalaria de 7.06±7.8 vs 8.51±9.9 días (p=0.04). La mortalidad intrahospitalaria fue 5.6% en ICD y 7.2 en ICC (p=0.41), con una tasa de reinternación a 30 días de 2.8% vs 4.3% (P=0.33), respectivamente.

Conclusiones: A pesar de algunas diferencias clínicas entre pacientes con ICC hospitalizados por otro motivo y aquellos con ICD, con más cardiopatía isquémica y mayor estadía hospitalaria, la evolución a corto plazo fue similar en ambos grupos.

5. INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR. HIPERTENSIÓN PULMONAR

FAC2015-354 / fduran@live.com.ar

PREDICTORES DE MUERTE INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

Fabiana Duran[*1], *Paula Sanchez Azcona[1], Mateo Cian Damevin[1], Picabea Sofia[1], Miguel Hominal[1], Juan Pablo Escalante[1], Ariel Dogliotti[1]*

[1]Instituto Cardiovascular de Rosario, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Determinar los predictores de muerte intrahospitalaria en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca.

Material y Método: Estudio descriptivo y retrospectivo donde se analizaron 112 pacientes con diagnóstico clínico de insuficiencia cardiaca ingresados desde enero del 2010 hasta diciembre de 2013 inclusive, con permanencia dentro de nuestra institución igual o mayor a 5 días. Se evaluaron las características demográficas de la población, de presentación, ecocardiográficas y de evolución. Se efectuó análisis univariado de variables cualitativas y cuantitativas. Posteriormente se realizó análisis multivariado para determinar la/s variables/s predictora/s de mortalidad intrahospitalaria.

Resultado: Del total de pacientes ingresados, fallecieron (E) 15 (13,4%), siendo todos de sexo masculino, restando un total de 97 pacientes (NE) (75,3%). En cuanto a las comorbilidades, se observó significancia estadística en insuficiencia renal crónica (E 26,7% vs NE 8,2% - p= 0,03), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (E 20% vs NE: 6,2% - p= 0,06) y enfermedad vascular periférica (E 40% vs NE 13,4% - p= 0,011). Los pacientes con insuficiencia cardiaca de etiología valvular presentaron mayor mortalidad (E 33,3% vs NE: 14,4% - p= 0,07), al igual que aquellos cuyo motivo de descompensación fueron las infecciones (E 46,7% vs NE 28,9% - p= 0,16). Se analizó el electrocardiograma de ingreso y se identificó que el bloqueo de rama derecha (BCRD) es también una variable con significancia estadística (E 33,3% vs NE 15,5% - p=0,09). Durante la internación aquellos pacientes que recibieron inotrópicos y que estuvieron con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica presentaron mayor mortalidad. Esto también fue así en aquellos que presentaron un aumento de la creatinina a las 48 hs de estadía mayor al 30% (E 53,3% vs NE 19,6% - p= 0,004). Los pacientes con E presentaron un valor de hemoglobina de 11,4% +/- 2,3% con respecto a los NE cuyo valor fue de 12,6% +/- 2%, con una p= 0,043. También se encontró diferencia significativa en el valor de NT-proBNP de ingreso. En cuanto al análisis multivariado, las variables predictoras de muerte intrahospitalaria fueron: la etiología valvular (p= 0,034, OR 0,014), el BCRD (p= 0,04, OR 0,012), y los días de internación en unidad coronaria (p= 0,025, OR 1,36)

Conclusiones: La presencia de bloqueo de rama derecha, la etiología valvular de la insuficiencia cardíaca y los días de internación en unidad coronaria fueron predictores de mortalidad intrahospitalaria en nuestra población.

5. INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR. HIPERTENSIÓN PULMONAR

FAC2015-303 / anatufare@hotmail.com

EVALUACIÓN AL AÑO DE PACIENTES CON HIPERTENSION PULMONAR EN LA UICHP DEL HIGA "OSCAR ALENDE"

Ana Laura Tufare[*1], *Guillermo Giacomi[1], Claudia Orellano[1], Maribel Cordova[1], Sebastian Sciarra[1]*

[1]Hospital Interzonal General de Agudos "Oscar Alende", Mar del Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La hipertensión pulmonar (HP) es una enfermedad poco frecuente con alta mortalidad a corto plazo sin tratamiento específico. El estudio de su fisiopatología permitió el desarrollo de drogas que modificaron su pronóstico. En la práctica cotidiana se observa que los pacientes se benefician con la atención interdisciplinaria con protocolos de evaluación, tratamiento y seguimiento. El objetivo de este trabajo fue evaluar la evolución de parámetros objetivos y subjetivos de mejoría en el seguimiento al año de pacientes con HP en tratamiento en la UICHP del HIGA Mar del Plata.

Material y Método: Metodología: Se analizaron datos clínicos (clase funcional), ecocardiográficos (TAPSE y PSP), del test de caminata (metros) y del test de calidad de vida de Minesotta al ingreso y en la evolución al año. Fueron expresados como promedios±DS o porcentajes y comparados con T-t apareado. Se consideró una diferencia significativa una p<0,05.

Resultado: Resultados: La población fue de 10 sujetos de 53±13 años de edad, 90% de género femenino. Las causas de HP fueron: colagenopatias (40%), idiopáticas (40%), HIV (10%) e hipertensión portal (10%). No hubo cambios significativos en la PSP (75,5±25 vs 65,5±25 mmHg p ns), siendo los valores del seguimiento del TAPSE (parámetro de función sistólica de VD), significativamente mejores (14,6±4,4 vs 18,2±4,4 mm p 0,03). Al analizar el test de calidad de vida observamos valores significativamente menores al año (35±25 vs 17±13 p 0,02), coincidiendo con el comportamiento de la CF referida por los pacientes: 60% en CFIII al ingreso, disminuyendo a 28% al año. No se objetivaron cambios estadísticamente significativos en el test de caminata (341±106 vs 388±121 m).

Conclusiones: Los pacientes tratados interdisciplinariamente en la UICHP mostraron mejoría en parámetros de evaluación objetivos (TAPSE: indicardor de función sistólica de VD) y subjetivos (clase funcional y puntuación de test de calidad de vida) en el seguimiento anual.

5. INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR. HIPERTENSIÓN PULMONAR

FAC2015-313 / kine1@fibertel.com.ar

ENFOQUE MULTIDICIPLINARIO EN HIPERTENSION PULMONAR

Martin Monteverde[1], *Mariano Mazzei*[1], *Ricardo Gomez Tejada*[1], *Rodrigo Alderete*[1], *Hugo Laborde*[1], *Eduardo Barrera*[1], *Gloria Apelbaum*[1], *Martin Fiorucci*[1], *Cristian Avilar*[1], *Manuel Vazquez Blanco*[1] *and Grupo multidiciplinario de hipertension pulmonar del Hospital de Clínicas*

[1]Hospital de Clínicas José de San Martin, Capital federal, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Mostrar el método de trabajo de nuestro grupo y el resultado de 36 cateterismos cardiacos derechos (ccd)

Material y Método: Desde el año 2013 se formó un equipo con una estrategia diagnostica estandarizada, integrado por especialistas en Clínica Médica, Neumonología, Cardiología, Ecocardiografía, Cardiología intervencionista, Reumatología e Infectología. La evaluación se inicia a partir de la derivación de un caso sospechoso al consultorio de HTP. Se completa una historia clínica estandarizada. Se realiza examen funcional respiratorio, difusión de monóxido de carbono, test de caminata de 6', laboratorio general y especifico, eco-Doppler (operador del grupo), y eventualmente tomografía de tórax y centellografía pulmonar. Según de esta evaluación (si no se descarta la sospecha de HTP) se clasifica presuntivamente al paciente dentro de uno de los grupos de Niza 2013, y se lo deriva a cateterismo cardiaco derecho (CCD). Sistemática en CCD: Registro no invasivo de TA, ECG y saturometría. Medición invasiva de: tensión arterial pulmonar sistólica y diastólica. Presión de enclavamiento pulmonar (PEP). PVC. Volumen minuto por termodilución. Tensiones en VD. Toma de muestra de sangre venosa mixta. A continuación, y considerando el grupo sospechado y la PEP se agrega: G1 con PEP baja: test de vasorreactividad con illoprost nebulizado. G2 con PEP limítrofe: test de sobrecarga con solución salina. G4: arteriografía pulmonar. G5 y otros casos: toma de muestras seriadas para detectar resalto oximetrico y evaluar VM por ecuación de Fick. Puede realizarse arteriografía.

Resultado: Entre 2013 y 2014 se evaluaron los pacientes referidos al grupo y se obtuvieron 36 con diagnóstico de HTP a confirmar. Todos se realizaron CCD; 11 tuvieron tensiones pulmonares normales en el CCD y el diagnóstico fue desestimado. De los 25 pacientes restantes, 4 tuvieron HTP postcapilar, 2 tuvieron PEP limítrofes por lo que se les realizo test de sobrecarga de volumen, confirmando HTP postcapilar en 1 de ellos. Los 20 pacientes restantes tuvieron diagnóstico de HTP precapilar, a 12 se hizo test de vasorreactividad (todos con resultado negativo). A 6 se les realizo angiografía pulmonar, diagnostica en un caso. En 2 pacientes se buscó shunt con gasometría seriada, descartándolo. La edad media de los pacientes fue menor en el grupo precapilar (51 vs. 68 años) con predominio de sexo femenino. Las tensiones pulmonares (S/D/M) fueron de 62/31(42) para el grupo precapilar y de 62/32(42) para el postcapilar. Resistencia pulmonar de 6,8 y de 4 u. wood respectivamente y el índice cardiaco fue de 2,72 y 2,74 respectivamente.

Conclusiones: El método de trabajo aseguro la homogeneidad de procedimientos y permitió la evaluación conjunta y diagnóstico de todos los pacientes.

5. INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR. HIPERTENSIÓN PULMONAR

FAC2015-344 / ivanna_aranc@hotmail.com

MIOCARDIOPATA PERIPARTO. NUEVAS PERSPECTIVAS DE TRATAMIENTO

Natalia Lorena Mercado[1], *Ivanna Arancibia*[1], *Adriana Gigena*[1], *Daniela Garcia Brasca*[1], *Horacio Simondi*[1], *Ricardo Martellotto*[1]

[1]Hospital Italiano de Córdoba, Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La miocardiopatia periparto es una miocardiopatia idiopática que aparece en mujeres previamente sanas, entre el último mes de embarazo y los primeros del puerperio.Se presenta con Insuficiencia Cardíaca secundaria a disfunción sistólica de V. Izquierdo. El diagóstico es de exclusión; Es poco frecuente y de elevada morbimortalidad. El diagnóstico y tratamiento precoz tienen impacto pronóstico.

Material y Método: Evolución clínica de paciente con Miocardiopatia periparto con tratamiento innovador.

Resultado: Paciente de sexo femenino de 31 años de edad, sin antecedentes personales patológicos, cursando embarazo de 34 semanas, cuando comienza con crisis de hipertensión arterial, por lo que es internada, medicada con alfa metil dopa 500 mg c/6 hs y, una semana después, derivada a nuestra institución por mayor complejidad. Al ingreso, paciente con síntomas y signos de insuficiencia cardíaca, Rx de tórax con campos pulmonares congestivos, BNP 1400 pg/dl. y ecocardiograma con disfunción sistólica de V. Izquierdo. Se indica tratamiento con nitroglicerina ev, furosemida y VNI; A las 24 hs. se realiza cesárea de urgencia, sin complicaciones y, posteriormente, se inicia terapia estándar para insuficiencia cardiaca y administración de bromocriptina vía oral por 8 semanas. Se realiza seguimiento clínico y ecocardiográfico. La paciente evoluciona favorablemente. Se otorga el alta a los 10 días de su ingreso. A los 2 dos meses paciente asintomática, sin limitación funcional y ecocardiograma normal.

Conclusiones: La miocardiopatía periparto es una patología que requiere elevada sospecha para el diagnóstico e inicio de tratamiento precoz ; la inhibición de novedosos mecanismos fisiopatológicos, con bromocriptina, resultan en importante impacto en morbi-mortalidad.

5. INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR. HIPERTENSIÓN PULMONAR

FAC2015-361 / dechaza@uolsinectis.com.ar

DESCRIPCION EPIDEMIOLOGICA DE UNA COHORTE DE PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSION PULMONAR EN UN HOSPITAL PUBLICO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Diego Federico Echazarreta[1], *Mariano Maydana*[1], *Arturo Bozza*[1], *Cecilia Caso*[1], *Rodolfo Martinez*[1], *Francisco Bertolotti*[1], *Oscar Pisano*[1], *Maria Ines Urrutia*[1], *Sandra Reyes*[2], *Roberto Daniel Marelli*[2]

[1]Hospital San Juan de Dios, [2]HIGA San Martín, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Realizar una descripción de una cohorte de pacientes (p) portadores de hipertensión pulmonar (HP) bajo seguimiento en el período comprendido entre el 01/01/2006 al 01/01/2015.

Material y Método: Se realizó una evaluación descriptiva de los pacientes con diagnóstico de HP evaluados en la Sección de Insuficiencia Cardíaca e HP del Servicio de Cardiología del Hospital San Juan de Dios de a ciudad de La Plata entre el 01/01/2006 y el 01/01/2015. Las variables se incluyeron en un soporte informátido digital File Marker Pro 9.0 y convertido a Microsoft Excel 1997/2004 para elaboración estadística. Se utilizó Test de Student y Chi Cuadrado para comparación de Variables.

Resultado: Se evaluó a 98 p, con 47 años de edad x (DS: 16,94), 63 p de sexo femenino. Las etiologías fueron: idiopática (I)18 p, por colagenopatías (CG) 12, cardiopatía congénita (CC) 26 p, EPOC 12, secundaria a cardiopatías izquierdas (SCI) 16 p, tromboembólica 12 p, porto-pulmonar 1 p, fibrosis pulmonar 1p. El 9,8% de los p era tabaquista. Sólo el 12.24% (12 p) ingresaron con un cateterismo derecho (CD) previo. Respecto de las variables hemodinámicas: la presión en la aurícula derecha (AD) no se correlacionó significativamente con la resistencia vascular pulmonar (r=0.18) y tampoco el valor de la presión arterial sistólica pulmonar (PSAP) obtenida mediante ecocardiografía doppler color (ETT) con la evaluada mediante CD (r=0.26). El 5.10% de los p presentaron una Fracción de Eyección Ventricular Izquierda (FEVI) < 40%. En las mediciones humorales: el valor de creatinina sérica sin embargo demostró una correlación inversa estadísticamente significativa con el valor de la FEVI (r= -0.33). En los test funcionales observamos que el 87% de los p no había superado los 300 metros en el Test de la Caminata de los 6 minutos (TC6M). En las co-morbilidades se destacta la presencia de un 8.16% de los p con insuficiencia renal (IR). El tratamiento al ingreso de este grupo incluyo: anticoagulación 6.12% (6p), bloqueantes cálcicos 38,77%(38 p), digoxina 15,30% (15 p) sildenafil 18.36% (18 p) en este último caso con dosis promedio de 27.5±7 mgrs/día. La mortalidad total fue de 13.26% (13 p) en el período evaluado.

Conclusiones: Se observó una población con diferentes etiologías donde las CC, la etiología I, las CG y las SCI cuparon obtuvieron mayor peso seguramente por las características de nuestro hospital, como centro de derivación provincial. El perfil clínico, hemodinámico y funcional de esta cohorte refleja una población en estadíos avanzados de la patología con diagnóstico tardío, evaluación insuficiente y tratamiento incompleto.

5. INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR. HIPERTENSIÓN PULMONAR

FAC2015-395 / fduran@live.com.ar

EVALUACIÓN DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA SEGÚN LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA Y SEGUIMIENTO AL AÑO

Fabiana Duran[1], *Paula Sanchez Azcona*[1], *Mateo Cian Damevin*[1], *Sofia Picabea*[1], *Ricardo Ferrer*[1], *Juan Pablo Escalante*[1]

[1]Instituto Cardiovascular de Rosario, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Analizar los pacientes internados con diagnóstico clínico de insuficiencia cardíaca y el seguimiento a un año, según fracción de eyección ventricular izquierda.

Material y Método: Estudio descriptivo, retrospectivo y de seguimiento, donde se analizaron los pacientes con diagnóstico clínico de insuficiencia cardíaca, ingresados desde enero del 2010 hasta diciembre de 2013 inclusive. Se compararon las características demográficas, de presentación, ecocardiográficas y de evolución intrahospitalaria y de seguimiento al año, según la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI). Se realizó análisis univariado de variables cualitativas y cuantitativas y posteriormente se efectuó seguimiento mediante contacto telefónico para determinar mortalidad y reinternación al año.

Resultado: Durante el período analizado, se obtuvo una muestra de 153 pacientes con insuficiencia cardíaca, de los cuales el 37,9% (n= 58) presentaba FEVI >50% (ICFEP), y el 62,1% restante (n= 95), FEVI <50% (ICFED). El 77% de la población era de sexo masculino con una media de edad de 75 años. En cuanto a los factores de riesgo, se evidenció que el 29,3% de los individuos con ICFEP eran dislipidémicos vs el 44,2% de los pacientes con ICFED (p= 0,06). Del total de individuos con ICFEP, 12,1% eran hipotiroideos vs 1,1% en ICFED (p= 0,003). Se encontró también diferencia estadísticamente significativa en enfermedad vascular periférica (ICFEP 10,3% vs ICFED 1,1% - p= 0,06). Con respecto a la medicación previa, en el grupo de ICFEP el 29,3% recibían IECA vs el 15,8% en ICFED (p= 0,04). La ingesta previa de amiodarona también presentó significancia estadística (ICFEP 3,4% vs ICFED 17,9% - p: 0,009). En cuanto a la etiología de la insuficiencia cardíaca, observamos que los pacientes con ICFEP eran más valvulares (31% vs. 9,5%, p= 0,001) y menos isquémicos (36,2% vs. 58,9%, p= 0,006) que aquellos con ICFED. Las arritmias como motivo de descompensación fueron más frecuentes en los pacientes con ICFEP (25,9% vs el 11,6%, p= 0,02).

De los pacientes con ICFEP el 50% presentaban ritmo sinusal al ingreso vs el 68,4% de ICFED (p= 0,023). No existió diferencia significativa entre ambos grupos con respecto al óbito intrahospitalario. Tampoco en el seguimiento en cuanto a muerte y reinternación al año.

Conclusiones: Al analizar los pacientes con insuficiencia cardíaca según su fracción de eyección ventricular izquierda, encontramos algunas diferencias en las características de los mismos. A pesar de ello la mortalidad, tanto intrahospitalaria como al año, y las reinternaciones por insuficiencia cardíaca, se mantienen sin diferencias en ambos grupos.

5. INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR. HIPERTENSIÓN PULMONAR

FAC2015-250 / dechaza@uolsinectis.com.ar

EVALUACIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA

Facundo Herrera Mujica[1], *Mariano Maydana*[1], *Leonel Cali*[1], *Agustín Hauqui*[1], *Matilde Evans*[1], *Patricio Flaherty*[1], *Diego Echazarreta*[1], *Roberto Daniel Marelli*[1]

[1]Hospital San Juan de Dios, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Analizar las características de una población de pacientes (p) con Insuficiencia Descompensada (ICD) ingresados en Unidad Coronaria.

Material y Método: Se enrolaron 54 p con ICD cuyo diagnostico se establecieron mediante la aplicación de criterios clínicos, evidencia de cardiopatía estructural y necesidad de tratamiento farmacológico endovenoso ingresados entre el 25/01/2013 al 27/10/13. Se utilizó el análisis estadístico univariado y test CHI-cuadrado así como el Coeficiente de Spearman a través de EPIDAT para correlacionar eventos.

Resultado: La población analizada presento una edad promedio de 65,4 años y en su mayoría eran hombres (66%). Los antecedentes fueron hipertensión arterial 73%, diabetes 14%, fibrilación auricular 46% y las hospitalizaciones previas por ICD del 60,72%. Se presentaron como etiología de la ICA: la isquémico-necrótica en 14 p (25,9%), valvular en 11p (20,37%), hipertensiva en 9 p (16,6%), idiopática en 5 p (9,25%), alcohólica en 2 p (3,7%), de origen chagásico en 3 p (5,5%), endocarditis infecciosa aguda en 2 p (3,7%) y otras etiologías en 8 p (14,8%). Al ingreso el 55,35% se encontraba en tratamiento con bloqueantes de los receptores beta, el 57,14% con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y el 51,78% con bloqueantes de los receptores de la aldosterona. Los p se presentaron en Clase funcional III-IV en el 39% de los casos y un 72,2% presentó una Fracción de Eyección del Ventrtículo Izquierdo (FEVI) < 50% valorada por ecocardiograma transtorácico (ETT). La estadía hospitalaria fue de 10,6 ± 4 días y la mortalidad 5,5%.

Conclusiones: La ICD se presentó como un empeoramiento de la IC crónica donde la mayoría de los p se encontraba en tratamiento sub-óptimo. La presencia de hepatomegalia al examen físico de ingreso y la IT severa valorada como severa por ETT se correlacionaron significativamente con la mortalidad intrahospitalaria de esta población (p 0,028 ; IC 0,01 y p 0,015 ; IC 0,036 respectivamente) mientras que el antecedente Insuficiencia Renal previo al ingreso mostro una tendencia a correlacionarse con la mortalidad intra-hospitalaria de población estudiada (P= 0,059; IC 0,038) al igual que la FC < a 100 lpm al ingreso (p 0,059 con IC 0,038).

5. INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR. HIPERTENSIÓN PULMONAR

FAC2015-390 / matiasnonino@hotmail.com

LA INSUFICIENCIA CARDIACA COMO CAUSA DE INTERNACIÓN EN UN SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA

Sebastian Torres[1], *Matias Nonino*[1], *Franco Samaniego Aquino*[1], *Daniela Perez*[1], *Florencia Aceba*[1], *Bruno Levy*[1], *Romina Nuñez*[1], *Maria Soledad Rodriguez*[1], *Adriana Co*[1], *Baltasar Finucci Curi*[1]

[1]Hospital Provincial de Rosario, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Describir el porcentaje de pacientes que ingresan al servicio de clínica médica con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva (ICC). Describir los motivos de ingreso de estos pacientes. Describir comorbilidades y evolución de la población en estudio. Analizar si existen diferencias entre la población con ICC y el resto de la población de pacientes que ingresan al servicio por otros diagnósticos.

Material y Método: Se realizó un estudio prospectivo observacional de corte transversal. Se incluyeron a todos los pacientes, de ambos sexos, mayores de 18 años, que hayan ingresados en forma consecutiva al servicio de clínica médica del Hospital Provincial de Rosario, con diagnóstico de ICC en el periodo comprendido entre 1 de enero de 2013 a 1 de febrero de 2015. Las medias de 2 grupos se compararon con la prueba de la t de Student. Para las variables cualitativas se emplearon la prueba de Chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher segun correspondio. Se consideraron significativas las diferencias cuyo valor de p fue ≤ 0.05.

Resultado: Ingresaron un total de 1545 pacientes al servicio de los cuales 117 (7,6%) tenían diagnóstico de ICC. De los mismos, 85 (72,6%) eran hombres. La edad media de la población con ICC era de 57,6 años.El origen más frecuentes fue la guardia general 81 (69,2%).La mayoría (35%) tuvieron como principal diagnóstico de ingreso ICC descompensada, en porcentajes menores el cuadro de ICC fue consecuencia de otras patologías médicas entre ellas:Sme coronario agudo (9,4%) y NAC (7,7%).El 20,5% reingresaron dentro de los 3 meses. Las comorbilidades mas frecuentes fueron HTA (73,5%) y diabetes (33,3%). 30,8% de los pacientes requirieron interconsulta con el servicio de cardiología. La media de días de internación fue de 9,3. Del total de los pacientes 97 (82,9%) se fueron de alta. Murieron 5 (4,3%), 13 (11,1%) requirieron derivación a UTI y 2 a UCO (1,7%).Al comparar la población de pacientes con ICC (117) con el resto de la población hubo diferencias en la prevalencia de HTA, diabetes e IRC superiores en el grupo con ICC (p < 0,001).La presencia de EPOC también fue más frecuente en pacientes con ICC (p< 0,001).El diagnóstico de HIV fue más frecuente en el resto de la población (p= 0,04). La edad fue superior en el grupo de pacientes con ICC (p < 0,001). La mortalidad fue similar en ambos grupos (p=0,7).

Conclusiones: En los pacientes con ICC se observó una mayor prevalencia de comorbilidades como HTA, DBT, IRC y EPOC, fueron en su mayoría masculinos con mayor edad, en relación al resto de los pacientes. Existe alta frecuencia de diferentes patologías médicas que ocasionaron la descompensación. La mortalidad, los días de estancia hospitalaria y la presencia de reingresos, fue similar en ambos grupos.

5. INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR. HIPERTENSIÓN PULMONAR

FAC2015-416 / carlosjd36808@gmail.com

EFECTOS DEL MARCAPASEO UNIVENTRICULAR SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCIÓN VENTRICULAR

Carlos Javier Diaz[1], *Franco Merschon*[1], *Mariscal Jose Velarde*[1], *Dario Martinez*[1], *Rodolfo Sarjanovich*[1], *Claudio Pereyra Sueldo*[1]

[1]Clínica Privada Velez Sarfield, Córdoba Capital, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Determinar datos epidemiológicos de pacientes con indicación de marcapasos y demostrar si posterior al implante implante aparecen signos o síntomas de remodelado adverso Evaluados por: 1-Alteracion en el cuestionario de calidad de vida. 2-Disminucion de la función ventricular izquierda expresada en caída de la fracción de eyección (FEY)

Material y Método: Estudio Prospectivo, Longitudinal y observacional, tuvo un seguimiento de 29 pacientes, desde Septiembre de 2013 hasta Agosto de 2014. Se realizaron visitas programadas post implante al mes a los 3 y a los 6 meses, realizando en cada una un cuestionario de calidad de vida. Se realizó una ECO Doppler al final del seguimiento para determinar FEVI, en comparación al Basal, Preimplante de MPD.

Criterios de Inclusión: Indicación de MPD, programado por Bradiarritmia que tengan capacidad de consentir y llenar el cuestionario de calidad de vida.

Criterio de Exclusión: Pacientes con enfermedades mórbidas, discapacitantes o EPOC Severo, o que tuvieron una internación previa 30 días el Ingreso.

Se tomaron como Puntos Finales, Caída del Puntaje de Calidad de vida o Caída y Disminución de FEVI, (tomada por Simpson) a los 6 meses.

Metodología estadística: Se utilizó una base de datos en un archivo de Excel.

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa estadístico InfoStat (v. 2014).

Resultado: Hombres 55,6%. HTA 65.7% DBT 21,4% Tabaquismo 25,6% Coronariopatia 21,4% Chagas 10,7% Indicación de MPD Bloqueo Aurículo Ventricular (BAV) 2° 35,5% BAV 3° 25,0% y Disfunción Sinusal 25,0% Fibrilación Auricular 3,6%

Test de Calidad de vida previo implante 12,14 1° mes 12,54 3° 12,61 y 6° 11,96

Fracción de Eyección basal 0,52% y a los 6 meses 60%

Discusión: Los puntos finales del estudio como alteración de calidad de vida o disminución de la FEY no fueron alcanzados, esto puede ser a que no se discrimino el porcentaje de estimulación VD que es el reponsable de la asincrónica de los ventrículos.

El error es asumir que los pacientes con BAV de 2 y 3° tendrían porcentajes altos de estinulacion.

Conclusiones: Conclusion

No se encontraron diferencias de remodelado adverso posterior a el implante de MPD ni desde el punto de vista clínico o ecocardiografico.

5. INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR. HIPERTENSIÓN PULMONAR

FAC2015-136 / jpalvarez975@gmail.com

INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA. PREDICTORES DE MORTALIDAD

Juan Pablo Alvarez[1], *Rodolfo Marcelo Uriarte*[1], *Carlos Ariel Medina*[2], *Juan Alberto Pagola*[2], *Diego S. Broda*[1,2]

[1]Instituto De Diagnstico De La Plata, 62 N° 370 La Plata, [2]Instituto De Diagnstico De La Plata, 62 N° 370 La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Valorar predictores de mortalidad en pacientes internados por insuficencia cardiaca descompensada (ICD) en una unidad coronaria.

Material y Método: Se evaluaron 106 pacientes (60 mujeres y 46 hombres) con ingreso a unidad coronaria en un lapso de 365 dias por ICD, 24 con criterios clinicos compatibles con edema agudo de pulmon, 11 tenian cirugia de revascularizacion miocardica (CRM) previa, 19 angioplastia transluminal coronaria (ATC) previa, 11 anemia cronica, 23 bloqueo completo de rama izquierda previo, 4 marcapasos, 22 fibrilacion auricular cronica, 54 HTA, 35 diabetes mellitus, 13 EPOC y 10 insuficiencia renal cronica (IRC). La edad promedio fue de 72 +/- 3.2 años (rango de 53 - 95 años) y el promedio de internacion fue de 7.2 dias.

Resultado: Durante la internacion 19 pacientes requirieron asistencia respiratoria mecanica (ARM), desarrollaron sindrome cardiorenal 27 pacientes.

Se constataron 10 obitos, todos presentaron fallo renal (urea > 0.6gr/lt y creatinina > 2 mg/dl y hematocrito promedio de 32%) y 6 requirieron dialisis. De estos 10 pacientes se vio que:

- 9 poseian FA p <0.01
- 10 IRC (todos sind cardiorenal) p <0.01
- 9 diabetes mellitus p <0.01
- 2 EPOC p no significativa
- 2 HTA p no significativa
- 5 CRM p <0.01
- 1 ATC p nosignificativa

Conclusiones: Tras lo resultados obtenidos se obtiene como conclusion que aquellos pacientes con CRM y/o ATC y/o IRC y/o diabetes mellitus previa que ingresan a una unidad coronaria con diagnostico de insuficiencia cardiaca descompensada (ICD) presentan mayor mortalidad que aquellos pacientes que ingresan por ICD sin estos predictores previos.

5. INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR. HIPERTENSIÓN PULMONAR

FAC2015-422 / tiberiofranchi@yahoo.com.ar

ESTUDIO OBSERVACIÓNAL DE UNA POBLACIÓN CON INSUFICIENCIA CARDIACA QUE INGRESA A UNA GUARDIA DE EMERGENCIAS

Victor Marcelo De Jesus Franchi[*1] *and Maciel Neiva, Stewart Harris, Villarreal Julio, Iacona Daniel.*
[1]Hospital Argerich, Buenos Aires, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar características clínicas, terapéuticas y evolución de pacientes con IC al ingreso a la sala de emergentologia.

Material y Método: Análisis observacional, de 15 pacientes ingresados a emergentologia, desde dienero del 2015 a febrero del 2015 con diagnostico de insuficiencia cardiaca. Se evaluó: edad, sexo, FRC, antecedentes cardiovasculares, factor desencadenante, signos vitales, cuadro clínico,, tratamiento al ingreso y evolución.

Resultado: La edad promedio 61 ± 12 años, el sexo masculinos el 66%, factores de riesgos fue la hipertensión arterial en 90%, diabetes mellitas el 4%. La forma de presentación de la insuficiencia cardiaca fue; aguda en el 60%, crónica reagudizada en el 30%. Al ingreso la presión arterial sistólica 165 mmHg ±30, la frecuencia cardiaca de 102 ± 15 Lmp, disnea CF III-IV fue el 100%, ortopnea 66%, y edema en miembros inferiores 40%. El factor descadenante fue HTA 60% y el infecciosos 20% transgresión alimentaría el 10% y abandono de medicación el 10%. Con respecto al tratamiento al ingreso fue: CIPAP 73%, vasodilatadores tipo nitroglicerina 80%, furosemiada 100%. El pase a unidad coronaria fue 40%, shock roon 53%, sala de clínica medica 6%.

Conclusiones: Se observo una población de mediana edad, donde prevaleció la hipertensión arterial como desencadenantes, el uso elevado de vaso dilatadores al ingreso y la permanencia de 24 a 48 hs en el shock roon hasta su derivación al sector.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-300 / ferbagnera@hotmail.com

RESULTADOS CLÍNICOS Y HEMODINÁMICOS INMEDIATOS Y EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO TRANSCATÉTER.

Fernando Bagnera[*1], *Leandro Lasave*[1], *Maximiliano Rossi*[2], *Fernando Kozak*[1], *Eduardo Picabea*[2], *Aníbal Damonte*[2]
[1]Instituto Cardiovascular de Rosario, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar los resultados clínicos intrahospitalarios (IH) y durante el seguimiento de un grupo de pacientes sometidos a implante valvular aórtico transcatéter (IVAT) con prótesis CoreValve y valorar el rendimiento hemodinámico de la prótesis a lo largo del tiempo.

Material y Método: Desde septiembre de 2009 se evaluaron 73 pacientes como posibles candidatos a IVAT. De éstos, 41 no accedieron a esta alternativa terapéutica por diferentes motivos. Los restantes 32 pacientes fueron candidatos apropiados para IVAT luego de una minuciosa evaluación clínica e imagenológica. Los procedimientos fueron realizados bajo anestesia general con control con ecocardiograma transesofágico. Se definió como procedimiento exitoso al implante correcto de la prótesis en ausencia de mortalidad durante el mismo. Se realizó un seguimiento clínico y ecocardiográfico a 1-3-6 y 12 meses con el fin de evaluar mortalidad y valorar el rendimiento hemodinámico de dicha prótesis.

Resultado: De los 32 pacientes sometidos a IVAT el 62,5% eran de sexo masculino. La media para la edad fue de 80,9±14,3 años y el promedio del EuroScore Logístico fue de 18±14,3. El 12,5% tenían antecedente de cirugía de reemplazo valvular aórtico y el 31,3% presentaban cirugía de revascularización miocárdica previa. El área valvular aórtica basal fue de 0,68±0,14 cm2. En 28 casos se utilizó acceso femoral y en los 4 restantes acceso subclavio (en ambos casos con exposición quirúrgica). El éxito del procedimiento fue de 100%, no observándose reflujo periprotésico severo en ningún caso (sólo de grado moderado en el 15,6%). El gradiente pico ecocardiográfico disminuyó de 82,6±20,5 mmHg a 20±7,7 mmHg luego del procedimento. El 9,4% requirió marcapasos definitivo durante la internación y no se observó accidente cerebrovascular. La mortalidad IH fue de 9,4% (n=3) y el resto fueron dados de alta luego de una mediana de 7 días de internación. Al seguimiento medio de 15 meses se observó una mortalidad total del 21,9% (n=7) siendo de causa cardiovascular el 6,3% (n=2). La sobrevida libre de muerte total a dos años de seguimiento fue del 75,9%. En el seguimiento ecocardiográfico se observó un mantenimiento del gradiente pico a lo largo del tiempo (20±7,7 mmHg al mes, 19,4±11 mmHg a los 6 y 20±9 mmHg a los 12 meses).

Conclusiones: En nuestra experiencia, el IVAT con prótesis CoreValve resultó una alternativa factible en pacientes con estenosis aórtica severa y riesgo quirúrgico elevado o inaceptable que se asoció a resultados clínicos favorables, con bajas tasas de requerimiento de marcapasos definitivo y de muerte cardiovascular en el seguimiento, además de un óptimo rendimiento hemodinámico de la prótesis a mediano plazo.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-378 / pablomarina265@gmail.com

SEGUIMIENTO A 4 AÑOS DE LA VALVULA AORTICA TRANSCATETER TIPO COREVALVE

Pablo Marina[*1], *Marcelo Pettinari*[1], *Armando Aldasoro*[2], *Jorge Thomas*[1], *Roberto Diaz*[1], *Gonzalo Cañarte*[1]
[1]Sanatorio Modelo Burzaco, Buenos Aires, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Reportar el seguimiento a 4 años de la válvula aórtica transcatéter tipo Corevalve

Material y Método: de 2010 a 2014 se implantaron 27 válvulas aórticas transcatéter en 26 pacientes(p)con estenosis aórtica severa sintomática y alto riesgo quirúrgico.Población:26p,16p-femenino,edad promedio79años(75-89),antecedentes:hipertensión arterial,dislipemia,tabaquismo,enfermedad pulmonar obstructiva crónica,enfermedad vascular extracardíaca,cirugía de revascularización previa,infarto,hipertensión pulmonar severa,nodulo pulmonar,accidente isquémico transitorio,aorta embolizante,fibrilación auricular.Euroscore standard promedio9.7(6-14). Situación preimplante:shock cardiogénico2p,insuficiencia cardíaca5p,programados19p.
Ecocardiograma basal:área valvularpm:0.65cm2(0.4-0.8),anillopm:21.7(19-27),gradiente máximopm:89.2mmHg(69-110),insuficiencia aórtica leve10p,insuficiencia mitral leve8p,fracción de eyección<30:3p,30-50:14p,>50:9pProcedimiento:anestesia local:20p,general:6p,acceso quirúrgico18Fr25p,acceso quirúrgico subclavio en 1p,predilatación en 26p,postdilatación2p,evaluación post implante por aortograma torácico y parámetros hemodinámicos en 26p

Resultado: Seguimiento a 4 años con doppler en 19p.Gradiente máximo pm:19mmHg,área valvular aórtica pm:2.1cm2,insuficiencia aórtica leve en 10p,insuficienccia mitral leve en 6p,válvula normoinserta,normofuncionante,sin daño estructural,con ausencia de leak periprotésico en todos los pacientes

Conclusiones: Objetivamos el buen perfil hemodinámico de la válvula aórtica transcatéter tipo Corevalve, con gradientes bajos,área valvular aórtica constante y ausencia de leak.Un mayor número de válvulas implantadas y un seguimiento a más largo plazo nos permitirá un mejor conocimiento de durabilidad y comportamiento hemodinámico de la prótesis

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-169 / nicolas_esteybar@hotmail.com

ACCESOS VASCULARES EN CATETERISMOS DIAGNÓSTICOS: VÍA RADIAL VERSUS VÍA FEMORAL: EXISTE MAYOR IRRADIACIÓN?

Nicolás Esteybar Damiani[*1], *Jorge Iravedra*[1] *and Servicio de Hemodinamia*
[1]Clínica 25 de Mayo, Mar del Plata, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: El abordaje por medio de la vía radial ha demostrado reducir las complicaciones vasculares, pero en múltiples trabajos se ha relacionado a este acceso con mayor exposición radiológica.El objetivo de este estudio es comparar los parámetros de exposición radiológica obtenidos durante la realización de cateterismos diagnósticos por vía radial y femoral. Finalmente determinar en nuestra experiencia, si la vía de abordaje radial ocasiona mayor irradiación que la vía femoral.

Material y Método: El análisis se realiza a través de un estudio retrospectivo en la ciudad de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina. Se incluyeron pacientes sometidos a cateterismos diagnósticos coronarios tanto por vía radial como por vía femoral, registrando los valores de radiación (Gycm2) realizados durante el procedimiento.
La evaluación estadística de las características clínicas de los pacientes y la radiación registrada, fueron analizados por medio del test de Fisher, ANOVA parametric test, Bartlett's test y Kruskal-Wallis test, considerándose la diferencia estadísticamente significativa si la p era ≤ 0.05.

Resultado: Se evaluaron 92 pacientes sometidos a angiografía coronaria diagnóstica, de los cuales 43 pacientes (47%) fueron abordados por vía femoral y 49 pacientes (53%) por medio de la vía radial, observándose las diferentes características clínicas (tabla 1).
Del análisis de las características clínicas podemos observar que la edad promedio tanto del grupo de vía femoral como del grupo de vía radial fue de 66 años. En cuanto a los factores de riesgo cardiovasculares también ambos grupos son homogéneos, no se pudo determinar diferencias estadísticamente significativas en ninguno de ellos.
Se realizó la evaluación de la radiación realizada en ambos grupos, observando una radiación promedio de 59,1 Gycm2 para el abordaje femoral y una radiación promedio de 50 Gycm2 para el abordaje de la vía radial. Mediante el test de Bartlett´s se determinó el valor de p, el cual resultó ser estadísticamente significativo (P=0,003).

Conclusiones: En cuanto a los resultados obtenidos podemos afirmar que el abordaje por medio del acceso radial NO produce mayor irradiación en comparación con el abordaje por medio del acceso femoral. Si bien depende de la experiencia del operador, en nuestro caso podemos incluso decir, que la vía radial produjo menor irradiación que la vía femoral, con una diferencia estadísticamente significativa a pesar de que el tamaño de la muestra no es lo suficientemente voluminoso.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-368 / lucasmedizza@gmail.com

TROMBOASPIRACION EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO

Lucas Medizza[*1], *Roberto Larghi*[1], *Lucía Hernandez*[1], *Daniela Dianda*[1], *Emmanuel Da Riva*[1], *María Belén Cigalini*[2], *Claudio Cigalini*[1]

[1]Grupo Intec (Sanatorio Los Arroyos y Sanatorio Británico), [2]Sanatorio Los Arroyos, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar el efecto de la tromboaspiración durante la angioplastia primaria en el infarto agudo de miocardio (IAM) sobre la mortalidad intrahospitalaria (MIH) en nuestro centro. Como objetivo secundario evaluar el efecto de la tromboaspiración en el IAM sobre la (MIH) en relación al estado hemodinámico en la admisión y al tiempo de isquemia.

Material y Método: Estudio observacional, retrospectivo en dos centros de la ciudad de Rosario. Se incluyeron todos los pacientes admitidos a nuestros centros con IAM a los que se les realizó angioplastia primaria durante el período 2006-2014. Los datos fueron extraídos de nuestra base de datos sobre angioplastia primaria.

Resultado: Se trabajó sobre un total de 275 angioplastias primarias, compuesto por un 21.71% de pacientes femeninos y 78.29% masculino, con edades de entre 28 y 93 años (media=61 años, DE=13.9).Se realizó tromboaspiración en el 53.81% de los casos. Se registraron 29 muertes intrahospitalarias entre los 275 casos totales (10.86%), de las cuales 26.32% corresponden a pacientes tromboaspirados, no encontrándose asociación significativa entre la realización o no de tromboaspiracion y la muerte intrahospitalaria (p-value=0.908). El mismo resultado se obtiene ajustando por el estado hemodinámico de los pacientes al ser admitidos según la clasificación de Killip y Kimball. El 80.57% de los pacientes es clase A, entre quienes se registró una mortalidad del 3.54%, todas de pacientes no tromboaspirados. El 7.43% es clase B, mortalidad del 7.69% de pacientes tromboaspirados. El 1.71% es clase C, con una mortalidad de 33.33% de pacientes no tromboaspirados. El 10.29% es clase D, con una mortalidad del 66.67%, de pacientes tromboaspirados (p-values: 0.3238, 0.3077 y 0.999 para las clases A, B y D respectivamente. La clase C no pudo evaluarse dado el escaso número de casos). Tampoco se encontraron diferencias significativas en los casos de muerte según tromboaspiración, ajustando por tiempo de isquemia (menor o mayor a 6 horas). Se dispone información del tiempo de isquemia para 241 de los 275 casos totales. El 72.34% de los tiempos fue menor a 6 horas, entre los cuales se registró una mortalidad del 7.84% (p-value=0.2548). En el 27.66% restante el tiempo de isquemia fue igual o superior a 6 horas, registrándose entre ellos una mortalidad del 2.56% (p-value=0.6486).

Conclusiones: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas sobre la mortalidad intrahospitalaria según la realización o no de tromboaspiración durante la angioplastia primaria en el IAM. Tampoco se encontraron diferencias en MIH en relación a la realización o no de tromboaspiración, de acuerdo al estado hemodinámico en la admisión o el tiempo de isquemia.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-373 / josersoriarichard2026@gmail.com

ANGIOPLASTIA CORONARIA EN TRONCO DECORONARIA IZQUIERDA: RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS Y AL SEGUIMIENTO

Jose Ricardo Soria Richard[*1], *Juan Andres Scaglia*[1] *and Dr. Miano, Jorge, Dr. Mrad, Jorge*

[1]Sanatorio de los Arcos, Capital Federal, Argentina

Tópico: Investigación clínica, Ciencias básicas

Objetivo: El objetivo de este trabajo es evaluar la evolución intrahospitalaria y a mediano plazo de angioplastia con stent en tronco de coronaria izquierda.

Material y Método: Se analizaron de manera retrospectiva 110 ATC a TCI las cuales tienen más de un año de seguimiento, Syntax Score 26 promedio. TCI Protegido: 6 ATC (5.5%).Las técnicas de ATC fueron las recomendadas acorde al caso clínico. Se definió éxito angiográfico (EA) a la obstrucción residual < 30% y a la presencia de flujo TIMI grado 3. Eficacia Clínica (EC) fue medida con el punto combinado de muerte, infarto con nuevas ondas Q, cirugía de revascularización culpable de urgencia (CRM), necesidad de revascularición del vaso culpable

Resultado: La media de seguimiento fue de 52 meses +/- 11 meses, 109 pacientes (100%). Se utilizaron 161 stents, SLD 152 (94%), SC 9(6%), 1.5 stents/p el diámetro 3.39% ± 0.28 mm2, porcentaje de obstrucción 70,3%. Técnica utilizada: Culotte 27 (24%)p, Crushing 18(16%)p, T Stent 5 (4.5%)p. Ostial puro 6p (5.5%), Provitional 51(46%)p. Kissing stent 2(1.8%)p. Con respecto a la eficacia clínica el punto combinado lo presentaron 7.4% de los pacientes: durante la internación 2 (1.8%) pacientes presentaron trombosis aguda del stents de los cuales 1(0.9%) paciente falleció. En el seguimiento 3 pacientes presentaron reestenosis (2.7%) y 2 (1.8%) óbitos.

Conclusiones: La angioplastia de tronco de coronaria izquierda en esta serie de pacientes demostró ser una técnica segura con baja tasa de reintervención y de complicaciones a mediano plazo independientemente de la técnica de bifurcación utilizada.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-408 / carmen_nievas@hotmail.com

MEDIASTINITIS Y OSTEOMIELITIS EN EL POST OPERATORIO DE CIRUGIA CARDIACA. ANALISIS PROSPECTIVO DE 2768 PACIENTES

Maria Del Carmen Nievas Romano[*1], *omar asdrubal vilca mejia*[1], *carlos Manuel de almeida Brandao*[1], *ricardo ribeiro dias*[1], *pablo maria alberto pomerantzeff*[1]

[1]InCor -FM-USP, san pablo, Brasil

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: La mediastinitis y osteomielitis Son complicaciones raras, pero graves en el post-operatorio de cirugía cardíaca. El objetivo de este estudio fue determinar predictores pre-operatorios de mediastinitis y osteomielitis en el mundo real. La mediastinitis y osteomielitis Son complicaciones raras, pero graves en el post-operatorio de cirugía cardíaca. El objetivo de este estudio fue determinar predictores pre-operatorios de mediastinitis y osteomielitis en el mundo real

Material y Método: Se realizo el análisis univariado y multivariado a través de el modelo de regresión logística de 45 variables pre-operatorias de 2.768 pacientes consecutivos sometidos a cirugía cardiaca valvular, coronaria y asociadas en el período de mayo de 2007 a mayo de 2009.
Se realizo el análisis univariado y multivariado a través de el modelo de regresión logística de 45 variables pre-operatorias de 2.768 pacientes consecutivos sometidos a cirugía cardiaca valvular, coronaria y asociadas en el período de mayo de 2007 a mayo de 2009.

Resultado: Treinta y cinco pacientes (1,3%) evolucionaron con mediastinitis y 19 pacientes (0,7%) con osteomielitis asociada. La edad media de los pacientes fue de 59,9 ±13,5 años y el Euro-Score de 4,5% ±3,6. La mortalidad hospitalaria fue del 42,8%. En el análisis multivariado fueron identificados tres variables como predictoras independientes de mediastinitis y osteomielitis: Uso de Balón de Contra Pulsación Intra-Aórtico pre-operatorio (OR 5,41 - 95% CI [1,83 16,01], p=0,002), Diálisis (OR 4,87 - 95% CI [1,41 16,86], p=0,012) y Arteriopatía vascular periférica (OR 4,39 - 95% CI [1,64 11,76], p=0,003). Treinta y cinco pacientes (1,3%) evolucionaron con mediastinitis y 19 pacientes (0,7%) con osteomielitis asociada. La edad media de los pacientes fue de 59,9 ±13,5 años y el Euro-Score de 4,5% ±3,6. La mortalidad hospitalaria fue del 42,8%. En el análisis multivariado fueron identificados tres variables como predictoras independientes de mediastinitis y osteomielitis: Uso de Balón de Contra Pulsación Intra-Aórtico pre-operatorio (OR 5,41 - 95% CI [1,83 16,01], p=0,002), Diálisis (OR 4,87 - 95% CI [1,41 16,86], p=0,012) y Arteriopatía vascular periférica (OR 4,39 - 95% CI [1,64 11,76], p=0,003).

Conclusiones: El presente estudio sugiere que el uso pre-operatorio de Balón de Contrapulsación Intra-Aórtico, la necesidad de Diálisis, así como la presencia de Arteriopatia vascular periferica son predictores significativos de mediastinitis y osteomielitis
El presente estudio sugiere que el uso pre-operatorio de Balón de Contrapulsación Intra-Aórtico, la necesidad de Diálisis, así como la presencia de Arteriopatia vascular periferica son predictores significativos de mediastinitis y osteomielitis.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-191 / costantini_ricardo@hotmail.com

FACTORES DE DECISIÓN DEL TRATAMIENTO DE VASOS NO CULPABLES EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO MULTIVASO: ÚNICA SESIÓN VS DIFERIDO

Ricardo A. Costantini[*1], *Juan Manuel (h) Telayna*[1], *Juan Manuel Telayna*[1]

[1]Hospital Universitario Austral, Pilar, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Entre 20 y 60% de todos los pacientes tratados con angioplastia primaria (ATCP) presentan enfermedad de múltiples (EMV) vasos, siendo este un predictor independiente de mortalidad por disfunción ventricular izquierda progresiva y mayor prevalencia de insuficiencia cardiaca.
La estrategia de revascularización completa (RC) en la misma sesión es cuestionada por su seguridad o la tasa de reintervención, siendo desaconsejada por la guías de prácticas clínicas y permanece con un patrón heterogéneo de decisión entre los cardiólogos intervencionistas.
Objetivo: Analizar los variables clínicas y angiográficas de decisión terapéutica y los resultados clínicos y del procedimiento de la RC diferida temprana (durante la misma internación o dentro de los 30 días) vs. en el procedimiento índice.

Material y Método: Población: Desde mayo de 2000 a diciembre de 2014 se trataron en forma consecutiva n=374 pacientes con IAM de los que presentaban EMV 189 pts. En este período, recibieron RC en la misma sesión n= 58 pts (grupo A) y completaron revascularización en forma diferida: misma internación o dentro de los 30 días n=35 pts (grupo B). Características basales: Edad promedio 58±11 vs 57±9 años, diabetes 15(29%) vs 7(20%); infarto previo 6(10) vs 6(17); angioplastia coronaria previa 6(10) vs 4(11); killip y kimbal C – D 9(15) vs 1 (3) p=0,08; uso de IIbIIIa 3(5) vs 9(26) p=0,008; tiempo puerta balón 110±60 vs 107±59 minutos; arteria descendente anterior no relacionada al infarto 21(36 vs 1(3) p= 0,0001; flujo TIMI 0 inicial 32(55) vs 21(60); implante de stents liberadores de droga 10(17) vs 6(17); uso de tromboaspiración 4(7) vs 6(17); acceso radial 21(36) vs 16 (46), tiempo de fluoroscopia 19,2±15 vs 16,9±13 minutos; material de contraste 267,3±91 vs 236±98 mililitros.

Resultado: En la etapa intrahospitalaria se obtuvo flujo TIMI III final 58 (100) vs 31(88) p=0,03, perfusión miocárdica TIMI 3 final 52890) vs 30(85) p=0,8; muerte cardiaca 2(3) vs 0 p=0,5; reinfarto 182) vs 0 p=0,7. En el seguimiento a 21,8±18 vs 23,9±18 meses se obtuvo muerte cardiovascular 0 vs 1(3) p=0,3; reinfarto por oclusión coronaria temprana 2(4) vs 2 (6) p=0,6, reATC por lesiones de novo 3(7) vs 2(6) p=1 y reATC por reestenosis 2(4) vs 3(8) p=0,3.

Conclusiones: La revascularización completa en el infarto agudo de miocardio en la misma sesión no se expresó en un mayor riesgo o mayor tasa de reintervención frente a la modalidad diferida en pacientes con enfermedad de múltiples vasos. La presencia de Killip y Kimbal > B; la arteria descendente anterior no relacionada con el infarto afectada fueron factores que inclinaron la decisión para realizar RC en la misma sesión; mientras que la presencia de oclusión total crónica y el requerimiento de IIbIIIa hicieron diferir las intervenciones.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-376 / josersoriarichard2026@gmail.com

DIFERENTES TECNICAS DE BIFURCACION EN ANGIOPLASTIA DE TRONCO DE CORONARIA IZQUIERDA: RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS Y AL SEGUIIENTO

Jose Ricardo Soria Richard[1], Juan Andres Scaglia[1] and Dr. Miano, Jorge, Dr. Mrad, Jorge, Dr. Muryan, Sergio, Dr. Larraburu, Alfredo, Dr. Creso, Marcelo.

[1]Sanatorio de los Arcos, Capital Federal, Argentina

Tópico: Investigación clínica, Ciencias básicas

Objetivo: El objetivo de este trabajo es evaluar las diferentes técnicas de bifurcación en la angioplastia con stent en tronco de coronaria izquierda su evolución intrahospitalaria y a mediano plazo.

Material y Método: Se analizaron de manera retrospectiva 110 (3.5%) ATC a TCI las cuales tienen más de un año de seguimiento, Syntax Score 26 promedio. TCI Protegido: 6 atc (5.4%).Las técnicas de ATC fueron las recomendadas acorde al caso clínico. Se definió éxito angiográfico (EA) a la obstrucción residual < 30% y a la presencia de flujo TIMI grado 3. Eficacia Clínica (EC) fue medida con el punto combinado de muerte, infarto con nuevas ondas Q, cirugía de revascularización culpable de urgencia (CRM), necesidad de revascularición del vaso culpable.

Resultado: La media de seguimiento fue de 52 meses +/- 11 meses, 109 pacientes (100%).
Se utilizaron 161 stents. SLD 152 (94%), SC 9(6%). 1.5 stents/p el diámetro 3.39% ± 0.28 mm2, porcentaje de obstrucción 70,3%. Técnica utilizada: Culotte 27 (24%)p, Crushing 18(16%)p, T Stent 5 (4.5%)p. Ostial puro 6p (5.5%), Provitional 51(46%)p. Kissing stent 2(1.8%)p.
.Con respecto a la eficacia clínica el punto combinado lo presentaron 7.4% de los pacientes: durante la internación 2 (1.8%) pacientes presentaron trombosis aguda del stents (PROVITIONAL – CULOTTE) de los cuales 1(0.9%) paciente falleció (PROVITIONAL). En el seguimiento 3 (2.7%) pacientes presentaron reestenosis y 2 (1.8%) óbitos.

Conclusiones: La angioplastia de tronco de coronaria izquierda en esta serie de pacientes demostró ser una técnica segura con baja tasa de reintervención y de complicaciones a mediano plazo independientemente de la técnica de bifurcación utilizada.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-231 / lucasmedizza@gmail.com

REPARACIÓN ENDOVASCULAR DEL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL: SEGUIMIENTO A 8 AÑOS

Lucas Medizza[1], Roberto Larghi[1], Santiago Milano[2], Claudio Cigalini[2], Carlos Giordano[2], Lucía Hernandez[2], Daniela Dianda[2]

[1]Grupo Intec (Sanatorio Los Arroyos y Sanatorio Británico), [2]Sanatorio Los Arroyos, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: El objetivo primario fue evaluar la mortalidad perioperatoria de la reparación endovascular del AAA, la mortalidad por cualquier causa y la necesidad de reintervención en 8 años de seguimiento. Como objetivos secundarios, evaluar la incidencia de complicaciones perioperatorias y el tiempo de estadía en internación.

Material y Método: Estudio observacional. Se incluyeron todos los casos a los que se les realizó reparación endovascular de AAA entre el 1 de Enero de 2008 y el 31 de Diciembre de 2014. El seguimiento se realizó mediante encuesta telefónica durante el mes de Enero de 2015. Los datos se resumen mediante porcentajes o promedio (desvío estándar) según corresponda. La probabilidad de supervivencia se estimó mediante el método de Kaplan-Meier.

Resultado: En el período en estudio se realizaron 36 implantes de endoprótesis. El 88.9% de los pacientes fueron de sexo masculino. La edad promedio fue 74.4 (DE 6,7) años (59-85). Los antecedentes encontrados fueron: hipertensión 86.1%; tabaquismo 69.4%; dislipidemia 75.0%; diabetes 16.7%; obesidad 47.2%; cardiopatía isquémica 36.1%; IAM 13.9%; insuficiencia renal 13.9%; EPOC 2.8%. La fracción de eyección promedio fue 59.3% (DE 8.4%). El riesgo quirúrgico según ASA fue 2 en el 30.6% de los casos, 3 en el 63.9% y 4 en el resto, 5.6%. El 94.4% de los AAA fue asintomático, el 2.8% sintomático y el 2.8% roto. En el 83.3% de los casos se implantó endoprótesis ao-bilíaca, en el 13.9% ao-monoilíaca y en el resto, 2.8%, ao-ao. Hubo Endoleak en el 8.3% de los casos. El 11.1% de los casos presentaron complicaciones: arritmias (5.6%); bloqueo AV (2.8%); IRA (2.8%); infección (2.8%); fibrilación auricular aguda (2.8%). La mortalidad intrahospitalaria fue del 2.8% (un sólo paciente a causa de falla multiorgánica). El 77.8% de los pacientes estuvo internado entre 3 y 5 días. Un solo caso requirió reintervención (2.8%). El tiempo medio de seguimiento de los pacientes fue 41.6 meses (mínimo: 1.2 – máximo: 86.5). Durante el tiempo de seguimiento se registraron 3 muertes, 8.6%, las cuales fueron causadas por neumopatía. El análisis de supervivencia determinó que el tiempo medio de sobrevida fue 65.5 meses (DE 4.4). La probabilidad de sobrevivir fue 0.9643 a los 12 meses de realizado el implante, 0.9184 a los 24 meses y 0.8673 a los 36 meses.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el tratamiento endovascular del aneurisma de aorta abdominal es un procedimiento seguro, con una alta tasa de éxito primario, una baja tasa de mortalidad intrahospitalaria (nula en pacientes asintomáticos). Presenta una baja tasa de complicaciones perioperatorias y una corta estadía hospitalaria.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-200 / luciana_5689@hotmail.com

EUROSCORE COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD TEMPRANA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Luciana Duran[1], Fabiana Duran[1], Ricardo Ferrer[1], Fabian Fiorito[1], Luis Diodato[1], Jose Ameriso[1], Ariel Dogliotti[1]

[1]Instituto Cardiovascular de Rosario, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Valorar la eficacia del modelo EuroSCORE logístico (European system for cardiac operative risk evaluation) para estimar el riesgo de mortalidad temprana (hospitalaria) en la cirugía cardíaca de nuestro centro.

Material y Método: Se analizó una cohorte de 675 pacientes consecutivos sometidos a cirugia cardiaca entre marzo del 2011 y diciembre 2014 en nuestro centro. Se calculó el EuroSCORE logístico según el EuroSCORE log. interactivo calculator.org.
Se comparó la mortalidad esperada con la observada en todos los pacientes que ingresaron para cirugía cardiovascular (cirugía coronaria aislada, cirugía valvular aislada, cirugía valvular y coronaria "combinada" y cirugía de la aorta torácica). Se utilizó un modelo de regresión logística "paso a paso" para determinar las variables asociadas a mortalidad, comparándose con el EuroSCORE log. La discriminación del modelo se comprobó midiendo el área bajo la curva ROC.

Resultado: Se incluyeron 675 pacientes, 73% de sexo masculino, la edad fue de 64,7 ± 7 años. Se realizó una cirugía electiva en el 74,2%, siendo el 44,7% cirugia de revascularización miocardica aislada. La fracción de eyección (FEY) prequirúrgica fue conservada en el 77,3%. La mortalidad global intrahospitalaria esperada según el EuroSCORE log. fue de 4,59% IC 95% = 4,16 – 5,02, mientras que la observada fue de 4,88% IC 95% = 3,26 – 6,51 p= 0,8. Área bajo la curva ROC de 0,75, IC 95%, = 0,71- 0,78 del EuroSCORE log. para predecir mortalidad. Las variables independientes asociadas a mortalidad fueron: cirugía cardiaca previa (Odds Ratios [OR] 3,55 IC 95% = 1,08 - 11,62, p<0,035); creatinina sérica prequirúrgica ≥ 2 (OR 7,47 IC 95% 1,91 - 29,06 p<0,0037); cirugía combinada (OR 5,88 IC 95% = 1,71 - 17,54 p<0,0033); cirugía no electiva (OR 9,09 IC 95% = 3,84 - 20,40 p<0,0001); infarto de miocardio previo (OR 3,15 IC 95% 1,10 – 8,99 p<0,0313). Área bajo la curva ROC de 0,82 (IC 95%) = 0,79 - 0,85 p de interacción: <0,01.

Conclusiones: La escala de valoración de riesgo EuroSCORE log. es confiable al predecir la mortalidad temprana en los pacientes sometidos a cirugía cardiaca. Las variables independientes asociadas a mortalidad pudieron predecir mejor el riesgo de muerte que el EuroSCORE log. en nuestra cohorte.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-339 / luisbahamonde@live.com.ar

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA ANGIOPLASTIA CORONARIA EN PACIENTES DIABÉTICOS Y NO DIABÉTICOS

Luis Alberto Bahamonde[1], Antonio Scuteri[1] on behalf of Radac, Miguel Miceli[1] on behalf of Radac, Alejandro Cherro[1] on behalf of Radac, Ernesto Torresani[1] on behalf of Radac, Raúl Borracci[1] on behalf of Radac, Amalia Descalzo[1] on behalf of Radac and Grupo Radac

[1]Hospital san josé de pergamino, pergamino, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Obtener datos actuales de la angioplastia coronaria (ATC) en diferentes escenarios clínicos comparando la población de pacientes diabéticos (DBT) con los no diabéticos (NO DBT),analizando sus características clínicas,angiográficas y su evolución intrahospitalaria;ambos grupos incluídos en el Registro Argentino de Angioplastia Coronaria (RAdAC).

Material y Método: desde mayo de 2010 a febrero de 2012,67 centros con servicio de hemodinamia de Argentina incluyeron 3049 pacientes tratados con ATC;de éstos,578 eran diabéticos y 2471,no diabéticos.

Resultado: el estudio comparativo de ambos grupos mostró una edad media similar (65 +/- 10,5 años DBT vs 64 +/- 11 a. de los NO DBT),con un mayor porcentaje de mujeres entre los DBT. En cuanto a antecedentes y factores de riesgo,el grupo DBT presentaba una marcada diferencia con respecto al grupo NO DBT: hipertensión88%vs69,3%,extabaquismo30%vs25%,dislipemia76%-vs61,7%,sobrepeso-obesidad45,5%vs27,2%,cirugía de revascularización miocárdica previa8%-vs5,4%,ATC previa27%vs20,4%,enfermedad vascular periférica previa6,5%vs3,6%,enfermedad pulmonar obstructiva crónica4,3%vs2,7%,accidente cerebro vascular previo4,1%vs1,5%,insuficiencia renal previa8,6%vs4,2% e insuficiencia cardíaca previa10%vs4,5%,respectivamente.El cuadro clínico que llevó a la ATC fue AnginaCrónicaEstable en el 13,5%de los DBT y 9,1%de los NO DBT,Angina Inestable/Infarto Agudo de Miocardio (IAM) sin supradesnivel del segmento ST en el 63,3%de los DBT y 63,2%de los NO DBT,IAM con supradesnivel del segmento ST en el 19,9%de los DBT y 21,3%de los NO DBT. La cantidad de vasos enfermos fue superior en el grupo DBT (total 1135,con media de 1,96+/-0,89) con respecto al grupo NO DBT (total 4080,con media de 1,74+/-0,85). Se implantaron 927 stents (media de 1,62+/-0,85 stents por paciente) en el grupo DBT vs 3439 (media de 1,47+/-0,74),en el grupo NO DBT. El éxito primario de la ATC fue del 97% en ambos grupos. Los eventos cardiovasculares al alta no mostraron diferencias importantes entre ambos grupos (IAM3,4%DBT vs 2,6%NO DBT,stroke 0,76%DBT vs 0,08%NO DBT, nueva ATC en 1%DBT vs 0,6%NO DBT, trombosis de stent en 0,7%DBT vs 0,3%NO DBT, sangrado mayor en 0,3%en ambos grupos y óbito 2,4%DBT vs 1,4%NO DBT)

Conclusiones: los pacientes diabéticos presentaron una carga de factores de riesgo y antecedentes de eventos cardiovasculares mucho más importante que los pacientes no diabéticos. La naturaleza más difusa de su enfermedad, constatado por una mayor cantidad de vasos enfermos, hace que se deban utilizar mayor cantidad de stents para el tratamiento de la patología coronaria. A pesar de ello, la tasa de éxito primario de la ATC es alta y los eventos adversos cardiovasculares al alta son bajos en el grupo de pacientes diabéticos comparados con los no diabéticos.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-179 / roldanjosefina@hotmail.com

DISECCION DE AORTA TIPO A: ¿EL DIA DE LA SEMANA ES CLAVE?

Josefina Roldan[*1], *Gaston Pozzi*[1], *Cinthia Lopez Gonzalez*[1], *Jorge Isacc Parras*[1], *Mariela Onocko*[1], *Rodrigo Zoni*[1], *Guillermo Aristimuño*[1], *Sheila Fernandez*[1], *Josefina Blanchet*[1], *Omar Alvarez*[1]

[1]Instituto Cardiología de Corrientes " Juana F. Cabral", corrientes, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La disección de Aorta tipo A (DAA) es una entidad con alta morbimortalidad que requiere de tratamiento quirúrgico de urgencia, debido al alto riesgo de complicaciones mortales. Se requiere de una logística de coordinación de recursos quirúrgicos y no-quirurgicos y del trabajo multidisciplinario del ámbito de la salud, por lo que el día y horario de la intervención quirúrgica puede impactar en el pronóstico hospitalario de estos pacientes.

Objetivo: Evaluar pronóstico hospitalario de pacientes con DAA en Instituto cardiología de Corrientes (ICC) según el momento en el que son intervenidos quirúrgicamente.

Hipótesis: Los pacientes con DAA intervenidos quirúrgicamente en días no hábiles u horarios vespertinos o nocturnos, tienen mayor mortalidad y complicaciones que aquellos operados en días hábiles.

Material y Método: Estudio retrospectivo, observacional, unicéntrico. Criterios de inclusión: Pacientes que ingresen al ICC con DAA intervenidos quirúrgicamente entre 1 Enero del 2012 y 31 diciembre del 2014. Se dividió la población en 2 grupos según el momento de la cirugía. Se calculó el tiempo promedio desde la consulta médica hasta el inicio de la cirugía. Grupo I: Operados de Lunes a Viernes de 8 a 17 hrs. Grupo II: Operados de Lunes a viernes de 17 a 8 hrs y los días sábados, Domingos y feriados. Punto primario combinado: Muerte de causa cardiovascular, shock cardiogénico, compromiso neurológico, insuficiencia renal y sangrado mayor.

Resultado: Se incluyeron 29 pacientes con DAA operados. 19 pacientes (60%) en el Grupo I y 9 pacientes (40%) en el Grupo II.

La edad media fue de 56 años ±14, siendo 82% masculinos, el 72,4% con hipertensión arterial; 10,3% de obesidad, 10,3% tabaquistas. En cuanto a variables quirúrgicas no se observaron diferencias significativas. Tiempo bomba circulación extracorpórea Grupo I: 150 min versus Grupo II: 145 min; Tiempo de campeo 101 min vs 100 min, paro circulatorio 2 vs 9 min.

Tuvieron el punto final primario 17 pacientes (58,6%). Once pacientes (57,9%) del Grupo I vs. 6 pacientes (60%) Grupo II. No se observaron diferencias en el punto final primario, ni en ninguno de sus componentes por separado. La mortalidad total fue de 20,7%.

El retardo desde la consulta hasta la cirugía tuvo una mediana de 3,18 horas. Para el Grupo I fue de 7,4 y 2.3 horas para el grupo II. (p: 0.06).

Conclusiones: No se observaron diferencias en la tasa de complicaciones en pacientes con DAA según el día que son intervenidos quirúrgicamente.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-253 / paulgamboad@hotmail.com

ANGIOPLASTIA CON STENT EN LESIONES TIPO TRANS-ATLANTIC INTER-CONSENSUS C Y D EN ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL, EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Paul Gamboa[*1] *and Mendiz Oscar, Valdivieso León, Lev Gustavo, Fava Carlos, Caponi Gaspar, Monroy Jorge, Barrio Eduardo, Quinde Pablo y Heredia Fausto.*

[1]Fundación Favaloro, Buenos Aires, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: El propósito de este estudio fue describir los resultados a seis meses de los pacientes con lesiones TASC C y D en AFS sometidos a angioplastia con stent.

Material y Método: De Agosto de 2009 a Enero de 2015, los pacientes que presentaron lesiones en arteria femoral superficial (AFS) TASC C y D mayores de 15 cm fueron incluidos. La terapia endovascular fue la primera intención de tratamiento que incluía implante de stent periférico autoexpandible, la terapia para cada paciente fue dictada según la preferencia de cada médico sin ser regulada por una guía clínica. Los pacientes fueron ingresados a un registro de nuestro centro, con un mínimo de seguimiento a 6 meses. Para cada paciente se identificaron las condiciones comórbidas existentes y factores de riesgo. El punto primario fue la mejoría clínica a 6 meses. EL punto secundario fue la reestenosis definida como > 2.4 de radio de velocidad del pico sistólico por doppler o > 50% de estenosis por angiografía.

Resultado: 77 paciente (40% mujeres, edad 70 +/- 10 años, rango de 44 a 88 años). La indicación de tratamiento fue 18% cambios tróficos, 23% dolor en reposo y 58% claudicación. Se realizo un seguimiento mínimo de 6 meses hasta 40 meses. 4 pacientes (5%) murieron durante el seguimiento por causas diferentes al procedimiento. 1 paciente (1.2%) presento hematoma retroperitoneal como complicación secundaria al procedimiento. El 82% se realizaron doppler de control y 16% angiografía. El 22% presentó reestenosis en un periodo promedio de 12 meses, siendo reintervenidos 7 pacientes (9%). En 4 pacientes (5%) fue necesaria la amputación. Solo 10 pacientes (13%) persistieron con claudicación, 6 pacientes (8%) persistieron con cambios tróficos y 61 pacientes (79%) se encuentran asintomáticos y con resolución de cambios tróficos.

Conclusiones: La angioplastia con stent primario para lesiones de la AFS clasificación TASC C y D parece ser una técnica segura con resultados clínicos aceptables a 6 meses. Estos datos soportan el uso de terapia endovascular para el manejo de lesiones de la AFS TASC C y D.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-295 / mdpabloquinde@hotmail.com

EVOLUCION ALEJADA DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN LA ESTENOSIS VALVULAR AORTICA SEVERA SINTOMATICA

Pablo Quinde[*1], *Gustavo Lev*[1], *Leon Valdivieso*[1], *Carlos Fava*[1], *Gaspar Caponi*[1], *Eduardo Barrio*[1], *Fausto Heredia*[1], *Jorge Monroy*[1], *Paul Gamboa*[1], *Oscar Mendiz*[1]

[1]Fundación Favaloro, Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Analizar los resultados clínicos extrahospitalarios del reemplazo valvular aórtico trans - cateter con el dispositivo auto expandible de Nitinol CoreValve® (Medtronic), en pacientes con estenosis aórtica severa sintomática y elevado riesgo quirúrgico.

Material y Método: Se incluyeron 141 pacientes (ptes) consecutivos entre marzo del 2009 y noviembre del 2014, con las siguientes características poblacionales:

Edad en años 79 ± 7, sexo masculino 73.

HTA 129 (91%) DBT 30 (21.2%) TBQ 52 (36.8%) DLP 54 (38.2%) Antecedentes de: IAM 29 (20.5%) CRM 27 (19.1%) ATC 25 (17.7%) FEY < 40% 13 (9.21%) IRC 16 (11.3%) EPOC 24 (17.1) AIT 1 (0.7%), Cuadro Clínico: Disnea 129 (91%), Angina crónica estable 12 (8.5). Euroscore logistico 18.4 ± 15.

Resultado: Se implantaron CoreValve® N°26, 29 y 31 predilatándose la válvula aórtica en 12 ptes (8.5%) y posdilatación en 51 ptes (36.1%). Se accedió por vía femoral mediante disección en 71 ptes (50.3%) por via femoral mediante punción en 67 ptes (47.5%), subclavia 2 ptes (1.4) y transaórtico 1 pte (0.7%).

A nivel intrahospitalario se evidenciaron los siguientes eventos: muerte 6 ptes (4.2), IAM (0%), ACV 2 ptes (1.4%), insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) 22 ptes (15.6%) y marcapaso definitivo 53 ptes (37.5).

En la evolución alejada con un seguimiento promedio de 14.4 meses ± 10 (36 a 1 mes) se produjeron los siguientes eventos:

Muerte de cualquier causa 15 ptes (10.6%), muerte relacionada a la patología base 7 ptes (4.9%), reintervención extra hospitalaria 0%, ángor recurrente 4 ptes (2.8%), ICC 11ptes (7.8%), disnea 20 ptes (14.1%), ACV 2 (1.4%) IAM 3 ptes (2.1%), MCP definitivo 9 ptes (6.3%), Área valvular aortica por Doppler 1.75 cm2 ± 0.7, Gradiente máximo 5 mmHg ± 7.

Conclusiones: En nuestra experiencia en el reemplazo valvular aortico por via percutánea con el dispositivo Corevalve® (Medtronic) en ptes con estenosis valvular aortica severa descartados para cirugía, ha demostrado resultados clinicos favorables con una baja incidencia de complicaciones en forma alejada.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-264 / gabrielmatkovich@yahoo.com.ar

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR ENFERMEDAD CAROTÍDEA EXTRACRANEAL: 20 AÑOS DE EXPERIENCIA. EVOLUCIÓN Y RESULTADOS

Gabriel Matkovich[*1], *Daniel Paolantonio*[1], *Andrés Rodríguez*[1], *Gerardo Sansoni*[1]

[1]Hemodinamia Rosario. Hospital Español, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Analizar las características clínicas y angiográficas de la población y la tecnica utilizada durante 20 años. Evaluar resultados del total de pacientes tratados y de subgrupos seleccionados.

Material y Método: Análisis retrospectivo de la serie total de pacientes (pts) tratados desde 10/95 hasta 02/15. Se evaluaron todos los pts tratados en forma consecutiva considerando las características de la población y resultados a 30 dias. Se analizaron subgrupos para determinar resultados obtenidos en los mismos; con síntomas o sin síntomas, mayores y menores de 70 años, procedimientos realizados los primeros y los segundos 10 años; y procedimientos realizados con y sin protección cerebral.

Resultado: Se trataron 182 pts. Sintomaticos 66.5% (121/182) y 50% (91/182) mayores de 70 años. Con un numero similar de estudios diagnósticos del territorio en los primeros 10 años se trataron el 67% de la población (123/182). Resultados en población total: se trataron 44% de CID y 52.7% CII. El 50.5% (92/182) fueron realizados con sistemas de protección cerebral distal y 80.8% (147/182) con stent autoexpandibles. El porcentaje de estenosis pre intervención fue 82+/-11% y el posto op 19+/-10%. Todos los tratados portaban estenosis igual o mayor al 70% excepto uno. En total de intervenciones se logró éxito angiográfico en 180/182 pts (98%). Complicaciones ACV menor 3.3% (6/182), mayor 1.1% (2/182), no se registro IAM, y muerte relacionada 0.5% (1/182). Total de ACV y muerte a 30 dias de 4.9%. Analisis Subgrupos: Sintomaticos ACV en 4.9% (6/121) una muerte relacionada 0.8%, total 5.7%, mientras que entre los asintomáticos se registro 1 ACV 1.6%. Los menores de 70 años presentaron ACV 2.1% (2/91) y en los mayores ACV 6.5% con una muerte relacionada 1.1%, total ACV y muerte 7.6% (7/91). Los que se realizaron con sistema de protección cerebral tuvieron un índice de ACV y muerte del 3.2% (3/92) mientras que los se efectuaron sin protección presentaron 6.6% (6/90). En los procedimientos realizados durante los primeros 10 años se observó una tasa de ACV y muerte del 5,7% (7/123) y del 3.4% (2/59) para los ultimos 10 años destacando que en este periodo no se evidenció ningun óbito.

Conclusiones: En 20 años desde el primer tratamiento en nuestro centro se trataron 182 pacientes con alto éxito angiografico. ACV y muerte en la población total a 30 dias fue 4.9%. El análisis de subgrupos predeterminados mostro mayor incidencia de complicaciones en pacientes sintomáticos y en los mayores de 70 años asi como en los que fueron tratados en la primera etapa que podría deberse a la curva de aprendizaje y a la ausencia de protección cerebral. Se observo reducción en la aplicación del método según pasaron los años, objetivada en la reducción del numero de pacientes tratados en la segunda década.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-284 / pablomarina265@gmail.com

PERMEABILIDAD AL AÑO DE LA PROTESIS DE POLITETRAFLUOROETILENO CON SUPERFICIE DE HEPARINA EN LESIONES FEMOROPOPLITEAS

Pablo Marina[*1], *Marcelo Pettinari*[1], *Armando Aldasoro*[1], *Jorge Thomas*[1], *Roberto Diaz*[1], *Gonzalo Cañarte*[1]

[1]Sanatorio Modelo Burzaco, Buenos Aires, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar la permeabilidad al año de la protesis de politetrafluoroetileno con superficie de heparina en lesiones fémoropoplíteas.

Material y Método: estudio retrospectivo,un centro,17 endoprótesis Gore VIABAHN con superficie de heparina bioactiva (VBH)implantadas en 16pacientes(p)con enfermedad vascular periférica sintomática.Población:10hombres,edad promedio:74.8años,tabaquismo74%,hipertensión81%,-dislipemia65%,diabetes20%,coronariopatía15%,insuficiencia renal crónica7%.Categoría Rutherford3-4:14p,5-6:2p.ClasificaciónTASCIID:81%,TASCIIC:19%.75% de oclusiones totales.Runoff de al menos un vaso infrapatelar.Seguimiento clínico y doppler de todos los pacientes PSVD mayor de 2.5 a 1,6 y 12 meses.

Resultado: El 87.5% de las prótesis VBH se hallaron permeables a 12 meses de seguimiento,sin reestenosis significativa,sin amputaciones y sin reintervención del vaso tratado.Longitud media de lesión 21.64cm(14-48cm),éxito de procedimiento 93%,una disección del acceso ipsilateral y una rotura post balón de arteria femoral superficial solucionadas con el implante de la prótesis. Una amputación por angioplastia fallida por embolia de lecho distal en Rutherford 6.Oclusión de dos VBH en un paciente al tercer mes de implante sin necesidad de revascularización.Mejoría a categoría Rutherford 1-2 en 14p.

Conclusiones: Hemos demostrado la elevada permeabilidad de la prótesis VIABAHN con recubrimiento de heparina en lesiones TASCIID Y C con mejoría de categoría Rutherford en la mayoría de los pacientes a doce meses de seguimiento.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-213 / mariabelencigalini@gmail.com

DISPLASIA FIBROMUSCULAR. DISTINTAS PRESENTACIONES DE UNA MISMA ENFERMEDAD

María Belén Cigalini[*1], *Romina Deganutto*[1], *Juan Martín Galiano*[1], *Florencia Foressi*[1], *Roberto Larghi*[1], *Lucas Medizza*[1], *Santiago Milano*[1], *Luis Keller*[1], *Claudio Cigalini*[1] *and Servicio de Diagnóstico y Tratamiento Endovascular del Sanatorio Los Arroyos y Centro de Tratamientos Endovasculares del Sanatorio Británico*

[1]Sanatorio Los Arroyos, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar la incidencia, características clínicas, imagenológicas y conductas terapéuticas de pacientes con diagnóstico angiográfico de displasia fibromuscular (DFM) estudiados en nuestros servicios.

Material y Método: Se analizaron en forma retrospectiva desde febrero de 2012 hasta julio de 2014 (30 meses) un total de 233 estudios angiográficos no coronarios. Se utilizó como criterio diagnóstico la clasificación angiográfica de DFM de la American Heart Association del año 2014. Los datos clínicos de los pacientes así como su conducta terapéutica se evaluaron a través de los registros de historias clínicas. Se realizó revisión de la literatura mediante búsqueda en base de datos Medline.

Resultado: Un total de 7 pacientes reunieron los criterios angiográficos diagnósticos, representando una incidencia del 3% sobre todos los estudios angiográficos evaluados. La edad promedio fue de 47.28 años (24-62) con mayor prevalencia de mujeres (4 a 3 – 57,1%). El territorio mayormente afectado fue el renal (5), seguido por el Ilíaco (2), Carotideo/vertebral cervical (2), intracraneano (1) y mesentérico (1). El 100% de los pacientes tenía afectación de más de un vaso mientras que cuatro pacientes (57%) tenían afectación de más de un territorio. En 6 pacientes el diagnóstico ya había sido sugerido por una técnica no invasiva (5 por Angio-Tomografía y 1 por Angio-Resonancia). En tres pacientes se obtuvieron imágenes con Ultrasonido Intravascular. La causa más frecuente de consulta fue Hipertensión Arterial (4), seguida por claudicación intermitente (1), amaurosis (1) e isquemia intestino-mesentérica (1). Una de las pacientes que consultaron por Hipertensión, debutó con encefalopatía hipertensiva y otra con Hipertensión asociada a infarto renal. Cinco pacientes fueron sometidos a procedimientos terapéuticos endovasculares (71,4%) mientras que a dos se les indicó una conducta expectante y seguimiento clínico. Todos los procedimientos terapéuticos fueron exitosos y sin complicaciones. Todos los pacientes se encuentran vivos a la fecha. Un solo paciente presentó progresión de su enfermedad en otro territorio arterial siendo sometido a una segunda intervención endovascular a un año de la primera. El resto de los pacientes no presentó nuevos eventos.

Conclusiones: La DFM, enfermedad poco frecuente y clásicamente relacionada a mujeres jóvenes y a localización renal, ha demostrado en nuestra serie una gran variabilidad etaria, de género y localización. Si bien su diagnóstico continúa siendo fundamentalmente angiográfico, las técnicas no invasivas permitieron detectar la mayoría de los casos. Los tratamientos endovasculares, cuando están indicados, resultan altamente efectivos en este tipo de pacientes.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-194 / costantini_ricardo@hotmail.com

ANGIOPLASTIA CORONARIA DE LESIONES COMPLEJAS Y NO COMPLEJAS DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR

Juan Manuel (h) Telayna[*1], *Ricardo A. Costantini*[2], *Noelia Brenzoni*[2], *Juan Manuel Telayna*[1]

[1]Hospital Universitario Austral, Pilar, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La revascularización miocárdica quirúrgica o percutánea ha mostrado ser superior al tratamiento médico en pacientes con cardiopatía isquémica severa. En el escenario de compromiso del segmento proximal o lesiones complejas angiográficamente de arteria descendente anterior (ADA), el cardiólogo clínico puede verse dificultado para optar por una u otra estrategia.

Objetivo: Evaluar los resultados angiográficos y clínicos de pacientes con angioplastia coronaria (PTCA) de ADA como único vaso enfermo, tanto para lesiones complejas como no complejas.

Material y Método: Desde mayo 2000 a enero 2015 se realizaron 2320 PTCA consecutivos, de los cuales 267 presentaban lesión única de ADA. Se excluyeron pacientes que ingresaron por infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, pacientes con revascularización previa, y síndrome coronario agudo como epifenómeno. Definimos como complejas aquella lesiones que presentaban al menos una de la siguientes características: 1) severa calcificación; 2) bifurcación tratada; 3) longitud de la lesión mayor a 38 mm; 4) diámetro menor a 2.25 mm. La población quedo constituida de la siguiente manera: pacientes bajo PTCA de lesiones complejas en ADA (grupo A n= 64 pacientes); y pacientes bajo PTCA de lesiones no complejas en ADA (grupo B n= 203 pacientes). Las características basales eran grupo A vs grupo B n (%) respectivamente: edad 62±10 vs 60±12 p=0.09; diabetes 21(32) vs 39(19) p=0.02; fracción de eyección 61±18 vs 63±15 p=0.9; infarto no ST 7(10) vs 42(20) p=0.07; angina inestable 31(48) vs 11(54) p=0.38; ADA segmento proximal (CASS) 13(20) vs 74(36) p=0.01; ADA segmento medio 28(43) vs 93(45) p=0.7; calcificación severa 13(20) vs 0; bifurcación 29(45) vs 0; diámetro del vaso menor a 2.25 mm 19(29) vs 0; longitud del vaso mayor a 38 mm 12(18) vs 0; acceso radial 30(46) vs 93(45) p=0.8.

Resultado: Los resultados fueron grupo A vs grupo B n (%) respectivamente: TIMI 3 63(98) vs 200(98) p=0.9; Blush 3 63(98) vs 200(98) p=0.9; todo DES 47(73) vs 90(44) p=0.00004; número de stents 1.8±0.8 vs 1.2±0.5 p=0.6; muerte cardiovascular intrahospitalaria 0 vs 1(0.4) p=0.5; oclusión temprana del vaso 2(3) vs 1(0.4) p=0.08; complicaciones del acceso 0 vs 3(1.4) p=0.3.

En el seguimiento (90 vs 94% p=0.2), con un promedio en meses 48±32 vs 48±39 p=0.9, siendo mayor a 60 meses 18(31) vs 66(34) p=0.6; muerte cardiovascular extrahospitalaria 1 (1.5) vs 4 (1.9) p=0.8; muerte no cardiovascular extrahospitalaria 5(7) vs 9(4) p=0.2; re PTCA por reestenosis 3(4) vs 10(5) p=0.9; re PTCA en nueva lesión 5(7) vs 16(7) p=1.

Conclusiones: La complejidad angiográfica en ADA como único vaso enfermo no mostró diferencias en resultados bajo PTCA. En el seguimiento alejado, tanto la mortalidad como la tasa de nueva PTCA fue similar para ambos grupos.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-342 / luisbahamonde@live.com.ar

ANGIOPLASTIA CORONARIA EN TABAQUISTAS COMPARADOS CON EXTABAQUISTAS

Luis Alberto Bahamonde[*1], *Antonio Scuteri*[2] *on behalf of Radac, Miguel Miceli*[2] *on behalf of Radac, Alejandro Cherro*[1] *on behalf of Radac, Ernesto Torresani*[2] *on behalf of Radac, Raúl Borracci*[2] *on behalf of Radac, Amalia Descalzo*[1] *on behalf of Radac and RAdAC*

[1]Hospital san josé de pergamino, pergamino, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Comparar datos actuales de la angioplastia coronaria (ATC) en diferentes escenarios clínicos en la población de pacientes tabaquistas(TBQ) vs ex tabaquistas(exTBQ),todos incluidos en el registro RAdAC (Registro Argentino de Angioplastia Coronaria).

Material y Método: Desde mayo de 2010 a febrero de 2012,67 centros con servicio de hemodinamia de Argentina incluyeron 3102 pacientes tratados con ATC;de éstos,845 eranTBQ y 790,exTBQ.

Resultado: Los 845 pacientes TBQ,con una edad promedio de 59+/-9,6 años fueron más jóvenes que los exTBQ(66+/-10,2 años).El 82% eran de sexo masculino,en similar proporción de los exTBQ.En cuanto a factores de riesgo cardiovasculares,los TBQ tenían menor índice de hipertensión,-diabetes mellitus y dislipemia que los exTBQ. Entre los antecedentes cardiovasculares,también se pudo evidenciar que los TBQ presentaban menor prevalencia de cirugía de revascularización miocárdica(CRM) previa,angioplastia coronaria(ATC) previa,infarto de miocardio previo, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal que los exTBQ.Las ATC se realizaron en forma programada en el 33% de los TBQ vs el 48,3% de los exTBQ,aunque los procedimientos urgentes y emergentes en conjunto,fueron más frecuentes en los TBQ que en los exTBQ. En cuanto al cuadro clínico que llevó a la ATC,la Angina Crónica Estable y la Angina Inestable/Infarto Agudo de Miocardio (IAM) sin supradesnivel del segmento ST fueron más frecuentes en el grupo exTBQ,mientras el IAM con supradesnivel del segmento ST lo fue en el grupo TBQ.La cantidad de vasos enfermos fueron 1460 para el grupo TBQ,con promedio de 1,73+/-0,83, y 1472 para el grupo exTBQ,con promedio de 1,87+/-0,9. Se implantaron 1229 stents,con promedio de 1,45 stents por paciente,en los TBQ y 1205 stents,con promedio de 1,52 stents por paciente,en los exTBQ. Se utilizaron stents liberadores de fármacos en mayor proporción en los exTBQ. El uso de balón de contrapulsación intraaórtico,cutting baloon,inhibidores plaquetarios IIbIIIa,rotablator y ecografía intravascular fue similar en ambos grupos,aunque hubo una tendencia a mayor utilización de tromboaspiración en los TBQ.El éxito primario de la ATC fue del 97,2% en ambos grupos.Los eventos cardiovasculares al alta (IAM,stroke,CRM de urgencia,nueva ATC,trombosis y sangrado mayor) fueron bajos y similares en ambos grupos.No hubo diferencias en mortalidad intrahospitalaria.

Conclusiones: Los pacientes TBQ presentaron un perfil de riesgo cardiovascular más favorable que los exTBQ,aunque el IAM con supradesnivel del segmento ST fue más habitual en el primer grupo,situación de mayor riesgo hospitalario.La tasa de éxito primario de la ATC es alta y los eventos adversos cardiovasculares al alta son bajos,similares en ambos grupos.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-343 / luisbahamonde@live.com.ar

ANÁLISIS DE LOS ACCESOS VASCULARES EN LA ANGIOPLASTIA CORONARIA DE URGENCIA

Luis Alberto Bahamonde[1], Antonio Scuteri[1] on behalf of Radac, Miguel Miceli[1] on behalf of Radac, Alejandro Cherro[1] on behalf of Radac, Ernesto Torresani[1] on behalf of Radac, Raúl Borracci[1] on behalf of Radac, Amalia Descalzo[1] on behalf of Radac and RAdAC

[1]Hospital san josé de pergamino, pergamino, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Obtener datos actuales de los accesos radial vs femoral en el contexto de la angioplastia coronaria (ATC) en pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) incluídos en el registro RAdAC (Registro Argentino de Angioplastia Coronaria).

Material y Método: desde mayo de 2010 a febrero de 2012, 67 centros con servicio de hemodinamia de Argentina incluyeron 3102 pacientes tratados con ATC. De éstos, se analiza el subgrupo de pacientes con ATC urgente/emergente en los cuales se usó el acceso radial (97 pacientes) vs el acceso femoral (1739 pacientes).

Resultado: los pacientes de ambos grupos tuvieron similar edad (62 +/- 9,9 a. grupo radial vs 64 +/- 11,4 a. grupo femoral), aunque en las mujeres se utilizó en menor medida la vía radial. En lo referente a factores de riesgo y antecedentes cardiovasculares previos,la diabetes y el sobrepeso/obesidad fue más frecuente en el grupo radial sin evidenciarse diferencias en hipertensión,tabaquismo,ex tabaquismo,dislipemia,cirugía de revascularización miocárdica (CRM),ATC,IAM,enfermedad vascular periférica,enfermedad pulmonar obstructiva crónica,accidente cerebrovascular,insuficiencia renal e insuficiencia cardíaca.El cuadro clínico de ingreso fue similar en ambos grupos (IAM con supradesnivel del segmento ST, IAM con infradesnivel del segmento ST,IAM indeterminado).La cantidad de vasos enfermos para el grupo radial fue de 150, con un promedio de 1,56, en tanto que en el grupo femoral se encontraron 3039, con un promedio de 1,77.Los stents implantados fueron 129(promedio 1,4 por paciente) para el grupo radial vs 2577(promedio 1,5 por paciente) para el grupo femoral,sin diferencias en la relación stents convencionales/stents farmacológicos.El éxito primario en ambos grupos fue del 98%.El análisis de los eventos cardiovasculares al alta mostró una marcada diferencia entre ambos grupos en el IAM (11,3%grupo radial vs 3,5%grupo femoral),sin diferencias en el resto de las variables (stroke,cirugía de revascularización miocárdica de urgencia,nueva ATC,trombosis intrastent y sangrado mayor).La mortalidad fue algo mayor en grupo radial,sin poder verificarse una diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones: el acceso radial se muestra como una alternativa de elección en los sindromes coronarios agudos,según estudios previos en centros de alto volumen,dado su menor índice de sangrados mayores.Sin embargo,en este análisis,no hubo ventajas en el punto sangrado mayor,-quizás por la baja cantidad de eventos de este tipo.Por el contrario,el IAM fue significativamente mayor en el grupo radial,incluso con una tendencia a mayor mortalidad.Este hecho puede ser explicado por la curva de aprendizaje propia de los inicios de la práctica del acceso radial.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-374 / josersoriarichard2026@gmail.com

ANGIOPLASTIA CORONARIA EN OSTIUM DE ARTERIA CORONARIA DERECHA

Jose Ricardo Soria Richard[1], Juan Andres Scaglia[1] and Dr. Miano, Jorge, Dr. Mrad, Jorge

[1]Sanatorio de los Arcos, Capital Federal, Argentina

Tópico: Investigación clínica, Ciencias básicas

Objetivo: Comparar los resultados obtenidos en lesiones ostiales y no ostiales de arteria coronaria derecha, evolución intrahospitalaria y a mediano plazo.

Material y Método: A diciembre de 2012 1006 angiplastias (ATC) de arteria coronaria derecha (CD). En dicha población se excluyó infarto agudo de miocardio y se dividió en ATC CD ostium puro 68 ATC (ATC ostium) y ATC a CD excluyendo ostium (ATC CD) 938 ATC. Se analizaron de manera retrospectiva. La edad promedio fue de 68.5 años. Se definió éxito angiográfico (EA) a la obstrucción residual < 30% y a la presencia de flujo TIMI grado 3. Eficacia Clínica (EC) fue medida con el punto combinado de muerte, infarto con nuevas ondas Q, cirugía de revascularización culpable de urgencia (CRM), necesidad de revascularición del vaso culpable.

Resultado: La media de seguimiento fue de 52 meses +/- 11 meses, del 100% de los pacientes. La tasa de uso de stent liberadrores de drogas fue de 50,8% en grupo ATC CD y de 61% en el grupo ATC ostium. Con respecto a la eficacia clínica, el punto combinado se presentó en 131 angioplastias a expensas de reintervención: 105 en el grupo ATC CD y 26 en el grupo ATC ostium (12% vs 16%, respectivamente p=NS).

Conclusiones: En este grupo de pacientes donde se analizaron lesiones ostiales y no ostiales de arteria coronaria derecha, la reintervención en el grupo ATC ostium fue mayor pero no hubo una diferencia significativa entre ambos grupos ante similar tasa de uso de stent liberadores de drogas.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-305 / pablonunez@post.com

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

Agustin Hauqui[1], Pablo Nuñez[1], Federico Giachello[1], Raul Bretal[1], Christian Zgrablich[1], Hernan Rios[1], Julian Koladynski[1], Julio Andres Pascua[1]

[1]Hospital Italiano de La Plata, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La creciente incidencia del aneurisma de la aorta abdominal, principalmente por el envejecimiento de la población, y su mortalidad del 85-90% en caso de rotura justifican su diagnóstico precoz y un tratamiento reparador electivo. Un 75% de los AAA son asintomáticos y un hallazgo casual en pruebas de imagen. El objetivo es reportar nuestra experiencia inicial en el tratamiento endovascular para la resolución de la patología aórtica abdominal y evaluar la morbi-mortalidad intrahospitalaria y en un seguimiento a mediano y largo plazo.

Material y Método: Se analizaron restrospectivamente los pacientes tratados en forma endovascular por aneurisma de aorta abdominal desde diciembre de 2007 hasta diciembre del 2014. Se evaluaron
características demográficas, clínicas, tomográficas y angiográficas analizándose resultados del procedimiento, complicaciones intrahospitalarias y en un seguimiento telefónico que en promedio fue de 48 meses.

Resultado: Se trataron 36 pacientes (35 hombres), con una edad media de 81,6 ± 10,7 años. Los principales factores de riesgo vascular fueron hipertensión arterial (83.3%), tabaquismo (61.1%), diabéticos (16.6%), enfermedad coronaria (16.6%), EPOC (5.5%) y dislipemia (78%). En el 8,3% de los casos se trataba de pacientes sintomáticos y en el resto de asintomáticos. El diámetro promedio del aneurisma fue de 69,2 ± 15 mm, con compromiso aneurismático de las arterias iliacas en 63%, lo que obligo a colocar extensiones en un 58% del casos. El éxito angiográfico fue del 95%. Mortalidad intrahospitalaria del 2.7%, en el seguimiento 4 pacientes (11.1%) fallecieron de causas no relacionadas con el aneurisma. Un paciente presento paraparesia que recupero ad integrum luego de drenaje de liquido cefalorraquídeo.

Conclusiones: El tratamiento endovascular de la enfermedad aórtica en pacientes de alto riesgo se ha convertido en una opción terapéutica, que ofrece una aceptable morbi-mortalidad y excelentes resultados a corto y largo plazo, siendo realizado por un grupo multidisciplinario en el área cardiovascular.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-239 / gabrielmatkovich@yahoo.com.ar

TRATAMIENTO DE BIFURCACIONES CORONARIAS. EXPERIENCIA INICIAL CON NOVEL STENT DEDICADO "AXXESS" EN DOS CENTRO DE CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

Marcelo Menendez[1], Daniel Paolantonio[2], Anibal Gentiletti[1], Andres Rodriguez[2], Luciano Aramberry[1], Gabriel Matkovich[2]

[1]Hospital Italiano Garibaldi, [2]Hemodinamia Rosario. Hospital Español, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar la utilización del stent dedicado Axxess, autoexpandible, con liberación de biolimus A9 y polímero biodegradable. Analizar resultados hospitalarios y a mediano plazo.

Material y Método: Se evaluaron retrospectivamente las intervenciones entre 01/2014 y el 10/2014. Se analizaron las características demográficas de la población y las características anatómicas de los vasos y ramas, tipos (según clasificación de Medina), características técnicas del procedimiento y los resultados hospitalarios tanto el éxito técnico y angiográfico de procedimiento como las complicaciones. Seguimiento promedio a 10 meses (5-13meses) en el 100% de los pacientes (21,5% seguimiento angiográfico).

Resultado: Sobre un total de 92 pts tratados con lesiones de bifurcaciones en 14 el 15.2% se empleó el stent Axxess. La edad fue 66.7+/-8.6 (54-82), masculinos 71% (10), HTA 93% (13), DBT 14% (6), Fumadores 21% (3) y DLP 78% (11). En el 71% se trataron pts cursando SCA. Se trataron 50% DA y 50% CX. Tipo de bifurcación verdadera 93%. Todas con ángulo de bifurcación no mayor al 70%. El diámetro del RP promedio fue 3.16mm y de la RL 2.61mm. Solo se utilizó solo Axxess en 14.3% (2), Axxess mas un stent RP 35.7% (5), Axxess mas stent en RP y RL 50%. Se logro éxito técnico, (entendido como lograr la liberación y el implante correcto del stent en el 92% (13). Éxito angiográfico, 92% (entendido como liberación exitosa con resultado angiográfico final optimo: lesión residual nula y Flujo TIMI III final). En un paciente, en el cual no se logró implantar el Axxess en el lugar indicado, la RL quedo con lesión significativa ostial sin compromiso de flujo TIMI III). No hubo complicaciones intrahospitalarias. En el seguimiento en un paciente se re interno por SCA, a los 6 meses del procedimiento inicial, por oclusión de vaso distinto al previo. El vaso donde se implanto Axxess, ni sus ramas, no presentaba signos de proliferación mioíntimal. El resto de los pacientes se encontraban clínicamente asintomáticos.

Conclusiones: Análisis retrospectivo que mostro que la utilización de stent Axxess para bifurcación fue factible y segura para tratamientos de bifurcaciones complejas en nuestros pacientes.
En esta corta serie de casos reportados se obtuvo alto éxito técnico angiográfico para el tratamiento de bifurcaciones. El seguimiento clínico a mediano plazo de estos pacientes mostro la efectividad del tratamiento con este tipo de estrategia y material. Este tipo de dispositivos requirió entrenamiento previo ya que la óptima proyección angiográfica, el posicionamiento e implante gradual del stent y la utilización de stents adicionales en casos de ser necesarios, son la clave del éxito técnico del procedimiento.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-311 / jrodriguezcampos@arnet.com.ar

CIRUGÍA PRECOZ EN LA ENDOCARDITIS VALVULAR AÓRTICA

Jorge Fernando Rodriguez Campos[*1], *Barcudi Raul*[1], *Daniel Anauch*[2], *Rodolfo Lopez Najun*[2], *Mauricio Verderone*[3]

[1]Clínica Universitaria Reina Fabiola - Sanatorio Mayo - Córdoba, Humberto Primo 520 - Córdoba, [2]Sanatorio Mayo, [3]Clínica Universitaria Reina Fabiola - Sanatorio Mayo - Córdoba, Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: En la última decada se ha incrementado en un 50% la indicación quirurgica precoz en las endocarditis valvulares agudas.- Esto significa indicar cirugía durante la fase aguda de la enfermedad con el sindrome infeccioso e inflamatorio en pleno proceso evolutivo.-

En los ultimos años hemos adoptado esa conducta y analizaremos los resultados en catorce pacientes consecutivos.

Material y Método: En 14 pacientes con endocarditis aguda de valvula aortica nativa se realizó cirugia entre las 48 horas y siete dias de evolución. La edad oscilo entre los 44 y los 72 años.- Los 14 tenian endocarditis aguda con picos febriles mayores de 38,5 grados C, en el 45% dieron positivos los hemocultivos o la reaccion precoz para estafilococos aureus. En el 55% no hubo positividad antes de la decisión quirurgica, fueron muy utiles la ecocardiografia toracica seriada, y la transesofagica en algunos casos.- La decisión se tomo en base a los siguientes cambios evolutivos: 1) 2 pacientes realizaron insuficiencia cardiaca precoz por su insuficiencia valvular en vez de compensación clínica se prefirió la cirugía precoz. 2) 4 pacientes se indicó por aparición de nuevos trastornos de conducción en Rama Izquierda con prolongación del PQ, 8 por signos ecocardiograficos (3 por aumento tamaño de vegetación superando los 10 mm, y 5 por disfunción valvular severa.

Resultado: En los 14 se realizó cirugía de Reemplazo Valvular Aortico implantandose una valvula mecanica, bivalva de bajo perfil supraanular. En dos casos con abcesos periaorticos se desbrido y cauterizo el abceso y se reconstruyo el anillo previo a la implantación. Todos tuvieron buena evolución postoperatoria desapareciendo los picos febriles en la primera semana, excepto en un caso que demoro 3 semanas en desaparecer. Todos tuvieron seis semanas de antibioticoterapia postoperatoria. Hubo dos complicaciones postoperatorias importantes, una paciente con insuficiencia renal que superó en 48 horas con dialisis. Un paciente con fiebre en picos superior a 38°C que nos hizo reveer la posibilidad de una reoperacion. No hubo mortalidad en este pequeño grupo de pacientes.

Conclusiones: Si bien el numero de pacientes no tiene valor estadistico, en esta pequeña experiencia, lo importante es el cambio de actitud y de conducta en los ultimos años y los resultados obtenidos consideramos que el seguimiento diario, observando los cambios clínicos, ecocardiograficos o electrocardiograficos que pueden indicar la cirugía precoz en la endocarditis bacteriana aguda es una buena opción terapeutica.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-304 / pablonunez@post.com

ANGIOPLASTIA ACTUAL EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Pablo Nuñez[*1], *Noelia Saaby*[1], *Agustin Hauqui*[1], *Federico Giachello*[1], *Raul Bretal*[1], *Federico Hauqui*[1], *Ignacio Elliff*[1], *Hernan Carolo*[1], *Guillermo Sanchez Viamonte*[1], *Julio Andres Pascua*[1]

[1]Hospital Italiano de La Plata, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La angioplastía transluminal coronaria ha demostrado ser el tratamiento mas efectivo para restituir el flujo de la arteria culpable tanto en forma directa como en los casos de falla del trombolítico con angioplastía de rescate. Nuestro objetivo es analizar predictores clínicos y/o angiográficos de eventos cardíacos mayores combinados tanto durante la estadía hospitalaria como en el seguimiento en paciente.

tratados mediante angioplastía primaria (AP) durante un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST).

Material y Método: Entre enero del 2012 y diciembre de 2014, se incluyeron 142 pacientes (p) con IAMCEST sometidos a AP en forma prospectiva y consecutiva. Se determinaron la mortalidad cardiovascular, el infarto agudo de miocardio, el accidente cerebrovascular, el sangrado mayor, la necesidad de revascularizacion del vaso tratado y del evento combinado (MACE) hospitalario y a los 12 meses de promedio. Se llevo a

cabo el seguimiento clínico y telefonico al 94%.

Resultado: A lo largo de 36 meses se trataron en nuestro servicio 142 p. La edad media fue de 56,2 ± 11 años, el 76,1% hombres; presentando hipertensión arterial 53%, diabetes 18%, tabaquismo 56%, dislipemia 44%, IAM previo 6%. Se encontraron 193 lesiones y se colocaron 185 stents (1,3).

stent/paciente). La arteria responsable del infarto fue en un 56% la descendente anterior, un 32% la coronaria derecha y la circunfleja un 12%. EL 62% de la lesiones fueron tratadas con stents covencionales. Se administraron IIbIIIa en el 5% y en el 25% se realizo tromboaspiración. Solo en el 4% se utilizo balón de contrapulsación intraaortico. El acceso femoral fue del 44% y el radial del 56%. La tasa de éxito primario fue del 92% y el MACE hospitalario del 5,6%. No se requirió de cirugía de revacularización miocardica de urgencia ni se registró ningún caso de trombosis definitiva o probable. En el seguimiento a 12 meses el MACE combinado fue del 6,3% (TVR de 3,5%, stroke 0,7%, CRM 0,7%, IAM 0,7% y muerte 0,7%).

Conclusiones: Los pacientes con angioplastía coronaria presentaron una alta tasa de éxito primario y baja mortalidad similar a estadísticas internacionales y nacionales a mediano plazo.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-413 / carmen_nievas@hotmail.com

REUTILIZACION DE LA ARTÉRIA TORÁCICA INTERNA EN LAS REOPERACIONES DE CIRUGIA DE CORONÁRIAS

Maria Del Carmen Nievas Romano[*1], *Luiz Boro Puig*[1], *Luis Alberto O. Dallan*[1], *Luiz Augusto F. Lisboa*[1], *Noedir A G. Stolf*[1]

[1]InCor -FM-USP, san pablo, Brasil

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Evaluar la reutilización de la ATIE en las reoperaciones de coronarias

Material y Método: Entre junio del 1999 a noviembre del 2009 fueron evaluados retrospectivamente ocho pacientes sometidos a reoperación y presentaban ATIE permeable anastomosada en la RIA, con lesión obstructiva importante.

Resultado: Entre 62 a 72 años (media 67,3), 87,5% de el sexo masculino. El tiempo entre la primera cirugía y la reoperación vario entre 4 a 18 años (media 14,3).fueron divididos en 2 grupos: [A] lesión en la anastomosis en la RIA o após (4 pacientes); [B] lesión de óstio de la ATIE o la subclavia izquierda ocluida (4 pacientes).A se realizo desvío en Y con arteria epigástrica inferior con anastomosis proximal en la ATIE e distal en la RIA.B se identifico dos casos con lesión de óstio ATIE, un con oclusión de Subclavia izquierda y un con lesión ostial de ATIE y ATID (anastomosada en el ramo marginal). Se realizo desconexión y reimplante proximal de la ATIE y D en la Aorta en 3 casos. El paciente que presentaba oclusión de subclavilla recibió injerto de ATID para ramo diagonal y reimplante de la ATIE proximal en la ATID. Fueron revascularizados otros 19 ramos coronarios (2,375 por paciente). 1 óbito inmediato por shock cardiogénico

Entre 62 a 72 años (media 67,3), 87,5% de el sexo masculino. El tiempo entre la primera cirugía y la reoperación vario entre 4 a 18 años (media 14,3).fueron divididos en 2 grupos: [A] lesión en la anastomosis en la RIA o após (4 pacientes); [B] lesión de óstio de la ATIE o la subclavia izquierda ocluida (4 pacientes).A se realizo desvío en Y con arteria epigástrica inferior con anastomosis proximal en la ATIE e distal en la RIA.B se identifico dos casos con lesión de óstio ATIE, un con oclusión de Subclavia izquierda y un con lesión ostial de ATIE y ATID (anastomosada en el ramo marginal). Se realizo desconexión y reimplante proximal de la ATIE y D en la Aorta en 3 casos. El paciente que presentaba oclusión de subclavilla recibió injerto de ATID para ramo diagonal y reimplante de la ATIE proximal en la ATID. Fueron revascularizados otros 19 ramos coronarios (2,375 por paciente). 1 óbito inmediato por shock cardiogénico

Conclusiones: El éxito a largo plazo en cirugías de revascularización miocárdica está relacionado a la permeabilidad de los injertos y, en este sentido, la preservación de los injertos arteriales presenta mejores resultados que los puentes de vena safena.

El éxito a largo plazo en cirugías de revascularización miocárdica está relacionado a la permeabilidad de los injertos y, en este sentido, la preservación de los injertos arteriales presenta mejores resultados que los puentes de vena safena.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-409 / carmen_nievas@hotmail.com

REVASCULARIZACION DE LA ARTERIA CORONARIA DERECHA CON INJERTO COMPUESTO DE ARTERIA TORACICA INTERNA IZQUIERDA Y ARTÉRIA EPIGÁSTRICA INFERIOR

Maria Del Carmen Nievas Romano[*1], *Luiz Boro Puig*[1], *Luis Alberto Dallan*[1], *Luiz Augusto F. Lisboa*[1]

[1]InCor -FM-USP, san pablo, Brasil

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Evaluar la técnica de revascularización de la arteria coronaria derecha (ACD), utilizando la arteria torácica interna izquierda "in situ" con injerto compuesto de arteria epigástrica inferior (AEI) a través de una anastomosis término-terminal. Evaluar la técnica de RM de la arteria coronaria derecha(ACD), utilizando la arteria torácica interna izquierda "in situ" con injerto compuesto de arteria epigástrica inferior (AEI) a través de una anastomosis término-terminal.

Material y Método: Se incluyeron retrospectivamente todos lo pacientes operados con esta técnica entre el periodo de diciembre del 2000 hasta octubre del 2008, y fueron evaluados los resultados inmediatos y tardíos de estos dieciocho pacientes. Se incluyeron retrospectivamente todos lo pacientes operados con esta técnica entre el periodo de diciembre del 2000 hasta octubre del 2008,evaluando resultados inmediatos y tardios. Edad media 62 ± 5,7,93% de sexo masculino. función ventricular normal en 55,5%.un caso de re operación de CRM. Los ramos revascularizados: descendente posterior 12, ventricular posterior 4 e ACD 2.Lesiones de los vasos tratados con estos injertos variaron de 70-100%.circulación extracorporea fue utilizada en 62.5%.cirugias electivas 83% y 17% de urgencia.

Resultado: La edad vario de 53 a 77 años (media 62 ± 5,7), siendo 93% de sexo masculino. La función ventricular era normal en 10 pacientes (55,5%) e hipocontratilidad moderada en 8 pacientes (44,4%). Solamente un caso de re operación de cirugía de revascularización coronaria. Los ramos coronarios revascularizados fueron: descendente posterior 12, ventricular posterior 4 e ACD 2. Las lesiones de los vasos tratados con estos injertos variaron de 70-100%. La circulación extracorpórea fue utilizada en 62.5% de las operaciones. Quince pacientes (83%) fueron operados en carácter electivo y otros tres en carácter de urgencia. No ocurrieron óbitos o infartos do miocardio en el período pos-operatorio (PO). La cinecoronariografía PO fue realizada en 8 pacientes, en un período que varió de una semana a dos años (media de 8,9 meses), observando-se permeabilidad de la AEI en 7 casos (87,5%). No ocurrieron óbitos o IAM en el período pos-operatorio.La cinecoronariografia PO fue realizada en 8 pacientes, en un período que varió de una semana a dos años (media de 8,9 meses), observando-se permeabilidad de la AEI en 7 casos (87,5%).

Conclusiones: Los resultados satisfactorios inmediatos y tardíos observados, posibilitan considerar esa asociación como una opción en la revascularización de los ramos posteriores da ACD.

Los resultados satisfactorios inmediatos y tardíos observados, posibilitan considerar esa asociación como una opción en la revascularización de los ramos posteriores da ACD.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-259 / faustoherediamd@hotmail.com

ANGIOPLASTÍA CAROTÍDEA POR ACCESO RADIAL. EVOLUCIÓN A 30 DIAS

Fausto Heredia[1], *Carlos Fava*[1], *León Valdivieso*[1], *Gustavo Lev*[1], *Gaspar Caponi*[1], *Pablo Quinde*[1], *Jorge Monroy*[1], *Eduardo Barrio*[1], *Paúl Gamboa*[1], *Oscar Méndiz*[1]

[1]Fundación Favaloro, Buenos Aires, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Analizar los resultados de Angioplastía Carotídea (ATP CAR) por acceso radial a 30 días.

Material y Método: Entre Abril de 2009 hasta Febrero de 2015 se realizaron 250 ATP CAR, de las cuales, en 75 (30%) se realizaron por acceso radial. Se definió Éxito Angiográfico (EA): lesión residual luego de implante del stent < 30%, y Éxito Clínico (EC): al EA en ausencia de complicaciones mayores (muerte, >ACV, IAM o cirugía de urgencia). Antecedentes de la población: edad 70.5 años ±11, hombres 58, sintomáticos 21, DLP 59, HTA 67, DBT II 16, infarto previo 9, CRM previa 10, AIT previo 13, ACV previo 9. Se realizó ATP CAR a carótida interna derecha en 40 pacientes y a carótida interna izquierda en 35.

Resultado: Se utilizó stent autoexpandible carotídeo y sistema de protección cerebral en todos los pacientes (FilterWire EZ 54, Spider 13, Angioguard® RX 7). El EA se obtuvo en 74 pacientes (1 paciente no se pudo acceder), y EC en 73, conversión a vía femoral 5, >ACV mayor 2 (1 por cardioembolia a partir de fibrilación auricular). Ningún paciente presentó <ACV, TIA, muerte, IAM, cirugía de urgencia o sangrado mayor.

Conclusiones: En esta serie de un solo centro la ATP CAR por acceso radial demostró ser factible y segura a 30 días. Sería necesario la realización de estudios de mayor envergadura.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-187 / Josewerenitzky@gmail.com

PROHORMONA N-TERMINAL DEL PÉPTIDO NATRIURÉTICO CEREBRAL COMO FACTOR PREDICTIVO DE FIBRILACION AURICULAR EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

José Werenitzky[1], *Ana Constanza Lagos*[1], *Gonzalo Rodríguez*[1], *Laura Fortuna*[1], *Roberto Cooke*[1], *Roque Córdoba*[1], *Julio Oscar Emilio Bono*[1], *Eduardo Moreyra*[1]

[1]Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La Fibrilación Auricular (FA) ocurre en aproximadamente 30% de los pacientes durante el post-operatorio de cirugía cardiovascular. Se asocia a una mayor morbi-mortalidad y a un incremento de los costos hospitalarios. La utilidad del NT-pro-BNP como predictor de fibrilación auricular post-operatoria ha sido contradictoria. El objetivo de este estudio fue determinar en forma prospectiva si NT-pro-BNP es un predictor de fibrilación auricular post-operatoria.

Material y Método: A 95 pacientes sometidos a cirugía cardiovascular en el Sanatorio Allende desde Enero del 2011 a Diciembre del 2012 se les midieron niveles de NT-pro-BNP 24 horas antes de la cirugía y se determinó si desarrollaron fibrilación auricular durante la hospitalización.

Resultado: El 78% de la muestra fue de sexo masculino, y 36% se sometió a cirugía valvular. La incidencia de fibrilación auricular post-operatoria fue del 23%. Los pacientes fueron divididos en dos grupos, de acuerdo a si desarrollaron (24 pacientes) o no (71 pacientes) fibrilación auricular. Las características basales de ambos grupos fueron similares. No hubo diferencias significativas en los niveles pre-quirúrgicos de NT-pro-BNP entre ambos grupos (mediana 334pg/mL, rango 28-1784 vs 228pg/mL, rango 16 – 97600 respectivamente, p 0,58). Con respecto al resto de las variables solo la edad mostró diferencia significativa entre ambos grupos (p 0,0003).

Conclusiones: El NT-pro-BNP no mostró ser predictor de fibrilación auricular en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. Solo edad avanzada reveló ser predictor independiente de fibrilación auricular post-operatoria.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-308 / pablonunez@post.com

STENTING CAROTIDEO 2015

Pablo Nuñez[1], *Agustin Hauqui*[1], *Federico Giachello*[1], *Juan Erriest*[1], *Jorge Camilletti*[1], *Julio Andres Pascua*[1]

[1]Hospital Italiano de La Plata, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: El accidente cerebrovascular es la tercera causa de muerte y la principal causa de discapacidad en el mundo. La enfermedad aterosclerótica de la arteria carótida interna extracraneal es responsable del 20% al 25% de los ictus isquémicos, y tanto la terapia como la endarterectomía carotídea han sido previamente utilizado para prevenirlos. Aunque el papel del stenting carotideo (SC) se encuentra actualmente en proceso de revisión, representa una opción terapéutica para los pacientes con indicación de revascularización carotídea. El propósito de este estudio es determinar los resultados de seguridad, a corto y medio plazo del SC en un solo centro. El objetivo es analizar la eficacia y seguridad del tratamiento endovascular de la estenosis carotídea en el Hospital Italiano de La Plata con un seguimiento telefónico a mediano y largo plazo.

Material y Método: Desde febrero de 2007 hasta diciembre de 2014, se realizaron 95 procedimientos consecutivos de angioplastia carotídea con stent y sistema de protección cerebral en 83 pacientes (55 derechas; 40 izquierdas). Cincuenta pacientes eran hombres (60%) con una edad media de 70,8 ± 10,5 años. De estos pacientes, 34% eran sintomáticos y el 66% eran asintomáticos. Doce pacientes fueron sometidos a procedimientos bilaterales. Se utilizaron 95 stents (90 Wallstents, 3 Cristalo y 2 Acculink) con sistema de protección cerebral (62 Spider FX, 31 FilterWire EZ y 2 MOMA). En un paciente la tortuosidad arterial impidió el cateterismo y la colocación de stent.

Resultado: La tasa de complicaciones mayores a los 30 días fue del 3,1%: 0 muertes, 1 accidente cerebrovascular mayor (1%) y 2 ataques isquémicos transitorios (2,1%). También se produjeron dos complicaciones vasculares en el sitio de acceso (2,1%). No se observaron deficiencias en los nervios craneales. En el período posterior a la intervención de 30 días, Un paciente presento reestenosis severa bilateral asintomática. Durante una media 32,4 ± 6 meses de seguimiento, no hay nuevos síntomas neurológicos desarrollados.

Conclusiones: La angioplastía carotídea con stent es una alternativa segura, eficaz y con baja tasa de complicaciones para el tratamiento de la enfermedad ateroembólica. La protección cerebral puede mejorar los resultados y ampliar las indicaciones de este procedimiento.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-345 / luisbahamonde@live.com.ar

ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN DIABÉTICA EN EL CONTEXTO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Luis Alberto Bahamonde[1], *Antonio Scuteri*[1] *on behalf of Radac, Miguel Micelli*[1] *on behalf of Radac, Alejandro Cherro*[1] *on behalf of Radac, Ernesto Torresani*[1] *on behalf of Radac, Raúl Borracci*[1] *on behalf of Radac, Amalia Descalzo*[1] *on behalf of Radac and RAdAC*

[1]Hospital san josé de pergamino, pergamino, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: obtener datos actuales de la angioplastia coronaria (ATC) en el contexto del infarto agudo de miocardio con supradesnivel del segmento ST (IAMCSST) en la población de pacientes diabéticos (DBT) incluídos en el registro RAdAC (Registro Argentino de Angioplastia Coronaria) comparando sus características con los pacientes no diabéticos (NO DBT)

Material y Método: desde mayo de 2010 a febrero de 2012,67 centros con servicio de hemodinamia de Argentina incluyeron 652 pacientes tratados con ATC en el contexto de un IAMCSST; de éstos,115 eran DBT y 537,NO DBT

Resultado: los pacientes de ambos grupos tuvieron similar edad (63 +/-12 a.DBT vs 62+/-12 a.NO DBT) y similar proporción hombres/mujeres.En lo referente a factores de riesgo y antecedentes cardiovasculares previos,los DBT presentaron mayores índices de dislipemia,de obesidad/sobrepeso y de insuficiencia renal,mientras que en el grupo de pacientes NO DBT el tabaquismo fue más frecuente que en DBT.No se registraron diferencias significativas en la clasificación Killip y Kimball y hubo una mayor proporción de DBT con moderada a severa disfunción del VI.En cuanto a anatomía coronaria,la arteria descendente anterior en su segmento proximal estuvo más frecuentemente afectada en DBT que en NO DBT,sin diferencias en otros sectores de árbol coronario (incluído el tronco de coronaria izquierda).La cantidad de vasos enfermos fue mayor en DBT vs NO DBT,aunque la cantidad de stents utilizados fue similar.La utilización de stents farmacológicos fue claramente superior en DBT.El antiagregante plaquetario habitualmente usado fue el clopidogrel,aunque la utilización de prasugrel fue significativamente superior en DBT vs NO DBT.El acceso radial fue poco utilizado,pero en DBT se usó en mayor proporción que en NO DBT.El éxito primario en ambos grupos fue del 97%.Los eventos cardiovasculares al alta (infarto de miocardio, stroke, cirugía de revascularización miocárdica de urgencia, nueva ATC, trombosis intrastent y sangrado mayor) fueron bajos y similar en ambos grupos.La mortalidad fue del 6% en DBT y 4% en NO DBT,sin diferencias significativas

Conclusiones: en un escenario clínico complejo,como es el IAMCSST,el paciente diabético agrega dificultades. La mayor prevalencia de dislipemia,obesidad/sobrepeso e insuficiencia renal entre los antecedentes y la afectación significativamente superior de la arteria descendente anterior en su segmento proximal marcan un elevado riesgo.Sin embargo,quizás por el mayor uso de una antiagregación más agresiva,como es el prasugrel,hacen que la tasa de eventos no sea significativamente superior a los pacientes no diabéticos.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-364 / josersoriarichard2026@gmail.com

STENT LIBERADORES DE DROGA PARA EL TRATAMIENTO DE LA IN-STENT REESTENOSIS

Ricardo Soria[*1] *and Dr. Scaglia, Juan Andres, Dr. Miano, Jorge, Dr. Mrad, Jorge*
[1]Sanatorio de los Arcos, Capital Federal, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar los resultados hospitalarios y al seguimiento de la angioplastia coronaria (ATC) con stent liberadores de droga (DES) en pacientes (Pts) que presentaron in-stent reestenosis (ISR) en síndrome coronario sin elevación del segmento ST (SSEST).

Material y Método: De noviembre de 2006 a enero de 2013, se analizaron en forma retrospectiva 274 de 410 lesiones en 131 pacientes (Pts) con (ISR), tratados con implante de (DES). El 89.7% de los pts. recibieron implante de (DES) tipo Limus " Sirulimus, Everolimus, Zotarolimus y el 9.8% "Paclitaxel ". Edad promedio 66.6% años, el 90.1% eran hombres. La incidencia fue del DBT 37.2%, la presencia de (ISR) en vasos pequeños (≤ 2.5mm) fue del 21,5% y reestenosis difusa estaba presente en el 16,6% de los casos. El punto final primario fue la necesidad de reintervención, y el punto final secundario trombosis y mortalidad. Se concreto un seguimiento clínico en el 100% de los Pts. que incluyo al menos un test funcional.

Resultado: Éxito angiográfico se logró en 99.6% (un paciente con flujo TIMI 0) de los enfermos. No se detectaron trombosis, necesidad de revascularización ni óbitos en fase hospitalaria. Del total de pacientes, se reintervinieron el 27% (74 lesiones), la reestenosis fue del 14.2% (39 lesiones) tratada con re-angioplastia con diferente droga en el 100% y fueron derivados a cirugía el 1%(3 Pts) de los enfermos, el resto continuo con tratamiento médico. Óbitos al seguimiento 2.1% (6 Pts)

Conclusiones: La seguridad y eficacia de los (SLD), baja necesidad de reintervención y ausencia de eventos mayores, observada en nuestra experiencia confirma que la ISR, debe ser tratada con SLD como primera elección.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-325 / osaravalli@hotmail.com

SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES SOMETIDOS A VALVULOPLASTIA TRANSLUMINAL POR ESTENOSIS AÓRTICA VALVULAR AISLADA

Oscar A. Saravalli[*1], *Aníbal Gentiletti*[1], *María Teresa Bonini*[2], *Romina Ojeda*[1], *Lucrecia Mata*[1]
[1]Hospital de Niños "Víctor J. Vilela", Rosario 2000, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: El objeto de este trabajo es mostrar el seguimiento clínico a mediano y largo plazo de 53 valvuloplastias transluminares aórticas en niños y adolescentes portadores de estenosis valvular aórtica aislada entre diciembre de 1989 y enero 2009. El período de seguimiento ha sido de un máximo de 22 años y un mínimo de 5 años con una mediana de 14 años.Los pacientes fueron controlados en forma anual con examen clínico, ECG y Eco-Doppler cardíaco.

Material y Método: La edad de los pacientes osciló entre 9meses y 19años (media:11años) utilizándose como indicación un gradiente transvalvular superior a 75mmHg. e hipertrofia ventricular izquierda secundaria,excluyéndose a neonatos o portadores de malformaciones asociadas. Se utilizó técnica de monobalón con relación balón/raíz aórtica inferior a 0,9 en todos los casos.

Resultado: El gradiente pico post-valvuloplastia se redujo de una media de 79mmHg. a 32mmHg. (661%) y la presión ventricular izquierda de 143mmHg. a 92mmHg.(36%). Se registraron 12 casos de insuficiencia aórtica residual leve y dos de grado moderado a severo. Estos pacientes requirieron intervención quirúrgica al año de la valvuloplastia. 8 de los restantes fueron derivados electivamente a cirugía entre los 9 y 19 años después del procedimiento. Como métodos estadísticos de análisis se utilizaron la media de la desviación standard y la"t" de Student.

Conclusiones: Como la prótesis ideal para sustituir a la válvula aórtica parece aún lejos de haberse encontrado, y dado los variados inconvenientes que ofrecen las que están actualmente en uso, los resultados que se presentan avalan la utilización de la valvuloplastia aórtica transluminal percutánea como método de elección para el tratamiento paliativo de la estenosis valvular aórtica en la edad pediátrica y adolescencia, método que tiene la finalidad de retrasar lo más posible en el tiempo a los procedimientos quirúrgicos.Nunca deberá soslayarse el hecho que toda acción terapéutica a tomar sobre una válvula aórtica estenótica está dirigida básicamente a proteger al miocardio ventricular y que la valvuloplastia transluminal constituye un procedimiento paliativo dirigido a ese fin, aventajando a la valvuloplastia quirúrgica a cielo abierto como indicación primaria, la cual, aunque con parecidos resultados, acarrea en sí misma una morbimortalidad que es propia de una cirugía cardíaca por toracotomía y con circulación extracorpórea.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-314 / jrodriguezcampos@arnet.com.ar

CIRUGIA CORONARIA TODO ARTERIAL, SIN BOMBA Y SIN TOCAR LA AORTA

Jorge Fernando Rodriguez Campos[*1], *Matias Losano Brotons*[1], *Pablo Marin*[2], *Nestor Juan Medeot*[2], *Juan De Mateo Rey*[3], *J. P. Martinez Griffa*[2], *Daniel Anauch*[2]
[1]Clínica Universitaria Reina Fabiola - Sanatorio Mayo - Córdoba, Humberto Primo 520, Córdoba, [2]Sanatorio Mayo, [3]Clínica Universitaria Reina Fabiola - Sanatorio Mayo, Córdoba, Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Analizar la evolucion precoz y tardia de este método de revascularización miocardica con un seguimiento promedio de 5, 5 años, como punto final primario se analiza la mortalidad, como puntos finales secundarios analizamos la morbilidad postoperatoria, y los eventos cardiacos mayores alejados (MACCE).

Material y Método: 330 pacientes consecutivos fueron incluidos en este trabajo durante diez años, 78% hombres y 22% mujeres, con una edad media de 66 años, (+ - 14). La clínica predominante fue la angina grado II-III, con lesion de tres vasos en el 85%, y en condición de electivos el 100%, la fraccion de eyeccion tuvo una media de 53%, y las enfermedades asociadas mas importantes fueron Diabetes 34%, enfermedad vascular periferica en el 26%, EPOC 8%, y insuficiencia renal moderada en el 4%. Como injertos arteriales se usaron ambas mamarias esqueletizadas(LIMA Y RIMA), la arteria Radial y la Gastroepiploica., usando como afluentes sanguineos las mamarias y la gastroepiploica, o bien una variante entre uno y tres afluentes, combinandolas con segmentos de radial esqueletizada tambien. Sin Bomba y sin tocar la aorta, hubo un 3% de pacientes convertidos a Circulacion Extracorporea y fueron extraidos del trabajo.

Resultado: Los resultados fueron mortalidad precoz, 1,5% (dentro de los 30 dias) sobrevidad alejada fué del 92% con una mortalidad tardia del 6,5%, y libre de eventos cardiovasculares se encontro al 90% considerando una media de seguimiento de 5,5 años.- La morbilidad dentro del mes fué 0,3% ACV, Fibrilacion auricular el 7%, reoperacion por sangrado 0,3%, mediastinitis 0,3%, promedio de externacion fueron 3 días, y se reinternaron dentro del mes por derrame pleural, o FA el 2%.- El seguimiento a largo plazo se controló con estudios clinicos y seguimiento telefonico.- Metodos complementarios no invasivos se uso en el 100% de los pacientes, y cateterismo solamente en el 14%.- El analisis estadistico se realizó con metodo de Fisher's test y Mann-Whitney test con desviacion estandar y diferencia significativa de $p < 0,05$.-

Conclusiones: La mejor funcionalidad de los injertos arteriales y la permeabilidad alejada superior de los mismos(permanecen permeables el 90% a 5 años, los venosos estan ocluidos el 40% a 5 años) permite una mejor evolucióna largo plazo, al no tocar la aorta evita la principal causa de ACV, la esqueletización de ambas mamarias previene las mediastinitis, y en la radial previene el espasmo arterial, en síntesis se encuadra dentro del estado de arte actual de la cirugia coronaria ideal.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-320 / franchosanchez@gmail.com

COMPORTAMIENTO DEL UMBRAL DE MARCAPASOS EPICÁRDICO TRANSITORIO EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Francisco Sanchez[*1], *Fernando Peñafort*[1], *Ariel Baigorria*[1], *Elisa De la Fuente*[1], *Marta Escudero*[1], *Jenn ifer Cozzari*[1], *Matias Arrupe*[1], *Raul Trigo*[1]
[1]Clínica de Cuyo, Mendoza, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Es de práctica habitual en toda cirugía cardiovascular la colocación de Marcapasos Epicárdico Transitorio (MET) para el tramiento de posibles bradicardias sintomáticas postquirúrgicas transitorias. No existen trabajos que hayan evaluado el comportamiento del umbral de dichos MET durante la internación.

Objetivo: Evaluar el comportamiento del umbral del MET, la prevalencia de la falla de captura y las variables relacionadas con las mismas en el contexto de la cirugía cardiovascular.

Material y Método: Se evaluaron los pacientes(p)sometidos a cirugía cardiovascular en un período de 4 meses (Enero a Abril del 2014). Se realizarón mediciones del umbral de MET en forma diaria durante los primeros 4 días del postoperatorio. Se analizaron variables epidemiológicas y perioperatorias relacionadas con la falla de captura. Las variables numéricas se expresaron como media y desvío estándar; las variables cualitativas como porcentaje. Se utilizó el método del Chi cuadrado, test de Student y Wilcoxon según corresponda y se consideró significativa una p menor de 0,05.

Resultado: Se analizaron 16 p, edad 67± 8 años, varones 12p 75%, Diabetes 6p 37,5%, HTA 14p 87,5%, Infarto previo 6p 37,6%, Cirugía de revascularización:12p 75%, Tiempo de bomba 140±79 minutos, Clampeo 82±39 minutos. El umbral fue: previo salida de quirófano(qx) 3,4 A; 1er día recuperación(RCV) 4,8 A, 2do día 6,4A, 3er día 9,3A y 4to día 12,6 A. Se observó falla de captura con máxima amplitud de estimulación en 6p 37,5%. Los p con falla de captura tuvieron un mayor umbral en el 1er día (7,9 vs 3 p 0.03), 2do día (10,9 vs 3,8 p 0.003), 3er día (16 vs 5,2 p 0.05) y 4to día (20 vs 7,6 p 0.02); y peor fracción de eyección(Fey) 52% vs 59% p 0.02. La presencia de umbral mayor de 5 A en el 1er día tuvo una sensibilidad del 100% y especificidad del 76,9% para predecir la falla de captura en el seguimiento.

Conclusiones: La prevalencia de la falla de captura del MET fue relativamente alta en este estudio. Un precoz aumento del umbral y un deterioro de la Fey podrían predecir dicha falla.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-414 / carmen_nievas@hotmail.com

CIERRE DE LA AURICULA IZQUIERDA COM PATCH DE PERICARDIO BOVINO EN REOPERACIONES MULTIPLES DE VALVULA

Maria Del Carmen Nievas Romano[*1], *Carlos Manuel A. Brandão*[1], *Pablo Maria A Pomerantzeff*[1], *Noedir A. G. Stolf*[1]

[1]InCor -FM-USP, san pablo, Brasil

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Sugerir la sistematización del uso de patch de pericardio bovino para la reconstrucción anatómica de la aurícula izquierda (AI), facilitando futuros abordajes.

Material y Método: se incluyeron retrospectivamente todos los pacientes operados con esta técnica en el periodo de marzo del 2005 a febrero del 2011 y se evaluaron los resultados inmediatos y tardíos.

Resultado: 6 pacientes, de 31 a 76 anos (media 50,5 años), 50% de sexo masculino. FV fue normal en 3, moderada en 2, deteriorada en 1. 4 tenian 3 cirugías cardiacas previas, 1 a 4 y 1 a 6. La cirugía fue reemplazo de prótesis mitral por prótesis biológica,un procedimiento asociado (recambio de prótesis aórtica).El tiempo de internación varió de 14 a 69 días (media 37,3 días). Las complicaciones fueron: sangrado (4), re-abordaje por sangrado (3) (no relacionadas a la técnica del cierre de la AI), Shock séptico (2 pacientes), derrame pericárdico, bronconeumonía, mediastinitis e insuficiencia renal aguda. Dos pacientes (33%) operados de urgencia y dos por endocarditis infecciosa. Tamaño de la AI quedó ligeramente mayor con uso del pericardio bovino, con un medio en el pre-operatorio de 48,8 y en el post-operatorio de 51,5. La mortalidad fue de 50%,la infección la causa principal. El Euro-score adictivo vario de 8% a 16% y el logístico 14,4% a 69%. Los pacientes sobrevivientes presentaron buena evolución hasta el momento.

Conclusiones: La técnica demostró ser efectiva en la reconstrucción anatómica de la aurícula izquierda con esta tecnica.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-140 / francanllo@hotmail.com

BALANCE DE NUESTRA EXPERIENCIA EN ANGIOPLASTIA CORONARIA. ESTAMOS HACIENDO BIEN LAS COSAS?

Francisco Canllo[*1], *Gabriel Ferrero*[1], *Marcos De la vega*[1], *Nicolas Palacios*[1], *Alejandro Moyano*[1], *Cristian Zampa*[1]

[1]SHECI- Clínica Sucre, Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Factibilidad, eficacia, y resultados del tratamiento de la enfermedad vascular coronaria, mediante angioplastia, de una población no seleccionada.

Material y Método: Registro Monocéntrico prospectivo donde se reclutaron pacientes con enfermedad coronaria severa, con lesiones de uno o múltiples vasos, estudiados mediante cinecoronariografía, incluyendo todas las angioplastias realizadas desde septiembre del 2011 hasta enero de 2013, los cuales recibieron tratamiento endovascular con colocación de Stent.

Resultado: Se realizaron 269 angioplastias coronarias, la edad promedio 66,41 años, predominaron masculinos 68,40%, los factores de riesgo cardiovasculares, en orden de frecuencia: Hipertensión (91,8%), Dislipemia (71,75%), Sobrepeso (24,16%), Tabaquismo (21,93%), Diabetes (21,56%); las comorbilidades previas al tratamiento, en orden de frecuencia: Infarto de miocardio previo (16,73%), Angioplastia Coronaria previa (16,73%), Insuficiencia Cardiaca (13,01%), Cirugía de revascularización miocárdica previa (7,06%), EPOC (6,69%), Insuficiencia renal crónica (4,46%), Accidente cerebro vascular (3,35%). El cuadro clínico al momento de la Angioplastia fue, Angina Inestable (56,13%), Infarto Agudo de miocardio (18,96%), Angina estable (18,59%),e Isquemia Silente (6,32%).Se realizó terapéutica de vaso único en 191 pacientes (71%), dos vasos enfermos en 74 pacientes (27,51%), tratamiento de tres vasos en 4 pacientes (1,49%). En el 99% de los casos se implanto al menos un Stent coronario, el porcentaje de Stent desnudos fue de 58,79% (214 stent), y el de Stent lib. De drogas (DES) fue de 41,20% (150 stent), siendo el DES más comúnmente implantado el liberador de paclitaxel (75,47%). Se requirió utilización de aterectomía rotacional en 1,86%, Cutting Ballon 2,6%, realizándose balón pre implante de Stent en 68% de los casos, implante de stent directo en 38%, y dilatación post stent con balón en 28,25%. Se realizaron 9 (3,35%) angioplastias de Tronco de coronaria izquierda, 41 (15,24%) angioplastias en Bifurcación. Se utilizo IVUS en control post implante de Stent en 10,04%, observándose en un 85% de los casos controlados con IVUS, incorrecta expansión del Stent y requiriendo Balón posterior. La angioplastia fue exitosa en 95,17% de los casos, logrando resultado angiográfico TIMI 3 en 95,91%, y con una mortalidad intrahospitalaria de un 2,60%.

Conclusiones: La angioplastia coronaria en nuestro centro es un procedimiento seguro, confiable, con una tasa de éxito comparable con registros nacionales e internacionales, mostrando una excelente sobrevida a corto plazo.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-196 / costantini_ricardo@hotmail.com

LA REVASCULARIZACIÓN COMPLETA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO ES SEGURA Y NO PENALIZA CON MAYOR REINTERVENCIÓN

Juan Manuel (h) Telayna[*1], *Ricardo A. Costantini*[1], *Juan Manuel Telayna*[1]

[1]Hospital Universitario Austral, Pilar, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: El 40% de los pacientes tratados con angioplastia primaria (ATCP) presentan enfermedad de múltiples (EMV) vasos, predictor independiente de mortalidad. Se ha informado, que durante un síndrome coronario agudo (SCA), incluido el infarto agudo de miocardio (IAM); ocurre un proceso inflamatorio difuso en el cual se encuentran múltiples placas con ateromas inestables y complicados. Hoy la evidencia para sostener una estrategia de revascularización completa (RC) continúa siendo cuestionada por su seguridad o la tasa de reintervención o el timing para lograrla.

Objetivo: Analizar los resultados clínicos y del procedimiento de la revascularización completa diferida temprana (durante la misma internación o dentro de los 30 días).

Material y Método: Población: Desde mayo de 2000 a diciembre de 2014 se trataron en forma consecutiva n=374 pacientes con IAM de los que presentaban EMV 189 pts. En este período, recibieron RC en la misma sesión n= 58 pts (grupo A) y completaron revascularización en forma diferida: misma internación o dentro de los 30 días n=35 pts (grupo B).

Edad promedio 58±11 vs 57±9 años, diabetes 15(29%) vs 7(20%); infarto previo 6(10) vs 6(17); angioplastia coronaria previa 6(10) vs 4(11); killip y kimbal C – D 9(15) vs 1 (3) p=0,08; uso de IIbIIIa 3(5) vs 9(26) p=0,008; tiempo puerta balón 110±60 vs 107±59 minutos; arteria descendente anterior no relacionada al infarto 21(36 vs 1(3) p= 0,0001; flujo TIMI 0 inicial 32(55) vs 21(60); implante de stents liberadores de droga 10(17) vs 6(17); uso de tromboaspiración 4(7) vs 6(17); acceso radial 21(36) vs 16 (46), tiempo de fluoroscopia 19,2±15 vs 16,9±13 minutos; material de contraste 267,3±91 vs 236±98 mililitros.

Resultado: En la etapa intrahospitalaria se obtuvo flujo TIMI III final 58 (100) vs 31(88) p=0,03, perfusión miocárdica TIMI 3 final 52890) vs 30(85) p=0,8; muerte cardíaca 2(3) vs 0 p=0,5; reinfarto 182) vs 0 p=0,7. En el seguimiento a 21,8±18 vs 23,9±18 meses se obtuvo muerte cardiovascular 0 vs 1(3) p=0,3; reinfarto por oclusión coronaria temprana 2(4) vs 2 (6) p=0,6, reATC por lesiones de novo 3(7) vs 2(6) p=1 y reATC por reestenosis 2(4) vs 3(8) p=0,3.

Conclusiones: En nuestra práctica, intentamos precozmente implementar la revascularización completa en el infarto agudo de miocardio. Esta estrategia "agresiva" no se expresó en un mayor riesgo para los pacientes, y sin penalizar con mayor tasa de reintervenciones en el seguimiento clínico.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-202 / jrodriguezcampos@arnet.com.ar

FAST-TRACK EN POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CARDIACA

Jorge Fernando Rodriguez Campos[*1], *Nestor Medeot*[1], *Matias Losano Brotons*[1], *German Bueno*[1], *Patricia Huanchicay*[1], *Paula Martinez Mangini*[1] *and Servicio de Cardiología Clínica Reina Fabiola-Unidad cardiovascular Sanatorio Mayo*

[1]Clínica Universitaria Reina Fabiola - Sanatorio Mayo - Córdoba, Humberto Primo 520 - Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Analizar la evolución de los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular colocados en un protocolo de Fast- Track postoperatorio.

Material y Método: Desde Enero del 2008 a Enero del 2015 ingresaron en protocolo de Fast- Track postoperatorio 420 pacientes con aceptacion y consentimiento firmado.

PROTOCOLO FAST-TRACK POSTOPERATORIO:

1) Aceptacion y entendimiento previo del paciente y familiares de la deambulación y externación precoz.

2) Kinesioterapia y fisioterapia previa para condicionar su deambulación precoz.

3) Domiciliarse en la ciudad de Córdoba permanentemente o temporariamente por los primeros 12 días.

4) Restricción perioperatoria de fluidos intravenosos.

5) Extubacion dentro de las primeras 6 horas postoperatorias.

6) UCO en la primeras 24 horas y pasar a sala común.-

7) Pase a Sala común con las siguientes condiciones: Afebril, Ritmosinusal, Analitica normalizada, SO 2 > 95%.

8) Deambulacion, y kinesioterapia intensiva desde las 24 horas de postoperatorio.

9) Externacion hospitaria con control de enfermeria y kinesiologia a domicilio.

10) Control médico a los 10, 30 y 45.

Resultado: La mortalidad fue de 2,7%, el promedio de internación postoperatoria fué de 54 horas siendo el 86% externado a las 48 horas postoperatorias.

Se reinternaron el 7% del total, por las siguientes causas médicas. Derrame pleural, Arritmia tipo Fibrilacion Auricular, e Insuficiencia Cardiaca.

Conclusiones: El analisis estadistico se realizó mediante Student Test x 2 test y desviación standard, concluyendo que el Fast- Track postoperatorio puede ser realizado con exito en la practica diaria de la Cirugía Cardiovascular, no agregando morbimortalidad a la misma y si mejorando los indices de externación y rapida recuperación, siendo los principales parametros a tener en cuenta la restriccion de fluidos, la extubación precoz y la deambulacion en el segundo dia postoperatorio.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-423 / claudiocigalini@gmail.com

RESULTADOS ALEJADOS DE ANGIOPLASTIA CORONARIA CON IMPLANTE DE STENTS LIBERADORES DE DROGA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA DE MÚLTIPLES VASOS

Claudio Cigalini[1], Maria Belén Cigalini[1], Lucas Medizza[1], Roberto Larghi[1], Daniela Dianda[1], Lucia Hernandez[1], Christian Hanna[2], Romina Deganutto[1], Martín Galiano[1], Florencia Foressi[1]

[1]Sanatorio Los Arroyos, [2]Sanatorio Britanico, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Analizar la evolución a largo plazo de un grupo consecutivo de pacientes con enfermedad coronaria de múltiples vasos intervenidos en forma percutánea con implante de Stents liberadores de droga (SLD).

Material y Método: estudio retrospectivo, observacional. Se incluyeron 327 pacientes en un período comprendido entre el 01/01/2010 y el 30/9/2014. El seguimiento se realizó a través de entrevista telefónica. La comparación de grupos se realizó a través de la prueba Chi-cuadrado o el test Exacto de Fisher. Las curvas de sobrevida se realizaron a través del método de Kaplan-Meier y la comparación a través del test de Wilcoxon. Los valores de p<0.05 fueron considerados estadísticamente significativos.

Resultado: Edad promedio 64,9 años (38-91). Sexo masculino 82%; Diabetes 24,8%; infarto previo 22,8%; angioplastia coronaria (AC) previa 28,1% y cirugía de revascularización miocárdica (CRM) previa 4,8%. El 8% presentaba severo deterioro de la función ventricular (FV). Se utilizó la vía radial en el 27,69%, Ultrasonido Imtracoronario en el 44,34% y FFR en el 4,9%. Todos los stents implantados eran SLD (Everolimus 45,69%, Paclitaxel 38,30%; Rapamicina 11,07%, Zotarolimus 3,31% y Biolimus 1, 23%). El éxito de a intervención fue del 97,26%; hubo 3 muertes intrahospitalarias (0,92%); 4 fracasos técnicos (1,22%) y dos infartos no fatales por trombosis subaguda intrastent (0,61). El seguimiento se completó en 318 pacientes. De estos, el 83,33% se encontraban libres de eventos (muerte 7,23%, AC 5,97%, CRM 2,20%, IAM no fatal 1,26%). La mortalidad alejada fue mayor en los subgrupos de pacientes con score de Syntax mayor a 22 (p=0.0027), revascularización incompleta (p=0.0441) y severo deterioro de la FV (p=0,0037). No se encontraron diferencias significativas en el resto de las variables analizadas.

Conclusiones: La Angioplastia Coronaria con implante de stents liberadores de droga es un procedimiento seguro y eficaz con excelente evolución alejada. La peor evolución de pacientes con alto Score de Syntax, revascularización incompleta y mala función ventricular en nuestra serie, debería ser tenida en cuenta al momento de la selección de pacientes.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-157 / jimesol2@hotmail.com

INJURIA MIOCÁRDICA EN PACIENTES SOMETIDOS A INTERVENCIONES CORONARIAS PERCUTÁNEAS (ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTÁNEA)

Jimena Pietrobon[1], jose abelardo Cacciaguerra Gómez,[1]

[1]sanatorio aconcagua, Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Observar si se podría poner en evidencia injuria miocárdica en pacientes sometidos a intervenciones percutáneas programadas

Material y Método: Se realizó un estudio prospectivo, observacional en un servicio de terapia intensiva polivalente de 11 camas. Se incluyeron 107 pacientes de entre 43 y 87 años de ambos sexos, a los cuales se le realizó angioplastia coronaria programada, desde abril de 2013 hasta abril de 2014. Se excluyeron pacientes con intervención aguda. Se realizó analisis clínico y de laboratorio (CK, CKMB, TROPONINA I).

Resultado: Edad promedio de pacientes 67,2 años. El 83% presentaba asociado HTA, el 25% DBT, 57% dislipemia, el 44% tabaquismo y el 75% 2 o más factores de riesgo. Con respecto a los vasos tratados el 25% correspondió a descendente anterior, 14% coronaria derecha, 13% circunfleja, 2% tronco coronaria izquierda y el 46% múltiples vasos. Se utilizó en el 37% de los casos stent convencional, en 21% stent farmacológico y en 22% ambos tipos. Las enzimas analizadas mostraron incremento en 42% CK, 36% CKMB y 45% TROPONINA. Se encontró p significativa entre elevación de CK y TROPONINA al tratar múltiples vasos y descendente anterior y entre elevación enzimática y tabaquismo.

Conclusiones: Se objetivó que en los pacientes sometidos a angioplastia transluminal programada se produce injuria miocárdica siendo más frecuente al tratar múltiples vasos y descendente anterior y al estar relacionados con factores de riesgo. Corroborando la hipótesis del presente trabajo.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-176 / leorc1983@hotmail.com

POBLACION Y RESULTADOS DE LA CIRUGIA CARDIACA EN EL ÁMBITO PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Pedro Corvalan[1], Leandro Cammarata[1], Maximiliano Ago[1], Jorge Sacripanti[1], Ricardo Saldaño[1], Nicolas Chichizola[1], Nerina Malizia[1], Mariela Macagno[1], Juan Loureyro[1], Carla Velázquez[1] and Grupo de Trabajo de Cirugía Cardiovascular del Hosp. Prov. del Centenario

[1]Hospital Provincial Centenario, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Mostrar la etapa inicial de implementación de un programa de crecimiento y desarrollo del servicio de cirugia cardiovascular (CCV) en el Hospital Centenario de Rosario, único efector provincial con servicio de CCV propio.

Material y Método: Se estudiaron prospectivamente todos los pacientes a quienes se les realizó una CCV en el Hospital Centenario de Rosario desde el 10/05/2011 al 20/08/2013. No se intervinieron pacientes mayores de 80 años, con deterioro severo de la función sistólica ventricular ni quienes necesitaran cirugía de emergencia.

Las complicaciones postoperatorias se analizaron según lo criterios del servicio (CServ), excluyendo a las arritmias supraventriculares (SinASV) y considerando solo 10 complicaciones utilizadas en un estudio de reciente publicación (10Comp). Se utilizó como criterio de calidad en cuidados intensivos la Falla para Rescatar (FpR).

Resultado: La proporción de pacientes con obesidad mórbida fue 16/100 (16%), la de tabaquistas 65/100 (65%), la de dislipidemicos fue 74/100 (74%), la de Enf. Pulmonar Obstructiva Crónica 16/100 (16%) y la de infarto de miocardio previo en coronarios de 41/68 (60%).

Se realizó cirugía de revascularización miocárdica en 68/100 (68%) de los pacientes, cirugía valvular en 17/100 (17%), cirugía combinada o compleja en 9/100 (9%) y cirugía de cardiopatías congénitas del adulto en 6/100 (6%). La mortalidad observada en el grupo total fue 6/100 (6%) y 2/68 (2,9%) en los pacientes con cirugía de revascularización miocardica. La mediana de la mortalidad esperada en el grupo total por el Euroscore I fue 2% [rango 1-4%], por el score de Parsonnet fue 5% [rango 3-8%] y por el score de Bernstein-Parsonnet fue 1,3% [rango 0,7-2,6%]. Se presentaron complicaciones mayores según CServ en 67/100 (67%) pacientes del grupo total y en 44/68 (65%) de los pacientes con cirugía de revascularización miocardica. La proporción de complicaciones SinASV en el grupo total fue 64/100 (64%) y 51/100 (51%) cuando se utilizaron 10Comp. La FpR en el grupo total fue 8,9% (IC 95%: 4,2-18,2%) en el análisis según CServ, 9,4% (IC 95%: 4,4-19,0%) cuando la contabilización fue SinASV y 11,8% (IC 95%: 5,5-23,4%) cuando se usaron 10Comp.

Conclusiones: La población a la que se le realizó CCV en el Hospital Centenario de Rosario presentó mayor comorbilidad a pesar de haberse realizado algún grado de selección de los pacientes. Se pudieron efectuar un mayor número y una amplia variedad de procedimientos quirúrgicos con alto porcentaje de complicaciones pero con mortalidad aceptable.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-275 / opamamm@hotmail.com

PREDICTORES DE PERFIL FAVORABLE PARA PROTOCOLO DE FAST TRACK EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA

Pablo Marcelo Aguirre[1], María Josefina Blanchet[1], Omar Dario Alvarez[1], Luis Ivan Almiron[1], Romina Paola Laurino[1], Susana De Tournemine[1], Horacio Cacheda[1], Mariela Onocko[1], Gabriela Reyes Prieto[1]

[1]instituto de Cardiología, corrientes, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Obtener un punto de corte en el volumen y velocidad del sangrado que nos permita realizar con seguridad el retiro de los tubos de drenajes mediastínicos y pleurales de forma en las primeras 24 horas del posoperatorio. Determinar variables pre-quirúrgicas y del primer día del Post operatorio que se asocien al desarrollo de complicaciones intrahospitalarias y a la reinternación a los 30 días.

Material y Método: estudio prospectivo en el Instituto de Cardiología de Corrientes Juana Francisca Cabral. Se incluyeron pacientes sometidos a cirugía de revascularización miocárdica en forma electiva desde el 01/11/2013 al 31/09/2014. Se analizó la asociación del volumen de sangrado con el desarrollo de eventos durante la hospitalización (punto primario: estadía prolongada, requerimiento de transfusiones, readmisión a la UCI, mortalidad intrahospitalaria) y a los treinta días, para determinar el retiro de los drenajes en forma segura, así como su relación con variables pre-quirúrgicas y en las primeras 24 hs del POP.

Resultado: Se incluyeron 95 pacientes, edad media de 63 años, 79% de sexo masculino, 40% diabéticos, tabaquistas en un 26%, Fracción de eyección del ventrículo izquierdo promedio de 54%, antecedentes de infarto de miocardio (IAM) 14 días previo a la cirugía en un 17%, con un EUROscore promedio de 2,8. Requirieron de circulación extra-corpórea (CEC) 10,5% de los casos. El volumen de sangrado medio del primer día fue de 350ml (±150), y al segundo de 152ml (±68); la cantidad de sangrado en las primeras 24hs se asoció en forma significativa a la aparición del punto primario (p: 0.015), no así el volumen del día siguiente. Un valor ≥285ml/24hs predijo la aparición de eventos con una sensibilidad y especificidad de 90% y 35%, respectivamente. El 37% de nuestra población presentó un débito menor a 285ml. Se evidencio una asociación estadísticamente significativa entre el punto final primario y el antecedente de IAM 14 días previos a la cirugía (p:0.026) y con el requerimiento de CEC (p:0.039). La mortalidad intrahospitalaria y a los 30 días fue del 2,1%.

Conclusiones: En este trabajo el punto de corte de 285ml de volumen de sangrado en el primer día del POP diferenció un grupo de bajo riesgo para el desarrollo de complicaciones hospitalarias, por lo que se podría plantear en ellos el retiro del drenaje mediastínico y su paso a la sala general.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-276 / marie_farias@hotmail.com

INFLUENCIA DE LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES EN LA EVOLUCION DEL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CARDIACA

Mariela Farias[1], *Guadalupe Ghiglione*[1], *Camilo Pulamari*[1], *Natalia Prum*[1], *Diego Hernandez*[1], *fernanda Notaristefano*[1], *Hernan Reich*[1], *Javier Celada*[1], *Norberto Vazquez*[1]

[1]Centro de alta complejidad cardiovascular Hospital Juan Domingo Perón, Malvinas Argentinas, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar influencia de aspectos psicosociales en la evolución postoperatoria de cirugía cardiaca.

Material y Método: Estudio observacional, transversal, analítico, unicéntrico. Período julio de 2014 a enero de 2015 en el Centro de alta complejidad Juan D. Perón de Malvinas Argentinas, Bs.As. Se realizó entrevista previo al procedimiento a 52 pacientes en plan de CC.Evaluamos variables sociodemográficas, factores de riesgo, antecedentes CV, adherencia, conocimiento de la enfermedad, tipo de cirugía, niveles estrés, ansiedad/depresión. Riesgo quirúrgico, días de internación, complicaciones, mortalidad.

Resultado: Edad promedio:65 años, 77% sexo masculino. Nivel de instrucción, 77% solo tenía estudios primarios. El 81% eran jubilados/pensionados. Promedio ingresos mensuales fue de 4216 pesos. 87% de la población contaba con Cobertura médica. 98% de los pacientes tenia HTAI, 40% Diabetes Mellitu, 75% Dislipemia, tabaquismo 58%, el 46% tenia antecedente de IAM, el 6% tenia Chagas. El 15% presentaba deterioro severo de FSVI, más de la mitad de origen isquémico necrótica. El 57% presentaba angina CF I/II y 11,8% CF III/IV. Se aplicó el cuestionario de ansiedad y depresión hospitalaria de Zigmond y Snaith, el

Se realizó medición de estrés con la escala de reajuste social de Thomas Holmes y Richard Rahe, 67% de los pacientes presentaban niveles significativos. Si bien el 42% de los pacientes conocía su enfermedad, solo el 27% era adherente al tratamiento. El 73% de las cirugías realizadas fueron CRM, reemplazo valvular 13%, combinada 8% y cirugía de aorta 6%. El riesgo quirúrgico calculado fue de Argenscore 8,32% y Euroscore 5,8%. El 62,3% de las cirugías de urgencia fueron por IAM/ angina inestable. CRM sin CEC y ultrafast track 79%. El promedio de días de internación POP fue de 3 días. El 9,6% presento niveles de dolor significativos a las 72hs. El 78,2% cumplió las metas de la rehabilitación motora. Complicaciones POP: sangrado médico 6%, síndrome bajo volumen minuto 6%, infección 17%, FA 17%, insuficiencia renal 13%. La mortalidad fue del 8%. En el grupo de pacientes con estrés se observó el 72% de las complicaciones, de los que tenían ansiedad/depresión se objetivo el 76% de las mismas, mientras que aquellos que no tenían ningún tipo de trastorno del ánimo solo tuvieron 6% de las complicaciones.

Conclusiones: Encontramos bajo nivel socioeconómico educativo con elevados porcentajes de pacientes con ansiedad, depresión y estrés preoperatorios. En este estudio, los aspectos psicosociales no han resultado determinantes en la morbilidad y la mortalidad en el POP inmediato de cirugía cardiaca.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-322 / franchosanchez@gmail.com

ES EL BALANCE EN EL PERIOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CONFIABLE?

Francisco Sanchez[1], *Ariel Baigorria*[1], *Fernando Peñafort*[1], *Elisa De la Fuente*[1], *Soledad Tejera*[*,1], *Martin Farrando*[1], *Marta Escudero*[1], *Jennifer Cozzari*[1]

[1]Clínica de Cuyo, Mendoza, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: El balance de fluidos en cuidados perioperatorios de cirugía cardiovascular constituye todo un desafío para el manejo hemodinámico y tanto la hipo como la hipervolemia se asocian con mayores complicaciones, aumento de la estadía hospitalaria y de los costos. En la actualidad se encuentra generalizado y normatizado la elaboración del balance, atribuyendo como verdaderos determinadas variables como las pérdidas insensibles, variación de temperatura, utilización de asistencia respiratoria mecánica, etc. Cabría esperar una correlación exacta entre el dicho balance y la variación de peso.

Objetivo: Evaluar la correlación entre el balance de fluidos con el peso corporal en el postoperatorio de cirugía cardiovascular (CCV).

Material y Método: Se evaluaron los pacientes (p) sometidos a cirugía cardiovascular en un período de 5 meses (Septiembre 2014 a Febrero del 2015). Se analizó el balance de fluidos en el perioperatorio de CCV considerando ingresos y egresos (pérdidas insensibles, sangrados, transfusiones, ingesta de alimentos, etc.) con posterior cálculo del balance acumulado a las 48 hs y se los comparó con la diferencia de peso entre el preoperatorio y el peso en momento en el cual se cerró el balance. Dicha correlación se llevó a cabo con test de Pearson. Las variables numéricas se expresaron como media y desvío estándar; las variables cualitativas como porcentaje. Se consideró significativa una p menor de 0,05.

Resultado: Se evaluaron un total de 40 p, varones 26 (65%). Edad media 66.7±9años (38-78) Tipo de cirugía: CRM 30 p (75%), valvulares 5 p (12,5%), combinados 5 p (12.5%). Tiempo de circulación extracorpórea 133±29 minutos, tiempo de clampeo 76±22 minutos. Peso (P) preoperatorio 78.9±12.9 kg. Diferencia de peso al cerrar el balance P3.9 ±1.8 kg (1 a 9 kg). Balance a las 48 hs: 1391 ml±2188ml (-2720 a 9244 ml). Se observo una correlación entre el balance acumulativo y δP positiva débil (Pearson: 0.32. R^2:0.10. p0.04).

Conclusiones: Si bien podría esperarse que exista poca diferencia entre la variación de peso con el balance de fluidos, en este estudio se encontró que si bien dicha correlación es positiva, sólo el 10% del peso se podría atribuir al balance de fluidos. Esto podría hacernos replantear la precisión del balance en la práctica habitual de CCV y su utilidad en la toma de decisiones.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-351 / aittig@intramed.net

ANGIOPLASTIA RENAL Y CORONARIA SIMULTÁNEAS EN UN PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Ariel Ittig[*,1]

[1]Hospital Militar Regional Córdoba, Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La utilización de medio de contraste iodado en un estudio hemodinámico generalmente empeora la función renal en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC). Más aún cuando el paciente, ante una emergencia, no pueda recibir tratamiento protector renal adecuado.

La Angioplastia Renal ha demostrado ser efectiva para el tratamiento de la IRC e Hipertensión Arterial severa de origen nefro-vascular, aunque existe escasa información de su realización en forma simultánea con Angioplastia Coronaria en el curso de un Infarto Agudo de Miocardio (IAM). El objetivo de este trabajo es evaluar el efecto de la Angioplastia Renal sobre la función renal en un paciente con IAM e IRC, tratado de urgencia con Angioplastia Coronaria directa.

Material y Método: Se trata de un hombre de 73 años que ingresa el día 15/10/2014 con diagnóstico de IAM de cara inferior, en Killip y Kimball 1.

Ex tabaquista, diabético tipo II, hipercolesterolémcio e hipertenso severo no controlado (tratado con Carvedilol 25 mg/día; Doxazosina 4 mg/día; Furosemida 40 mg/día y Losartan 50 mg/día).

Antecedentes de IRC de 8 años de evolución, con diuresis conservada sin requerimiento de hemodiálisis. Poliquistosis renal. Laboratorio previo al ingreso: Uremia 145 mg/dl; Creatininemia 4,2 mg/dl.

El procedimiento hemodinámico fue realizado a las 18 horas del inicio del dolor precordial. Se utilizaron 250 ml de ioxaglato de sodio/meglumina (Hexabrix®).

Se consideró como obstrucción severa de la arteria renal a aquella ≥ 70%. El resultado de la Angioplastia se aceptó como exitoso cuando la lesión residual fuese ≤ 30%.

Se consideró como mejoría o empeoramiento de la función renal a la disminución o aumento de la creatininemia ≥ 20%, respectivamente.

Resultado: Se le realizó Angioplastia Coronaria exitosa a arteria Circunfleja distal (ocluída) con stent liberador de Everolimus Promus Element Plus® 2.75 x 16 mm. En el mismo procedimiento se diagnosticó obstrucción severa (80%) de arteria Renal derecha proximal, que fue tratada exitosamente con stent coronario Liberté® 5.0 x 16 mm.

El paciente no presentó complicaciones hospitalarias y fue externado a los 6 días. Laboratorio de egreso: Uremia 83 mg/dl; Creatininemia 3,1 mg/dl. La mejoría de la función renal fue de 26,19%.

Conclusiones: El tratamiento simultáneo con Angioplastia Renal y Coronaria en un paciente con IAM e IRC (con obstrucción severa de la arteria renal) mejoró la función renal durante su estadía hospitalaria.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-334 / gdeb84@hotmail.com

SIMDROMES AORTICOS AGUDOS

Debora Gaston[*,1], *Natalia Romero*[1], *Camilo Pulmari*[1], *Natalia Prum*[1], *Marcos Sonennberg*[1], *Norberto Vazquez*[1], *Hernan Raich*[1], *Carlos Dos Reis*[1]

[1]Polo Sanitario, Malvinas Argentinas, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Describir la forma de presentación, diagnóstico, tratamiento y complicaciones en pacientes con síndromes aórticos agudos, en un centro de alta complejidad del conurbano bonaerense.

Material y Método: Estudio retrospectivo, observacional, analítico con inclusión consecutiva de 4 pacientes con diagnóstico de síndrome aórtico agudo en el periodo comprendido entre octubre 2014 y enero 2015. Recolección de datos obtenidos de Historia clínicas y base de datos informatizada.

Resultado: Edad promedio 64 años, sexo masculino 50%, factores de riesgo Hipertensión Arterial 100%, Tabaquismo, 50% Diabetes 25%, como antecedentes cardiovascular uno presentaba diagnóstico de aneurisma de aorta torácica y otro internación previa por Angina Inestable.

Medicación habitual: IECA 75% ARA II 25%. Los diagnósticos fueron disección de aorta Tipo A en dos casos, un tercer caso de trombo intramural en aorta ascendente y un cuarto de úlcera penetrante de aorta ascendente. La forma de presentación prevalente fue el dolor torácico anterior agudo asociado a hipertensión arterial (75%). El tiempo de inicio de los síntomas al diagnóstico fue en el 100% menor a 24 horas. El método complementario utilizado fue en un 50% Angiotomografía computada, 25% Ecocardiograma doppler y en el 25% tomografía computada de tórax.

En el electrocardiograma un paciente presentó supradesnivel del ST en cara inferior y otro infradesnivel del ST en cara lateral, los 4 tenían taquicardia sinusal. Ecocardiograma con función sistólica del ventrículo izquierdo conservada. Anatomía coronaria: ninguno evidenció lesiones significativas; se realizó cinecoronariografia en el 75% y angiotomografia coronaria en el 25%.

El tiempo promedio de internación previo a la cirugía fue de 23.5 días. Uno de los casos ingresó a la cirugía en ARM, hemodinámicamente inestable con requerimiento de vasopresores e inotrópicos. Tipos de cirugía realizadas: 3 reemplazos aorto-aorticos y una cirugía de Bentall de Bono. Tiempo promedio quirúrgico 400, tiempo de bomba promedio 194 min, tiempo de clampeo promedio de 114.75 min y parada circulatoria promedio 29.25 min. Medicación recibida en la internación: Aspirina 50%, IECA 75%, betabloqueantes 100% vasodilatadores 100%, estatinas 100%, Antibioticoterapia 75% y anticoagulación 50%. Inotrópicos 50% y vasopresores 50%.

Complicaciones: ARM prolongado 100%, NIH 25%, IRA 25%, FA en el 25% y un caso reoperación por taponamiento cardiaco. La estadía hospitalaria promedio fue de 45 días. No hubo mortalidad

Conclusiones: El presente trabajo incluyó diversos síndromes aórticos agudos, la forma de presentación predominante fue el dolor precordial con tiempos prolongados a la consulta. En todos los casos el tratamiento consistió en cirugía de urgencia, con óptimos resultados posquirúrgicos.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-226 / juliankoladynski@yahoo.com.ar

TAVI "VALVE IN VALVE" EN DEGENERACION BIOPROTESICA

Christian Zgrablich[1], Pablo Rudavega[1], Carlos Aramburu[1], Diego Julian Koladynski*[1], Andres Pascua[1], Federico Giachello[1], Pablo Nuñez[1], Nestor Laguzzi[1], Noelia Saavy[1]
[1]Hospital Italiano de La Plata, La Plata, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Analizar los resultados de los pacientes con degeneración bioprotésica sometidos al implante de una válvula aórtica transcatéter (TAVI).

Material y Método: La reoperación de válvulas cardiacas bioprotésicas degeneradas se asocia con aumento del riesgo quirúrgico, más aún en pacientes octógenarios con comorbilidades. TAVI en estos pacientes puede ser una opción menos invasiva de tratamiento.Se analizan los resultados obtenidos luego de realizar TAVI " Valve in valve" en 2 pacientes con degeneración bioprotésica (insuficiencia aórtica severa y estenosis aórtica severa) tratados en un Hospital privado de la comunidad.

Resultado: TAVI "Valve in valve" fue técnicamente exitosa en todos los pacientes, no registrandose insuficiencia moderada a severa en el post procedimiento. Se evidenció disminución del gradiente transvalvular en uno de los casos. No ocurrieron complicaciones en los accesos vasculares y nigún paciente requirió implante de marcapasos definitivos luego del procedimiento.

Conclusiones: TAVI " Valve in valve" es factible y con altas tasas de éxito técnico, la función valvular post-procedimiento resulta aceptable. La evaluación previa por un " TAVI Team" es de vital importancia (alto riesgo, la edad avanzada y múltiples comorbilidades de los pacientes) para disminuir las complicaciones y la mortalidad a medio y largo plazo.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-189 / mdpabloquinde@hotmail.com

EXPERIENCIA INICIAL DE LA ANGIOPLASTIA PERIFERICA CON IMPLANTE DE STENTS LIBERADORES DE PACLITAXEL

Pablo Quinde[*1], *Gustavo Lev*[2], *Leon Valdivieso*[1], *Carlos Fava*[1], *Gaspar Caponi*[1], *Fausto Heredia*[1], *Eduardo Barrios*[1], *Jorge Monroy*[1], *Paul Gamboa*[1], *Oscar Mendiz*[1]
[1]Fundación Favaloro, Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Analizar los resultados intra y extra hospitalarios de la angioplastia (ilio-femoro-poplitea y subclavia) con el implante de stents auto expandibles de nitinol liberadores de paclitaxel Cook Medical's Zilver® PTX® en pacientes con enfermedad vascular periferica sintomatica.

Material y Método: Se incluyeron cuatro pacientes consecutivos entre agosto del 2014 y enero del corriente año con las siguientes características poblacionales:

Edad (años) 62 ±16

Sexo masculino/femenino 1/3

Antecedentes: HTA 3, DBTII 3, TBQ 3, DLP 3, EPOC 1, IAM 1, CRM 1, Takayasu 1, ATP subclavia previa 1, ATP femoral previa 1.

Cuadro clínico: Claudicación intermitente MMII 3, Fontaine IIa 1, Fontaine IIb 1, Fontaine IV 1, Claudicación intermitente MSD 1.

Resultado: Se implantaron cinco stents Zilver® PTX®, tres en lesiones de novo (iliaca, femoral, poplitea) y dos en reestenosis intra stent (femoral, sublavia), pre - dilatando y post – dilatando los mismos en el 100% de los casos. Se accedió por vía femoral en tres pacientetes y uno por radial con éxito del procedimiento en todos los pacientes, sin observarse eventos cardiovasculares mayores durante la evolución intra hospitalaria.

En la evolución extra hospitalaria se los siguió por un periodo de cinco meses en los que no se registraron eventos cardiovasculares mayores, muerte, amputación ni revascularización nueva permaneciendo asintomáticos hasta el momento.

Por Eco - Doppler no se observo reestenosis intra stent en ninguno de los pacientes.

Conclusiones: De acuerdo a nuestra experiencia inicial, no se evidenciaron complicaciones severas intra ni extrahospitalarias en la angioplastia periférica con implante de Stents liberadores de paclitaxel, Por otro lado no se registraron reintervenciones tanto en estenosis de novo como en reestenosis intra Stent.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-394 / carmen_nievas@hotmail.com

ANEURISMA GIGANTE DEL TRONCO DE LA CORONARIA IZQUIERDA

Maria Del Carmen Nievas Romano[*1], *Luiz Augusto Ferreira Lisboa*[1], *Luis Alberto Oliveira Dallan*[1], *Luiz Boro Puig*[1]
[1]InCor -FM-USP, san pablo, Brasil

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Caso clínico

Material y Método: Caso clínico: Paciente de 60 años sexo femenino, FRCV + extabaquista, y antecedentes de FAC, IAM (2007) sin datos sobre terapia de reperfusión realizándose CCG que evidencio Aneurisma gigante del TCI en 1/3 distal con lesión significativa en la IVA (Interventricular Anterior), acompañado de hipocinesia antero-apical e imagen de trombo en el ápex, el paciente fue derivado para CRM,aneurismectomia del VI,Trombectomía del VI y Puente miocárdico de ATII a IVA, presento como complicaciones intrahospitalaria pneumonia siendo dada de alta a los 24 días de la CRM. Paciente 60 años femenino, FRCV + extabaquista, IAM (2007)CCG Aneurisma gigante del TCI en 1/3 distal con lesión significativa en la IVA (Interventricular Anterior),hipocinesia antero-apical e trombo en el ápex,CRM ATII a IVA,aneurismectomia del VI,Trombectomía del VI.complicaciones intrahospitalaria pneumonia.

Resultado: Aneurismas coronarios entidad poco frecuente,pero cada día mas habitual debido al uso mayor de CCG :incidencia 0,15% a 4,9% y en el subgrupo de pacientes de TCI 0,1%(registro CASS). causas más frecuentes en adultos la enfermedad aterosclerótica (50%) y en los niños la enfermedad de Kawasaki (mundo occidental). Los aneurismas coronarios son múltiples, la arteria Coronaria Derechaes de mayor afección. Los aneurismas se pueden extender a ramas adyacentes,puede ocurrir en presencia o ausencia de enfermedad coronaria obstructiva. La severidad de estas lesiones depende de la estenosis coronaria. tratamiento médico como quirúrgico:terapia antiagregante y anticoagulante por 6 meses, para la prevención de eventos tromboembolicos. Quirúrgico cuando se asocia a lesiones estenoticas, aneurismas gigantes o complicados. Dentro de las opciones quirúrgicas, revascularización de la lesión estenosticas asociado a ligadura proximal y distal del aneurisma para impedir la microembolizacion distal, otros autores no recomiendan la ligadura proximal y distal. Incidencia 0,15% a 4,9% y TCI 0,1%(registro CASS). causas más frecuentes en adultos la enfermedad aterosclerótica (50%). La severidad de estas lesiones depende de la estenosis coronaria.

Conclusiones: Tratamiento médico como quirúrgico:terapia antiagregante y anticoagulante por 6 meses, para la prevención de eventos tromboembolicos. Quirúrgico cuando se asocia a lesiones estenoticas, aneurismas gigantes o complicados. Dentro de las opciones quirúrgicas, revascularización de la lesión estenosticas asociado a ligadura proximal y distal del aneurisma para impedir la microembolizacion distal, otros autores no recomiendan la ligadura proximal y distal. terapia antiagregante y anticoagulante por 6 meses.cuando se asocia a lesiones estenoticas, aneurismas gigantes o complicados el tratamiento es quirurgico asociado a ligadura proximal y distal del aneurisma.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-128 / gabymc26@hotmail.com

ANEURISMA DE PUENTE VENOSO

Gabriela Moyano Cardenas[*1], *Pedro Maximiliano Nievas*[1], *Marlen Coymbra*[1], *Horacio Simondi*[1], *Mario Daniel Pieroni*[1], *Alberto Villegas*[1], *Ricardo Martellotto*[1]
[1]Hospital Italiano, Córdoba, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Presentar un caso clinico atipico de dificil terapeutica.

Material y Método: Masculino de 71 años de edad con antecedentes personales patológicos de hipertensión arterial, cirugía de revascularización en el año 2009, infarto agudo de miocardio en el año 2011, ex tabaquista. Cuyo motivo de consulta fue dolor precordial irradiado a espalda, en múltiples oportunidades, en reposo y esfuerzo. Su radiografía de tórax mostro engrosamiento parahiliar izquierdo y su electrocardiograma Ritmo sinusal con frecuencia cardiaca de 55 latidos por minuto y trastornos de la repolarización lateral. Posteriormente se decidió realizar tomografía axial computada con contraste endovenoso que impresiono pseudoaneurisma de bypass coronario, se realizó ecocardiograma doppler que muestra una imagen eco lúcida sobre pared anterior izquierda de aorta, con flujo sistólico que se comunica desde la misma. Por lo que se solicitó Resonancia Magnética cardiaca informando Miocardiopatía isquémica necrótica con alteraciones de la contractilidad segmentaria apical y anteroapical de ventrículo izquierdo, necrosis isquémica y transmural (apical y medial) y anterolateral del Ventriculo izquierdo, necrosis isquémica subendocardica anteroseptal y medial, septo apical y apicolateral del ventrículo izquierdo. Dilatación leve del ventrículo derecho con función sistólica y contractilidad conservada. Mostro además estenosis moderada a severa del tronco de la arteria pulmonar, y agrandamiento biauricular. Se observó masa de 10cm de diámetro por 45 cm2 de área, avascular, en contigüidad con el tronco y arteria pulmonar izquierda. Posteriormente se solicita cinecoronariografía mostrando puente venoso a la coronaria derecha con lesión severa proximal, puente venoso a la arteria circunfleja con una dilatación sacular que luego se ocluye completamente.

Resultado: Como terapéutica se decidió realizar embolización selectiva del cuello aneurismático con Coils demostrando en test posteriores ausencia de flujo al saco aneurismático. Se realizó a los 45 días del procedimiento angiotomografía demostrándose ausencia de flujo al aneurisma del puente venoso, y disminución del tamaño del mismo.

Conclusiones: Clínicamente el paciente mejora su clase funcional como así también ausencia de precordialgi

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-111 / vi.severini@hotmail.es

CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCARDICA CON Y SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPOREA: EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA DE CTES

Gaston Pozzi[1], Cynthya Lopez Gonzalez[1], Graciela Viviana Severini[1], Luciana Nacke[1], Mariela Onocko[1], Omar Dario Alvarez[1], Jorge Parras[1]

[1]Instituto de Cardiologia de Corrientes, Corrientes, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar el impacto clínico del uso de la circulación extracorpórea (CEC) en pacientes con circulación extracorpórea.

Material y Método: Estudio retrospectivo, descriptivo, unicentrico. Se analizó la morbilidad y la mortalidad intrahospitalaria, analizándose con el punto final combinado de muerte, shock cardiogénico, eventos neurológicos y fallo renal. Se analizó el punto final secundario que incluyo sangrado e infarto perioperatorio. Criterios de exclusión: Pacientes menores a 18 años, cirugías cardiovasculares combinadas (valvular o patologías de la aorta), cirugías de revascularización miocárdicas de emergencias, reoperación, disfunción ventricular moderada y severa, insuficiencia renal, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa, mayores a 80 años, eventos neurológicos previos menores a 5 años, enfermedad carotidea severa, pacientes con cirugía de revascularización miocárdica que requieran conversión a cirugía de revascularización con CEC.

Resultado: Se incluyeron 230 pacientes de los cuales 223 (97%) recibieron cirugía de revascularización miocárdica sin CEC (grupo 1) y 7 (3%) cirugía con CEC (grupo 2). La edad media de la muestra de estudio fue de 72 +/- 14 (grupo 1) y 71 +/- 12 (grupo 2) (p: 0,891). En cuanto a las características basales de la población eran de sexo masculino 75,7% y 2,2% (p: 0,679), Hipertensos 81,3% y 2,6% (p: 0,895), tabaquista 14,3% y 0,9% (p:0,318), diabetes 29,6% y 1,7% (p:0,134), dislipidemicos 50,4% y 0,9% (p: 0,222), obesos 13,5% y 0,4% (p:0,981), fibrilación auricular previa 2,2% y 0,4 (p: 0,049). Antecedente de edema agudo de pulmón 2,2% y 0,4% (p: 0,049). En cuento a anatomía coronaria se evidencio enfermedad de tronco de coronaria izquierda 27,8% y 2,2%, con diferencia estadísticamente significativa (p: 0,015). El punto final primario combinado se presentó en 8 pacientes (3,5%) (p: 0,610) sin diferencias entre ambos grupos. El punto final secundario de sangrado post operatorio se presentó en el 2,2% de los pacientes e infarto periprocedimiento en el 0,4% sin diferencias estadísticamente significativas (p: 0,859).

Conclusiones: El uso de la circulación extracorpórea no demostró tener impacto clínico en la morbi-mortalidad de nuestro centro.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-309 / sebagudiak@gmail.com

BYPASS DISTAL INFRAPATELAR DE MIEMBROS INFERIOR UN RETO TERAPEUTICO

Dr. Christian Zgrablich1; Dr. Pablo Ruda Vega1; Dr. Hernán Ríos1; Dr. Sebastián Osvaldo Agudiak1; Dr. Gustavo D´incal Medina1; Dr. Carlos Aramburu1; Dr. Julián Koladynsky1

[1]Hospital Italiano La Plata - Instituto Medico Platense - Instituto Del Diagnostico La Plata

Antecedentes: La revascularización de los miembros inferiores, en los últimos 10 años es patrimonio de la cirugía endovascular gracias al avance de sus métodos y dispositivos. La revascularización infrapatelar, la cirugía vascular periférica convencional presenta una mejor opción terapéutica, ya que el tratamiento endovascular tiene indicaciones muy precisas.

Objetivo: Demostrar nuestra estadística y compararla con otros centros, con respecto a los métodos diagnósticos utilizados, indicaciones terapéuticas y tácticas y técnicas quirúrgicas efectuadas en los bypass distales infrapatelares. Señalar nuestras indicaciones actuales de los bypass distales infrapatelares, seguimiento, permeabilidad de los mismos, complicaciones, morbilidad y mortalidad.

Diseño: Recopilación de nuestra base de datos informática de los pacientes con arteriopatía crónica de miembros inferiores desde el 01/01/2011 al 01/12/2014. En dicha base de datos se recurrió a la primera consulta, estudios complementarios realizados, internación, foja quirúrgica, evolución y seguimiento.

Material y Método: Descriptivo retrospectivo

Resultados: Se evaluaron 2317 consultas por derivación de pacientes con claudicación intermitente. De 561 cirugías bypass (B) de miembros inferiores se realizó 281 B femoral-popliteo suprapatelar, 140 B femoral-popliteo infrapatelar, 47 B femoral-femoral cruzado, 26 B infrapatelar distal, 23 B aortico bifemoral, 21 B axilar femoral y 23 otros (endarterectomias, B iliacofemoral, B femoral-femoral). Evaluando los 26 B infrapatelar distal, presentaron una permeabilidad a 1 año del 80%, se amputaron 3 pacientes, lesiones tróficas 13 pacientes se curaron 11, infección del sitio quirúrgico del 5%.

Conclusiones: Con el advenimiento de nuevas técnicas endovasculares y los nuevos tipos de stent utilizados para la permeabilidad de los miembros inferiores hay una tendencia a la disminución de la cirugía convencional. Si realizamos una selección correcta, oportuna y a tiempo para realizar bypass infrapatelar distal los resultados siguen siendo alentadores para continuar con la utilización de cirugía convencional.

6. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, ENFERMEDAD VASCULAR, CIRUGÍA

FAC2015-415 / pablomarina265@gmail.com

RECANALIZACION DE ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL CON PROTESIS VIABAHN POR VIA POPLITEA

Pablo Marina* 1, Marcelo Pettinari1, Armando Aldasoro1, Jorge Thomas1, Roberto Diaz1, Gonzalo Cañarte1

[1]Sanatorio Modelo Burzaco, Buenos Aires, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Reportar un caso de recanalización de arteria femoral superficial por vía poplítea.

Material y Método: paciente de 65 años de edad,diabético insulinorrequiriente,hipertenso,dislipémico,cirugia de by pass fémoropoplíteo derecho e izquierdo hace 30años.Clínicamente presenta claudicación a 50metros,progresiva de miembro inferior izquierdo de 6 meses de evolución Se realizó doppler de miembros inferiores que objetiva oclusión de by pass fémoropoplíteo derecho con permeabilidad del by pass femoral izquierdo.En angiografía se constató la oclusión del bypass derecho con arteria poplítea de buen calibre,permeable y sil lesiones.hipoflujo severo de lechos distales.

Resultado: se coloca al paciente en decúbito ventral,se realizó punción de arteria poplitea sin complicaciones colocandose introductor 8French.Se coloca cuerda hidrofílica sobre catéter Jr 6French y se cruza la oclusión total crónica de arteria femoral superficial nativa.Se predilata con balón periférico 7x59mm toda la arteria.Se posiciona e implanta endoprótesis de politetrafluoroetileno expandido Gore VIABAHN de 8,0x25cm sin complicaciones.Se realiza control post angioplastia objetivando flujo conservado con permeabilidad de la prótesis.

Conclusiones: se puede realizar la recanalización de oclusiones totales crónicas de la arteria femoral superficial por vía poplítea en forma segura,sin hematoma ni complicaciones a nivel del hueco poplíteo.

Esta vía de acceso tiene la ventaja de realizar una aspiración anterógrada de material trombótico que evitaría la oclusión de lechos distales.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-282 / juanif_22@hotmail.com

VARIABLES PULMONARES PRONOSTICAS EN PACIENTES QUE RECIBEN VENTILACION MECANICA EN UNIDAD CORONARIA

Juan Ignacio Fernandez[1], Sergio Pablo Adrian Dabrowski[1], Maria Alexandra Mambrin[1], Ana Elisa Gomez[1]*

[1]Instituto de Cardiología Corrientes, Corrientes, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Identificación de variables pulmonares predictoras de mortalidad en pacientes que reciben ventilación mecánica en la unidad coronaria (UCIC).

Material y Método: Estudio prospectivo, observacional que incluyo pacientes ingresados en UCIC del Instituto de Cardiología de Corrientes que requirieron de Ventilación mecánica invasiva (VMI). Se registraron frecuencia respiratoria, volumen tidal, volumen minuto, saturación de oxígeno, presión pico, presión media, presión meseta, presión positiva al fin de espiración, fraccion inspirada de oxigeno (Fio_2) compliance pulmonar estática y dinámica, resistencia inspiratoria, relacion presion parcial de oxigeno- Fio_2 (PAFI) e indice de oxigenación (IO) al inicio de la VMI con un seguimiento diario hasta la muerte, extubación, o alta de UCIC lo que suceda primero.

Resultado: Se incluyeron 43 pacientes con una edad media de 66.3 años (DS ± 14,7). La mortalidad registrada fue de 32.6%.Las causas que motivaron la VMI fueron insuficiencia cardiaca descompensada con edema agudo de pulmón en 27.9%, shock cardiogénico 23.3%, infarto agudo de miocardio 18.6%, paro cardiorrespiratorio 14%, sepsis 9.3%, arritmias 4.7%. En el análisis univariado de las características basales no se hallan relaciones significativas en relación con la edad, sexo, APACHE II y en las demás comorbilidades. Solo un menor tiempo de VM tanto en días como en horas se correlaciona con mayor mortalidad (P= 0.02). De las variables respiratorias analizadas, la mayor Fio_2 al primer (P=0.004), segundo (P=0.007) y tercer día (P=0.02), el mayor IO al primer (P=0.008) y al segundo día (P=0.02), el menor flujo al primer (P=0.04) y al segundo día (P=0.03) así como la menor presion parcial de oxigeno (P=0.02), Saturacion de oxigeno (P=0.04) y PAFI (P=0.001) al primer día se hallan correlacionadas significativamente con mayor mortalidad. El análisis de regresión logística multivariado solo la PAFI (OR 0.92, IC 95% 0.86-0.99, P=0.037) al primer día de VMI permanece como un factor predictor de mortalidad estadísticamente significativo.

Conclusiones: A pesar de que la relación entre la PAFI y mortalidad no ha sido demostrada con consistencia en los diferentes estudios, en esta población de pacientes que reciben VMI la PAFI al primer día es un predictor independiente de mortalidad siendo superior al IO.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-277 / annahnatiuk@hotmail.com

SEGUIMIENTO IN VIVO DE CÉLULAS MESENQUIMALES QUE SOBREEXPRESAN HIF1α MUTADO MARCADAS CON ÓXIDO DE HIERRO EN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO OVINO

Anna Pavlovna Hnatiuk[1], Sang Ging Ong[2], Johannes Riegler[2], Fernanda Daniela Olea[1], Paola Locatelli[1], Leonardo Trejo[1], Sebastian Giménez[1], Rubén Laguens[1], Joseph C Wu[2], Alberto Crottogini[3]

[1]Universidad Favaloro, CABA, Argentina, [2]Stanford Cardiovascular Institute, Universidad de Stanford, Stanford, Estados Unidos, [3]Hospital Universitario Fundación Favaloro, CABA, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Las células mesenquimales de médula ósea (CMMOs) como tratamiento del infarto agudo de miocardio (IAM) son un novedoso campo de estudio. Además, el aumento de sobrevida celular por sobreexpresión de HIF1α mutado (factor de transcripción de más de cien proteínas vasculogénicas) resistente a degradación en normoxia mejoraría la permanencia de CMMOs en el miocardio y su actividad parácrina otorgando una mayor efectividad en el tratamiento del IAM. Por lo tanto, buscamos corroborar la hipótesis de que las CMMOs modificadas que sobreexpresan HIF1α mutado permanecen más tiempo en condiciones de hipoxia en el miocardio peri-IAM que las CMMOs no modificadas.

Material y Método: Ovejas con ligadura coronaria recibieron en zona peri-IAM CMMOs marcadas con óxido de hierro super-paramagnético (super-paramagnetic iron oxid, SPIOs) transfectadas con plásmido minicircular codificante para HIF1α mutado humano (CMMO-mHIF, n=4) o CMMOs marcadas con SPIOs y no transfectadas (CMMO naïve, n=4). A un día, 30 días y 60 días post-IAM se realizó resonancia magnética cardiaca para cuantificar el volumen (cm3) de señal hipointensa emitida por zonas de inyección utilizando tiempo de relajación T2* y tiempo de eco de 6,6 ms. En cortes histológicos de miocardio de zonas de inyección se realizó tinción con azul de Prusia para detección de CMMOs con hierro intracelular por mm2 de tejido. In vitro, se cuantificó la citotoxicidad celular en CMMO-mHIF y CMMO naïve bajo condiciones de hipoxia. Estadística: 1-way-ANOVA, 2-way-ANOVA-Bonferroni y t-test-Mann Whitney; significación estadística: p<0,05; resultados expresados como X±DS.

Resultado: El volumen de zonas hipointensas fue mayor en CMMO-mHIF que en CMMO naïve a los 30 días (0,12cm3±0,02cm3 vs 0,06cm3±0,02cm3; p<0,001) y 60 días (0.12cm3±0,01cm3 vs 0,06cm3±0,01cm3; p<0,001), siendo no significativa a un día (0,14cm3±0,01cm3 vs 0,13cm3±0,01cm3; p=NS). La presencia de CMMOs con hierro intracelular fue mayor en CMMO-mHIF que en CMMO naïve (2,04±0,60 células/mm2 vs 0,41±0,24 células/mm2; p<0,05). En cultivos celulares bajo hipoxia la citotoxicidad de CMMO-mHIF fue menor que en CMMO naïve (109,8%±2,1% vs 123,9%± 3,2%; p<0,05).

Conclusiones: En ovejas con IAM, las CMMOs modificadas con sobreexpresión de HIF1α tienen mejor supervivencia en hipoxia in vitro y mayor permanencia en el miocardio peri-IAM, lo cual permitiría potenciar los eventuales efectos terapéuticos de las CMMOs en el IAM.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-172 / ari-medina@hotmail.com

UTILIDAD DEL SPECT DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA MIBI DE ESFUERZO EN EL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD CORONARIA ASINTOMÁTICA EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS

*Carlos Ariel Medina[*1], Juan Pablo Alvarez[1], Diego Andres Echazarreta[1], Rodolfo Marcelo Uriarte[1]*

[1]Instituto de Diagnostico Cardiovascular La Plata, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: El cribaje de la enfermedad cardiovascular (ECV) asintomática en pacientes mayores de 80 años mediante SPECT de perfusión miocárdica MIBI de esfuerzo-reposo aumenta la sensibilidad respecto a la ergometría convencional (PE), se plantea como objetivo estudiar la prevalencia de enfermedad coronaria en pacientes mayores de 80 años mediante Estudio de Perfusion Miocardica (EPM) SPECT-MIBI esfuerzo-reposo.

Material y Método: Se ha realizado EPM SPECT-MIBI de esfuerzo con cicloergometro, utilizando el protocolo de Astrand Modificado a 41 pacientes (ptes) mayores de 80 años sin antecedentes de ECV, con electrocardiograma basal sin alteraciones.

Resultado: Se evaluaron 41 pacientes, hombres53,65% (22). Edad media: 84,68 ± 2,71 años. Presentaban Factores de riesgo Cardiovscular: Tabaquistas 24,4% (10), hipertensos 75,6% (31), DBT 14, 6% (6). La duración media de la PE: 7,7 minutos, con una media de 6,5 METS. Presentaron PE máxima negativa o no concluyente: 78,05%. El estudio de perfusión SPECT MIBI fue positivo en 71% de los pacientes.

Conclusiones: El SPECT de perfusión miocárdica MIBI de esfuerzo como método de cribaje confiere mayor sensibilidad y especificidad para la detección de enfermedad cardiovascular asintomática en pacientes mayores de 80 años.; es factible, no presenta complicaciones y optimiza la detección de enfermedad coronaria en grupo de riesgo cardiovascular elevado.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-291 / macinucic@hotmail.com

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PRONOSTICO INTRA-HOSPITALARIO EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO COMPLICADO CON COMPROMISO DEL VENTRÍCULO DERECHO

*Stella Macin[*1], Mariela Onocko[1], Eduardo R Perna[1], Maria L Coronel[1], Guillermo Aristimuño[1], Liliana Traviesa[2], Cesar Billordo[1], Josefina Roldan[1], Luis Almiron[1], Raul Pasetto[1]*

[1]Instituto de Cardiología JF Cabral Corrientes, [2]Facultad de Medicina UNNE, Corrientes, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar características clínicas y evolución intra- hospitalaria de pacientes hospitalizados con infarto agudo de miocardio (IAM) con compromiso del Ventrículo Derecho (VD).

Material y Método: Desde agosto del 2012 al 20 de mayo del 2014, fueron admitidos 328 pacientes con infarto agudo de miocardio al Instituto de Cardiología de Corrientes, 143 ptes fueron Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento ST (SCAsST), y 185 con elevación del segmento ST (SCAcST). Se definió compromiso del Ventrículo derecho a la presencia de elevación del segmento ST ≥1mm en precordiales V3R-V4R, acompañado de dolor precordial típico en reposo y elevación enzimática, Se conformaron dos grupos: grupo I: Con VD (42ptes) y los restantes conformaron el grupo II.

Resultado: El Grupo 1(con VD<9 fue, 10.2%) y los restantes Grupo 2. No hubo deferencias en edad (61.8±10.7 vs, 62.5±11.2 p=0.7) ni sexo (69 vs 72.7%,p=0.37) y se diferenciaron en antecedente de HTA (61.9 vs 83.2%, p=0,002), tabaquismo(28 vs 40.5%, p=0,0003), elevación del segmento ST (81 vs 53.9%, p=0,001), dolor al ingreso (28.8 vs 71.2, p=0,039).

Hubo diferencias en los valores de troponina T al ingreso (273 vs 2337.6 ng/dl, p=0,011) y FC (82.3 vs 75.4, p=0.03). No hubo diferencias respecto al uso de CCG (90.5 vs 92.6%, p=0.40) y angioplastia primaria (46.3 vs 34.6%, p=0.10), ni en la FE (54.1 vs 54.2, p=0.32). El grupo 1 presento con más frecuencia muerte (7.1 vs 3.2%, p=0,019), edema pulmonar (11.9 vs 3.2%, p=0,023), pericarditis (11.9 vs 5.3, p=0.03). FV (7.1 vs 1.1, p=0.03), TVS (9.5 vs 3.2, p=0.04) Al ingreso fueron predictores de mortalidad la elevación del segmento ST (OR=2.31; 95% 1.2-4.5, p=0,015), y la angina previa(OR=3.5;IC 95% 1.3-9.1, p=0,010).

Conclusiones: Uno de cada diez pacientes con infarto agudo tienen compromiso del ventrículo derecho, tienen doble de mortalidad intra-hospitalaria, con mayores complicaciones, sin embargo no fue predictor independiente.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-115 / macinucic@hotmail.com

REGISTRO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: CUAL ES LA REALIDAD ACTUAL?

*Stella Macin[*1], Eduardo Perna[1], Maria Coronel[1], Jorge Riera Stival[1], Jose Silveira[1], Rodrigo Zoni[1] and instituto de Cardiología JF Cabral*

[1]Instituto de Cardiología JF Cabral Corrientes, Corrientes, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar características clínicas y mortalidad en un registro de epicrisis de pacientes hospitalizados en el Instituto de Cardiología de Corrientes.

Material y Método: Estudio observacional, prospectivo, de 2016 pacientes consecutivos dados de alta en el Instituto de Cardiología, egresados entre el 01/01/13 al 31/12/13 con diagnostico de infarto agudo de miocardio.

Resultado: Del totalde 2016 pacientes, el 9.4%(190) fueron IAM con ST(STEMI): Grupo I y el 5%(101 ptes) IAM sin ST(NonSTEMI) Grupo II. La edad media fue 62.2±10 vs 65.2±12 años, p=0.006. El sexo masculino fue de 73.2% vs 65.3% en ambos grupos, P=0.18. La diabetes fue de 29 vs 29.7%, dislipidemia 45.8 vs 58.4%, p=0.04, tabaquistas 36.8 vs 28.7%, p=0.19; obesos 13.2 vs 23.8, P=0.03. Fueron referidos a CCG 95,2 vs 88.1%, p=0.24. Recibieron diuréticos 22 vs 24%, IECA o ARAII el 99 vs 97.3%, p=0.25, beta bloqueantes 85.1 vs 87.2%,p=0.75; Antagonistas de aldosterona 24.3% vs 12.9%, p=0.22; aspirina 94.2 vs 98%, otro antiplaquetario 98 vs 89%, p=0.02; anticoagulantes orales 14.7 vs 5, p=0.02 y estatinas 94 vs 92.7%, P=0.35; amiodarona 10 vs 10.9%,p=0.28, trimetazidina 1.1 vs 12%, p=000 1e Ivabradina 0 vs 4% p=0.014. Presentaron fibrilación auricular el 9.8 vs el 10.6%,desarrollaron insuficiencia cardiaca en la hospitalización 22.6 vs 24.8%,P=0.86. La estancia hospitalaria fue 5.18 vs 4.35, p=0.25; días ucic 3.27 vs 2.33 p=0.011 La mortalidad hospitalaria fue 3.7% vs 1% en los pacientes con y sin supradesnivel del ST.

Conclusiones: En un centro de cardiología, la hospitalización por infarto agudo representó el 15% de los egresos hospitalarios, dos tercios de estos pacientes fueron representados por los infartos con elevación del ST. Con el advenimiento de nuevas terapias e intervencionismo la mortalidad se ha reducido sustancialmente, sin embargo el porcentaje de insuficiencia cardiaca no ha variado.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-197 / iaconis.facundo@gmail.com

ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE RADIOTERAPIA TORACICA

Facundo Iaconis[*1], *Marcelo Moreno*[1], *Julia Graieb*[1], *Daniela Gomez*[1], *Daniel Camerini*[1], *Federico Zabala*[1], *Dario Cavalie*[1], *Luis Medesani*[1], *Luis Pizzini*[1], *Hugo Ruiz*[1]
[1]HIGA San Martin, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La enfermedad cardiovascular inducida por radiación (RIHD) puede involucrar todas las estructuras cardiacas, incluyendo pericardio, miocardio, válvulas y sistema de conducción, siendo la enfermedad coronaria una importante manifestación de la RIHD ya que puede causar emergencias que requiera intervenciones invasivas. La afectación de estructuras cardiacas puede ser precoz o aparecer hasta 20 años después de la irradiación torácica.

Objetivo: Presentación de 2 casos clínicos.

Material y Método: Se analiza la historia clínica de dos pacientes con la patología que se presenta.

Resultado: Caso 1: Paciente de 49 años, femenina, ex tabaquista, con antecedente de cáncer de pulmón tratado con radioterapia y quimioterapia que ingresa por síndrome coronario agudo, se realizó estratificación de riesgo con cinecoronariografía que evidenció lesión severa en tronco coronario izquierdo, resto sin lesiones significativas. Ecocardiograma con ventrículo izquierdo levemente dilatado y fracción de eyección conservada, válvula aortica levemente engrosada con insuficiencia leve a moderada, válvula mitral con valva anterior levemente engrosada, insuficiencia leve a moderada y estenosis leve. Se decidió resolución de lesión con angioplastia e implante de stent liberador de drogas, llevándose a cabo de forma exitosa. La paciente es externada y fallece al año siguiente por recidiva de enfermedad oncológica. Caso 2: Paciente de 30 años, tabaquista con antecedente de Linfoma de Hodking tratado con quimioterapia y radioterapia a los 11 años, consulta por episodio de taquicardia asociado a dolor precordial opresivo y síncope. Se constató en ecocardiograma miocardiopatía dilatada con deterioro severo de la función sisto-diastólica e hipocinesia global. La cinecoronariografía evidenció lesión severa proximal en tronco coronario izquierdo, lesión severa ostial en arteria descendente anterior, lesión suboclusiva ostial y en tercio medio de arteria coronaria derecha. Se decide resolución por cirugía de revascularización miocárdica.

Conclusiones: El antecedente de radioterapia torácica debe considerarse un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad coronaria prematura, aun más en pacientes que tengan factores de riesgo cardiovasculares clásicos. Es típica la afectación de tronco coronario izquierdo, arteria descendente anterior proximal y ostium de coronaria derecha por ser estas regiones vasculares las que reciben mayores dosis de radiación. Es en estos pacientes, la mortalidad de origen cardiovascular es la segunda en frecuencia detrás de la oncológica.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-292 / rodri_fernandezz@hotmail.com

MAYOR INCIDENCIA DE FLUJO TIMI ANORMAL, TROMBOSIS Y EXTENSION DE ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTES CON LP A ELEVADA Y GENOTIPO 4G/4G DEL GEN PAI-1

Jorge Rodrigo Fernandez[*1], *Maria Jose Cabrera*[1], *Alvaro Carranza*[1], *Hugo Guglielmone*[1], *Rafael D'Elias*[1], *Julio Oscar Bono*[1]
[1]Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Determinar la prevalencia de Lpa elevada y del polimorfismo del PAI-1 en pacientes con SCA y en aquéllos sin antecedentes de enfermedad cardiovascular (ECV). Establecer si existe relación entre los niveles de Lp-a y genotipos mutados de PAI-1 con la extensión de enfermedad coronaria, presencia de trombo intracoronario y flujo coronario anormal (flujo TIMI < 3).

Material y Método: Estudio observacional prospectivo en el que se estudiaron 69 pacientes que ingresaron a la Unidad Coronaria con diagnóstico de SCA y 129 donantes de sangre que no tenían antecedentes de ECV ni factores de riesgo conocidos. Se determinó Lp-a y polimorfismo del PAI-1 a todos y, a aquellos que presentaron SCA, se les realizó coronariografía y tratamiento específico. Resultado: La prevalencia de Lp-a elevada en pacientes con SCA y sin antecedentes de ECV es de 78% y 38% respectivamente (p<0,0001). La prevalencia del polimorfismo del PAI 1 para mutaciones tipo 4G/4G, 4G/5G y 5G/5G fue respectivamente de 21%, 62% y 17% para aquellos con SCA y de 21%, 43% y 36% en pacientes sin ECV (p<0,01). Niveles elevados de Lp-a se correlacionaron sólo con extensión de enfermedad coronaria (OR 4, 95% IC 1 a 15, p<0,05). Las mutaciones 4G/4G y 4G/5G se asociaron sólo con la presencia de flujo TIMI anormal (OR 7.3, 95% IC 1.5 a 36.9, p<0.009). Pacientes con la combinación de niveles elevados de Lp-a y la presencia de los genotipos mutados 4G/4G se correlacionaron con extensión de enfermedad coronaria (OR 11, IC 1.2 a 96, p <0,01), mayor presencia de trombo intracoronario (OR 21, 95% IC 1.2 a 39 p<0,002) y mayor incidencia de flujo coronario TIMI anormal (OR 5, 95% IC 1.1 a 26 p<0,04).

Conclusiones: La prevalencia de Lp-a elevada y de los tipos anormales de polimorfismo del PAI-1 en pacientes con SCA es significativamente mayor que en aquellos sin ECV. Niveles elevados de Lp-a se asocia con extensión de enfermedad coronaria; genotipos mutados de PAI-1 con flujo coronario anormal y pacientes con la combinación de niveles elevados de Lp-a y genotipo mutado 4G/4G presentan mayor extensión de enfermedad coronaria, mayor presencia de trombo intracoronario y mayor incidencia de flujo coronario anormal.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-389 / maxideabreu@hotmail.com

UTILIDAD DE UN SISTEMA DE TELE-ELECTROCARDIOGRAFÍA INCORPORADO A UN PROGRAMA DE REPERFUSIÓN DEL INFARTO EN UNA RED DE HOSPITALES PUBLICOS

Mario Silberstein[1], *Maximiliano De Abreu*[1], *Javier Mariani*[1], *Diego Kyle*[1], *Gabriel González Villa Monte*[1], *Mauro Rossi Prat*[1], *Martín Ordoñez*[*1], *Martín Vergara*[1], *Ricardo Sarmiento*[1], *Carlos Tajer*[1]
[1]Hospital El Cruce, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Desarrollamos e implementamos una intervención basada en las barreras existentes para la reperfusión en una red de hospitales públicos bonaerenses, que incluyó un sistema de tele-electrocardiografía. El objetivo de nuestro estudio es evaluar el impacto sobre la reperfusión de dicha intervención, y la utilidad del sistema de tele-electrocardiografía.

Material y Método: La red está compuesta por seis hospitales de baja-mediana complejidad y un centro de tercer nivel con disponibilidad de hemodinamia las 24 horas. En la Etapa 1 del programa (2009-2010) se evaluaron las barreras existentes para la reperfusión, que fueron: falta de cardiólogos en las guardias capacitados para interpretar electrocardiogramas; falta de fibrinolíticos en algunas guardias; inexperiencia de los médicos para infundir fibrinolíticos; demoras en los traslados por falta de ambulancias. En la Etapa 2 (2011-2013) se incorporaron progresivamente las medidas: un sistema de tele-electrocardiografía en las guardias de la red para la transmisión de electrocardiogramas vía web al Hospital de alta complejidad con cobertura de 24 horas y diagnóstico inmediato; charlas teórico-prácticas para el manejo de pacientes con dolor precordial e infusión de fibrinolíticos; algoritmo consensuado para el manejo clínico del IAM ST; se incorporó un sistema de ambulancias privado para traslado de pacientes para ATCP en caso de demora del sistema. En la Etapa 3 (2013-2014) el programa funcionaba completamente. Se midió el impacto de la intervención en la proporción de pacientes reperfundidos.

Resultado: Se internaron un total de 432 pacientes derivados de la red con diagnóstico de infarto con elevación ST. Edad 56 (± 9), hombres 83,3%. La proporción de pacientes reperfundidos aumentó progresivamente: E1 60,7%, E2 69% y E3 78%, p de tendencia=0,01. En las etapas sucesivas se incrementó el uso de telemedicina entre los pacientes derivados: E1: 0%, E2: 19,9% y E3: 54,9%. Entre los pacientes en los que se utilizó el sistema de telemedicina, independientemente de la etapa temporal, la proporción de reperfusión fue significativamente mayor (78,4% vs. 66,3%; p=0,01).

Conclusiones: La implementación de una intervención basada en el diagnóstico de barreras, incorporando un sistema de tele-electrocardiografía se asoció con un incremento en la proporción de reperfusión del 28,5%, y un incremento progresivo en el uso de tele-electrocardiografía. Este modelo de red para la atención pública basado en algoritmos adaptados a la problemática local puede contribuir a mejorar la asistencia del infarto en nuestro país.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-402 / tonchigp@gmail.com

ASOCIACIÓN ENTRE LA ELEVACIÓN DE CREATINFOSFOQUINASA MB Y TROPONINA ULTRASENSIBLE CON EL REMODELADO VENTRICULAR POST INFARTO.

Gaston Pozzi[*1], *Facundo Falcon*[1], *Natalia Cristaldo*[1], *Cynthya Lopez Gonzalez*[1], *Eduardo Perna*[1], *Lorena Coronel*[1], *Josefina Roldan*[1], *Stella Maris Macin*[1]
[1]Instituto de Cardiologia de Corrientes, Corrientes, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar la relación de elevación de Troponina ultrasensible y CK-MB con el remodelado ventricular por ecoDoppler en pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMST).

Material y Método: Estudio observacional, unicentrico que incluyo paciente con diagnostico de IAMST ingresados al instituto de cardiología de Corrientes, a los que se le realizo angioplastia primaria, desde el 14/02/14 al 14/02/15, dosandose biomarcadores (troponina T US y CPK mb) a las 0, 2, 6, 12 y 24 hs. Se realizo un ecocardiograma previo al alta institucional y luego a los 30 días del IAMST.

Resultado: Se incluyeron 39 pacientes, 79,5% de sexo masculino con una edad media de 61.6+/-9, 82% con HTA, 17.9% diabéticos, 46% tabaquistas, 2.6% IRC, 35% dislipidemicos. 59% de los pacientes tuvieron un IAM de cara anterior, 41% no anterior, 71.8% KK(Killip y Kimbal) A, 10.3% KKB, 5.1% KKC, 12.8% KKD. La Fey en el primer ecocardiograma tuvo una media de 51.2% +/-11, en el segundo ecocardiograma de 54.2% +/-11, el VIDD en el primer ecocardiograma un diámetro de 49,8 +/-5 y en el segundo ecocardiograma 51.3 +/-5, 25.6% de los pacientes tuvieron una Fey menor al 50% en el ecocardiograma a los 30 días. Como variable independiente el mayor valor de troponina T US hallada se relaciono en forma directa con el deterioro de la función ventricular con un valor de p menor a 0.001, no así la CPK mb o la troponina TUS al ingreso, al igual que con valores mayores de VIDD en el ecocardiograma a los 30 días. 45% de los pacientes con baja Fey tuvieron un cociente entre el valor mas alto de Troponina TUS y CPK mb mayor de 17, mientras que aquellos con un cociente menor tuvieron baja fey en un 20%. En el grupo de pacientes con un valor de troponina TUS menor a 4000, el 95% no presento deterioro de la FEY a los 30 días, mientras que en aquellos con valores de troponina TU mayores a 4000, se observo deterioro de la función ventricular en un 56,3%. El 90% de los pacientes que presentaron deterioro de la función ventricular sufrieron un infarto de miocardio de cara anterior.

Conclusiones: Las variables que se asociaron con deterioro de la función ventricular y mayor VIDD, fueron un valor de troponina TUS mayor de 4000, que el infarto sea de cara anterior y un cociente de troponina TUS mas alta/ CPKmb mas alta mayor de 17.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-299 / macinucic@hotmail.com

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO COMPLICADO CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN MUJERES

Stella Macin[*1], *Mariela Onocko*[1], *Maria L Coronel*[1], *Eduardo Perna*[2], *Guillermo Aristimuño*[1], *Deborath Maria Burguener*[2], *Facundo Falcon*[1], *Viviana Seveini*[2], *Cyntya Lopez*[1], *Natalia Cristaldo*[1]
[1]Instituto de Cardiología JF Cabral Corrientes, [2]Facultad de Medícina UNNE, Corrientes, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar caracteristicas clínicas y evolución hospitalaria en mujeres con infarto agudo complicado con IC

Material y Método: Registro prospectivo de 328 pacientes con infarto agudo de miocardio, admitidos en UCIC del Instituto de Cardiología de Corrientes, entre el 01 de agosto de 2012 al 20 de mayo del 2014 dentro de 24 hs del inicio de los síntomas, 91 ptes fueron de sexo femenino, y de ellas el 22% presentaron IC, representando el grupo I: mujeres con IC, y las restantes Grupo II,

Resultado: El Grupo 1(mujeres con IC, 22%) y los restantes Grupo 2. Hubo deferencias en edad (71.2±11 vs. 71.2±9 p=0.017), diabetes (50 vs 23.9%,p=0.024), Obesidad (23.1 vs 16.2%, p=0.04), colesterol al ingreso (164.5±54 vs 144.7±25 mg/dl, p=0,029), localización anterior (50 vs 29.4%, p=0,012) y rales (40 vs 11.3, p=0,003).

No hubo diferencias respecto al uso de CCG (90.5 vs 92.6%, p=0.40) y angioplastia primaria (39.4 vs 41.7%, p=0.10). El grupo 1 presento con más frecuencia muerte (35 vs 2.8%, p<0,0001), edema pulmonar (26.3 vs 1.2%, p<0,001), BCR (10.5 vs 2%, p=0.008), BAVC (25 vs 2.8%, p=0.01), TVS (15 vs 2.8%, p=0.04), requirió más procedimientos invasivos como monitoreo hemodinámico (18 vs 6.1%, p=0.01) y uso de respirador (1 vs 1.4%, p=0.009), tuvieron más necesidad de CDI (2.6 vs 0%, p=0.32). la FE fue diferente en ambos grupos(45±18 vs 59±12, p<0.001). Al ingreso fueron predictores de desarrollo de IC la localización anterior (OR=3.15; 95% 1.5-5.7, p=0,002), y la diabetes (OR=2.8;IC 95% 1. 2-7.1, p=0,023).

Conclusiones: Las mujeres con infarto agudo que desarrollan IC son más añosas, mas obesas, tuvieron con más frecuencia diabetes, a pesar de ser tratadas en forma invasiva en forma similar tuvieron peor evolución intra-hospitalaria.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-166 / jpalvarez975@gmail.com

INFARTO DE MIOCARDIO TRANSMURAL TRATADO CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA. VARIABLES CLÍNICAS Y ANGIOGRAFICAS.

Juan Pablo Alvarez[1], *Rodolfo Marcelo Uriarte*[1], *Pagola Juan Alberto*[1], *Broda Diego Sebastian*[*1], *Carlos Ariel Medina*[1]
[1]Instituto De Diagnstico De La Plata, La Plata, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar las caracteristicas clinicas, caracteristicas angiograficas y mortalidad en pacientes mayores de 45 años ingresados en una unidad coronaria (UCO) por infarto agudo de miocardio (IAM) transmural tratados con angioplastia (ATC) primaria.

Material y Método: Se evaluaron 82 pacientes (57 hombres y 25 mujeres) con diagnostico de infarto agudo de miocardio (IAM) transmural entre enero de 2013 y diciembre de 2014 ingresados en unidad coronaria.

Factores de riesgo observados:

- Tabaquismo 72%
- HTA 56%
- Dislipemia conocida 45%
- Diabetes mellitus 9%
- Sindrome antifosfolipidico (SAF) 2%

Resultado: Los arterias tratadas en los pacientes ingresados fueron:

- Descendente anterior (DA) 38 pacientes.
- Descendente anterior y primer ramo diagonal 2 pacientes.
- Coronaria derecha (CD) 41 pacientes.
- Circunfleja (Cx) 5 pacientes.

22 pacientes presentaron lesion de 3 vasos en los cuales se resolvió el vaso culpable.

El promedio de internacion fue de 6.7 dias +/- 0.4.

6 pacientes evolucionaron con insuficiencia cardiaca y 1 con pericarditis.

Se constataron 5 obitos, 3 por insuficiencia cardiaca y 2 por muerte subita.

Conclusiones: Viendo los resultados obtenidos se concluye que la mortalidad vista en este estudio está acorde a los registros nacionales, con alta prevalencia de lesiones en DA y CD y un 26% de pacientes con enfermedad de tres vasos.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-317 / waquiroga@hotmail.com

INFARTO DE VENTRICULO DERECHO ,INCIDENCIA ACTUAL ,EVOLUCION INTRAHOSPITALARIA, NUESTRA EXPERIENCIA

Walter Quiroga Castro[*1], *Eduardo Conci*[1], *Felix Zelaya*[1], *Javier Sala Mercado*[1], *Mara Isa*[1], *Andrea Aguero*[1], *Sebastian Balestrini*[1], *Gustavo Caballero*[1], *Mauro Quiroga*[1], *Cesar Serra*[1]
[1]Instituto Modelo de Cardiolcgía de Córdoba argentina, Cordoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Introducción: el infarto de ventrículo derecho (IVD) es una entidad especial y de características especiales dentro del infarto agudo de miocardio.

Material y Método: Fue evaluar las características especiales de los pacientes (p.) con IVD. En nuestra base de datos q incluye P con iam con elevacion de st (sst)de hasta 48 hs de evolución.

Resultado: P. evaluados 344, 11 % presentaban con IVD 39 pacientes.

Edad: 62 años I VD vs no I VD 61, BMI 27 en ambos grupos. Sexo fem: IVD 26% vs no IVD 16 % p ns. La mortalidad fue de los p con I VD fue 11 % Vs mortalidad global fue de 8 %. p ns. En los p con I VD 72 % estuvo asociado ecg con supradesnivel st (sst) en cara inferior. y 28 % a ecg sst cara anterior. Mortalidad IVD con sst anterior 20 % vs I VD con sst inferior 8 %. P ns. En los p con I VD se realizó atc directa a coronaria derecha (cd) 47 % vs resto 35 % . P 0,05. En los p con I V se realizó atc directa a descendente anterior (da) vs 44 % resto de p .0,001. Agrupamos las complicaciones (Muerte,.Insuf. Cardiaca y Asistencia Respiratoria Mecánica). Como punto final compuesto. (pfc). La tasa de pfc fue de 26 % en pac con IVD vs no IVD 22 % p ns. IVD mas st anterior PFC 33 % vs resto p 22 %. P ns. Valoracion Ecocardiograma: Presentaron disfunción ventriculo derecho severa 5%p. este grupo mortalidad 42%. p 0,0001. Los trastornos de conducción fueron más frecuentes en los p con I VD. Bloqueo de Rama Derecha 11 % en p. con IVD vs no 6 % . Bloqueos av p. con IVD 18 % vs no 4 % P 0.0001.La utilización de mp definitivo 3% vs 0%.P 0,0001 No se encontraron diferencias significativas en uso de balón de contrapulsacion y s. ganz. La utilización de bb en el primer día fue iam vd 41 % vs 54 % no iam de vd. Bb total; p con I VD 80 % vs 93 % pacientes sin iam de vd. P 0,09

Conclusiones: El 11 % de los p tuvieron IVD con mortalidad sin diferencias significativas con respecto a los p sin IVD. Solo el grupo de falla severa de vd por ecocardiograma presentó mayor mortalidad en forma significativa. Existió Mayor compromiso de Coronaria Derecha y correspondiente ATC Directa. Presentaron mayor trastornos de conducción y utilización de marcapasos definitivo, estadísticamente significativo. Se observó menor utilización de bb, y leve aumento en la mortalidad en los IVD asociados a infarto anterior sin llegar a ser significativo.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-350 / traycy36@hotmail.com

RELACION DEL VALOR CUANTITATIVO DE LA TROPONINA T Y LESIONES ANGIOGRAFICAS EN INFARTO DE MIOCARDIO CON ST Y SIN ST.

Traycy Diana Rivas Pena[*1]
[1]centro modelo de cardiologia, SAN MIGUEL DE TUCUMAN, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: La troponina T ultrasensible (TnTus) es útil para la valoración del dolor precordial es Sin embargo habra hay alguna relación entre valores de troponina t con las arterias coronarias afectadas y severidad de las lesiones.

Objetivos: Evaluar la relación del valor cuantitativo de la troponina t y las arterias coronarias afectadas y su severidad.

Evaluar si hay relacion de mayores valores de troponina t con las lesiones en las diferentes arterias coronarias.

Material y Método: · Trabajo retrospectivo que incluyó en la muestra 90 pacientes con IAM con ST y sin ST que ingresaron a unidad coronaria desde enero de 2014 a enero del 2015.

Se determinó los valores cuantitativos de troponina t ultrasensible,mayor 50 a 2000(siendo positiva mayor a 50).

Por cinecoronariografia se evaluó la severidad de las lesiones y las arterias coronarias afectadas. Estadísticas: se utilizó el método de CHI2 para la comparación de variables cualitativas. Se consideró estadísticamente significativa una p<0.05.

Resultado: La lesiones angiograficas severas que tuvieron mayores valores de troponina t (entre 1000 a 2000) siendo las arterias descendente anterior y la circunfleja. La mayoría de los pacientes presentaron valores de troponina t, entre 51-500,con predominio de lesión severas en la coronaria derecha.

Conclusiones: La lesiones angiograficas que tuvieron mayores valores de troponina t, fueron la descendente anterior y la circunfleja.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-199 / cardiologia@hospitalespanolba.com.ar

ROL DE LA INTERLEUQUINA 1B Y SU ASOCIACIÓN CON BIOMARCADORES DE STRESS OXIDATIVO EN SALIVA DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.

MC Rubio[*1], *C Ramos*[2], *E Álvarez*[3], *S Friedman*[2], *LN Nicolosi*[4]

[1]Hospital Español de Buenos Aires, [2]Cátedra de Bioquímica. FOUBA, [3]Cátedra de Inmunología. FFyB-UBA-IDEHU. CONICET, [4]Cátedra de Patología y Clínica Bucodental. FOUBA, CABA, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: El estrés oxidativo (EO) producido por la isquemia miocárdica genera especies reactivas del oxígeno (EROS) que disminuyen la biodisponibilidad del óxido nítrico (ON). En estudios previos detectamos la presencia de biomarcadores de EO en saliva de pacientes con síndrome coronario agudo con supra ST (SCACST) los cuales fueron cuantificados mediante la determinación de Diacetato de Diclorofluoresceína (DCFH-DA) y Catalasa (CAT). Estos hallazgos permitirían su detección en un fluido de fácil obtención logrando de este modo una aproximación al daño potencial generado por la isquemia miocárdica. Con similar hipótesis la presencia de interleukina 1β (IL 1β), podría contrarrestar el efecto deletéreo de las EROS, a través de la producción de ON ejerciendo un rol cardioprotector.

Objetivo: Determinar la presencia de IL 1β en saliva y su correlación con biomarcadores de EO y daño miocárdico en pacientes con SCACST.

Material y Método: Pacientes >18 años, ambos sexos con SCACST que ingresaron en la Unidad Coronaria del Hospital Español de Buenos Aires comparado con un grupo control sano con similares características. Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado previo a su inclusión. Las determinaciones de DCFH-DA y CAT se efectuaron en IBIMOL. En saliva se determinaron a t=24 y t=48 hs, EROS por DCFH-DA (Espectrofluorometria, u.a/min mg prot) y CAT (Enzimático, pmol/mg prot); y a las t=6, t=24 y t=48 hs, IL1β (ELISA, pg/ml). En suero, a t=24, TnT (ng/ml). Un protocolo similar fue seguido por el grupo control. Estadística: SPSS 16, t-test de Kolmogorov-Smirnov, coeficiente de correlación de Pearson, α <0.05.

Resultado: Ingresaron 34 pacientes con SCACST y 12 controles sanos. A t=24 y 48hs: DCFH-DA 15.5 ±10.5 y 21.3±15.9 vs 4.4±1.97 (p=0.000) y CAT 0.60±0.41 y 0.81±0.43 vs 0.49±0.25 (p<0.0016). A t=6, 24 y 48hs, IL1β: 206.2±62.7 (a), 194.4±157.0 (a) y 26.6±19.1(b) p<0.01, IL1β a T_{48} 161.1±141.7 (p<0.001). En suero, a t=24, TnT 4.1±2.3. Los coeficientes de correlación fueron entre IL1β vs $DCFH\text{-}DA_{24}$ (r= -0.5192; p=0.0098); IL1β vs CAT_{24} (r=0.4729;p=0.0127) y TnT_{24} vs $DCFH\text{-}DA_{24}$ (r=0.4281; p=0.059).

Conclusiones: En el SCACST, la presencia de IL1β en saliva se correlacionó con el estrés oxidativo. La IL1β ofrecería una vía alternativa de eliminación de EROS con un potencial efecto cardioprotector. El daño miocárdico evidenciado por los niveles de TnT_{24} en suero se correlacionó con la concentración de EROS en saliva. Subsidiado por UBACyTC0001.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-332 / macinucic@hotmail.com

COMPARACIÓN DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVENTOS EN PACIENTES CON BCRD E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Stella Macin[*1], *Mariela Onocko*[1], *Maria L Coronel*[1], *Eduardo Perna*[1], *Guillermo Aristimuño*[1], *Facundo Falcon*[1], *Cyntya Lopez*[1], *Natalia Cristaldo*[1], *Gaston Possi*[1]

[1]Instituto de Cardiología JF Cabral Corrientes, Corrientes, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Evaluar características clínicas y evolución hospitalaria de pacientes con infarto agudo y BCRD.

Material y Método: Ensayo prospectivo, observational, de 328 pacientes consecutivos, admitidos con infarto entre agosto del 2012 a abril del 2014, dentro de 24 hs del inicio de los síntomas, Se evaluó nuevo bloqueo de rama derecha (BCRD), desarrollado en el marco del infarto.

Resultado: Del total de pacientes, 328 con infarto agudo, 9 (2.7%) presentaron BCRD, conformando el grupo I, los restantes el grupo II. Los pacientes del grupo I eran menos dislipidemicos (22.1 vs 53.1%,p=0.04), mas obesos (44.4 vs 19.2, p=0.04), Tenían mas prevalencia de rales al ingreso (15.4 VS 33.3, p=0.02).

Tenían mas complicaciones hospitalarias como fibrilación auricular (33.3 vs 9.4%,p=0.019), asistolia (11.2 vs 1.6%, p=0.035).

El valor medio de TnT a las doce horas fue mayor: 6918±12990 vs 3109±7230, p= 0.037, con menor FE (46.5±15 vs 55.2±2, p=0.012). La mortalidad al alta fue mayor (11.1 vs 3.5%, p=0.029), a pesar de ser intervenidos en similar proporción: CCG (100 vs 92.2, p=0.48) y ATC primaria (42.5 vs 41.8,p=0.54).

Conclusiones: El BCRD es una complicación poco frecuente en el infarto agudo, tiene peor evolución hospitalaria, la angioplastia primaria cambio la evolución de estos pacientes.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-288 / cuneojose@hotmail.com

COMPARACIÓN DE SCORES DE RIESGO Y TROPONINA I EN SCASST PARA PREDECIR PRESENCIA Y SEVERIDAD DE ENFERMEDAD CORONARIA EN UNIDAD CORONARIA

Josefina Cuneo[*1], *Antonio Gentile*[1], *Mario Ciafardoni*[1], *Ciro Carrillo*[1], *Marcos Cicerchia*[1], *Juan Aimasso*[1], *Diego Lambri*[1], *Nestor Vita*[1]

[1]Instituto de Cardiología de Rosario Dr. Luis González Sabathie, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Los Síndromes Coronarios Agudos sin Supradesnivel ST(SCASST) son una entidad que cada vez más frecuentemente se observan en Unidad Coronaria, asociado muchas veces a una severa y extensa enfermedad coronaria y otras, a formas más leves y de mejor evolución. En éste análisis se evaluó la capacidad de predecir enfermedad coronaria acorde a pacientes ingresados con angina IIIB de la clasificación de Braunwald, estratificándose con Score de TIMI, Score de GRACE y presencia o no de valores positivos de Troponina (I).

El SCASST agrupa por exclusión a todos los pacientes con criterios de coronariopatía aguda que no son candidatos a trombolisis o estrategias de reperfusión por ST elevado persistente. Abarca cuadros clínicos diversos y con riesgo muy diferente.

Material y Método: Material y Métodos: Entre 5/11/2012 y 10/11/2013, se analizaron 122 pacientes que ingresaron a Unidad Coronaria con SCASST y fueron derivados a realizar cinecoronariografía, previamente siendo clasificados por los Scores de Riesgo TIMI, Grace y obteniéndose TNI. Se consideró de alto riesgo a aquellos pacientes con Score TIMI > 5, Score Grace > 140 o TNI elevada (mayor o igual a 0.1 ng/ml).

Resultado: Resultados: Se observó que de aquellos pacientes con riesgo moderado a severo por los Scores mencionados, ingresado por SCASST, 122 pacientes fueron cateterizado, de los cuales 24 pacientes resultaron con coronarias sin lesiones significativas(coronarias normales), representando el 20% del total de los pacientes incluidos. De dichos pacientes con coronarias sin lesiones significativas, 8 pacientes tuvieron TNI + (33%), 2 presentaron Score Grace elevado (>140) (0.08%) y 2 presentaron Score TIMI elevado (0.08%). De los pacientes con enfermedad coronaria significativa con indicación de angioplastia (98 pacientes), la TNI + se relaciono 69%, Score Grace > 140 se relacionó en 85% y TIMI > 5 puntos se relaciono 88%.

Conclusiones: Conclusiones: En una población de pacientes de Unidad Coronaria ingresados por SCASST y angina IIIB de la clasificación de Braunwald, el Score de TIMI fue el que mejor predijo presencia y severidad de enfermedad coronaria.(limitación : bajo N de la población estudiada/ estudio retrospectivo).

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-301 / g_aristi@hotmail.com

FACTORES PREDICTORES DE ALTA PRECOZ EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST

Guillermo José Aristimuño[*1], *Pablo Marcelo Aguirre*[1], *Josefina Roldan*[1], *Stella Maris Macin*[1]

[1]Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Determinar las variables que predigan bajo riesgo durante la hospitalización por síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST), de forma de poder otorgar el alta precoz (a las 72 hs) a estos pacientes.

Material y Método: Estudio retrospectivo, unicéntrico. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años hospitalizados en el Instituto de Cardiología de Corrientes en el período 01/01/2014 al 15/01/2015 con diagnóstico de SCACEST que hayan recibido angioplastia (ATC) primaria. Se definió como punto final primario (PFP) a: aparición de complicaciones arrítmicas, mecánicas, isquémicas o insuficiencia cardíaca luego de 48 hs de (la) hospitalización, nefropatía por contraste, sangrado menor o mayor, nueva cinecoronariografía, requerimiento de marcapasos y muerte o rehospitalización a los 30 días. Los pacientes fueron divididos en grupo 1 y 2 de acuerdo a la presencia o ausencia del PFP, respectivamente.

Resultado: Se incluyeron 80 pacientes, 71.3% de sexo masculino, con edad media de 58 ± 9 años, 70% de hipertensión arterial, 37% de dislipidemia, 36.3% de tabaquismo y 30% de diabetes mellitus (DBT). La localización mas frecuente del infarto (IAM) fue la inferior (50.7%), seguida de la anterior (41.3%). El patrón hemodinámico fue Killip-Kimball A en 68.5%, B en 11.3%, C 3.8%, D en 3.8% y ventrículo derecho en 12.5%. La mediana de tiempo síntoma-balón fue 270 ±180 minutos, y de puerta-balón fue 80 ±66 minutos. En las primeras 48hs de hospitalización se observó un 1.3% de fibrilación auricular, 1.3% de taquicardia ventricular no sostenida, 2.5% de angina post infarto de miocardio (APIAM), y 1.3% de muerte. La mediana de estadía hospitalaria fue de 5 ±3 días. El PFP se presentó en 25.3%. Las variables cualitativas que se asociaron con su presencia fueron el antecedente de DBT (47.8 vs 17.3%, p=0.006), la localización anterior (38.7 vs 18.2%, p=0.048) o con compromiso del ventrículo derecho (75 vs 23.9%, p=0.025) del IAM, la presencia de insuficiencia cardíaca (50 vs 17%, p=0.003). A las variables cuantitativas estadísticamente significativas se les realizó un análisis de curva COR y se obtuvo un punto de corte de FC 70 lpm (S 80% - E 35%, AUC 0.62), score Crusade de 23 puntos (S 85% - E 54%, AUC 0.75), sumatoria del ST 10mm (S 80% - E 62%, AUC 0.74), FEy de 40% (S 85%– E 64%, AUC 0.72), GB de 11800 x mm3 (S 80% - E 54%, AUC 0.74) y glucemia de 185 mg/dl (S 70% - E 79%, AUC 0.75). En base a estas variables, se confeccionó un score de riesgo, otorgándose un punto a cada variable. El análisis de curva COR obtuvo un punto de corte de 4 puntos (S 95% - E 67%, AUC 0.91).

Conclusiones: En pacientes hospitalizados con diagnóstico de SCACEST, existen parámetros que permiten estratificar un grupo de bajo riesgo y otorgarles el alta precoz de forma segura.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-392 / paumartinezmangini@gmail.com

SINDROME CORONARIO EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS

Ana Paula Martinez Mangini[1], *Leonardo Alvarez*[2], *Pablo Daniel Mansilla*[2], *Raul Jesús Barcudi*[2], *Alberto Sampaolesi*[2], *Michelle Navia*[1], *Juan Jose De Mateo Rey*[1]
[1]Clínica Universitaria Reina Fabiola, Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Analizar comparativamente las características clínicas, angiograficas y factores de riesgos en pacientes MENORES de 50 años, que cursaron síndrome coronario agudo (SCA).

Material y Método: Pacientes que se presentaron con SCA durante el período entre enero del 2013 a enero de 2015, identificándose a los pacientes menores de 50 años y registrándose sus características clínicas, factores de riego y hallazgos en estudios solicitados.

Criterios de inclusión: Pacientes con síndrome coronario agudo, ya sea angina inestable e infarto agudo de miocardio. Pacientes que acepten la realización de cateterismo. Datos a analizar: 1. Características demográficas. Edad y sexo. 2. Presencia de antecedentes coronarios. Angina e infarto previo, angioplastia y cirugía de bypass coronario. 3. Factores de riesgo coronario. Hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia, consumo de tabaco, ex tabaquismo, diabetes. 4. Procedimientos diagnósticos realizados.

Resultado: La tasa de incidencia de SCA en menores de 50 años fue de 18% respecto a todos los SCA presentandos en el lapso estudiado.

Siendo en su amplia mayoria hombres (82%), con factores de riesgos como estres, sedentarismo, hipertension arterial y antescedentes familiares, los mas recurrentes.

Conclusiones: La enfermedad coronaria, un proceso silente, considerada como la primera causa de muerte en el mundo en personas mayores. Y aunque es sabido, que a partir de los 35 años, la enfermedad coronaria empieza a cobrar protagonismo; ésta no esta bien caracterizada en pacientes menores de 50 años, al ocurrir con menor frecuencia. Sin embargo, los eventos isquémicos protagonizados en dicho régimen etáreo causan sombrías consecuencias ocasionadas a dichas personas y a familiares.

Siendo el factor clave en esta enfermedad la ateroesclerosis, afectando a todas las edades.

Asociada a habitos alimenticios y de vida, donde prepondéra el estrés, el sedentarismo y la carga genética acarriada por dichos pacientes.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-248 / juanjordan7@gmail.com

REGISTRO DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN HOSPITAL PUBLICO

Juan Clementi[1], *Marcos de la Vega*[1], *martín vivas*[1]
[1]Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Conocer las características epidemiológicas de la población con síndrome coronario con elevación del segmento ST, derivados a angioplastia primaria en un Hospital publico y comparar los datos de registros nacionales e internacionales.

Material y Método: Se trata de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

Se extrajeron los datos de los pacientes derivados a Angioplastia Primaria de la base de datos del servicio de hemodinamia. Se analizaron las historias clínicas con una planilla de recolección de datos. Ingresaron todos los pacientes con Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST derivados a Angioplastia primaria que ingresaron en el período enero de 2008-hasta diciembre del 2009 (24 meses). Se registró la edad, sexo, antecedente de diabetes, clasificación killip kimball al ingreso, tiempo puerta-balón, antecedentes de infarto previo, localización del infarto, utilización de inhibidores de glicoproteina IIb/IIIa, incidencia de lesiones de multiples vasos, flujo TIMI pre angioplastia, éxito angiografico postprocedimiento, necesidad de cirugia de urgencia, días de permanencia hospitalaria y mortalidad intrahospitalaria. Para el analiisis estadístico de los datos se utilizó promedio como medida de centralización y desvió estandar como medida de dispersión.

Resultado: Se registraron un total de 35 pacientes en dicho periodo. La edad de presentación se encontró un promedio de 55,90 +/- 7,89 años. Sexo masculino representó un 88,57%. Incidencia de diabetes en el grupo estudiado fue del 20%. El 34,28% de los pacientes tenia antecedentes de infarto previo. El 34,28% tenían signos clinicos de insuficiencia cardiaca al ingreso. En un 28,57% de los casos se trató de infarto de cara anterior. El tiempo puerta balón fue de 100,18 +/- 80 min. Porcentaje de lesiones de multiples vasos fue 45,71%.En ningún caso hubo necesidad de cirugia de urgencia. En el 100% de los casos se implantó stent metálico. Flujo TIMI 3 al ingreso: 8,57% y el éxito angiografico postprocedimiento fue de 85,71%. En el 100% de los pacientes se utilizó aspirina y clopidogrel y la utilización de inhibidores de glicoproteina IIb/IIIa fue del 22,85%. Dias de internacion fue de 5,78 +/- 3,72%. La mortalidad evaluada a 30 dias fue de 5,71%.

Conclusiones: Encontramos una población más joven, con mayor proporción de hombres sobre mujeres que en los registros nacionales e internacionales. En relación al uso de inhibidores de glicoproteina IIb/IIIa, la cifra fue comparable con otros registros anteriormente publicados. La mortalidad fue comparable a la de los registros publicados anteriormente tanto a nivel nacional como internacional. Si bien el número total de pacientes analizados puede interpretarse como una limitación, el objetivo planteado al comienzo del trabajo pudo cumplirse.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-369 / martiramirez1985.mr@gmail.com

DISECCION ESPONTANEA DE ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR COMO CAUSA DE INFARTO ANTERIOR EXTENSO. REPORTE DE UN CASO

Martina Ramirez[1], *Miguel Angel Larribau*[1], *Nicolas Federico Renna*[1], *Pablo Bernasconi*[1], *Roberto Welti*[1], *Alfredo Astesiano*[1]
[1]Hospital Español de Mendoza, mendoza, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Reportar un caso de IAM complicado con shock cardiogénico.

Material y Método: Paciente (P) de 55 años, femenino, hipertensa, obesa, multípara, con síndrome depresivo y fibromialgia que consulta por mareos y disnea de reposo de 2 horas de evolución. Presentó muerte súbita (Fibrilación Ventricular). Se inicia resucitación cardiopulmonar (RCP) y es derivada a centro de mayor complejidad. Se diagnostica IAM ST Killip Kimball IV. Se realiza Cinecoronariografía (CCG) en asistencia respiratoria mecanica. Se evidencio disección de arteria Descendente Anterior (DA), sin otras lesiones asociadas. Se realiza angioplastia de DA con implante de 5 stents con exito angiografico. Pasa a Unidad Coronaria en shock cardiogénico y fallo multiorgánico. Ecocardiograma reveló deterioro severo de función sistólica del ventrículo izquierdo fracción de eyección (Fey) 28%.

Resultado: Durante la internación presentó múltiples intercurrencias infecciosas, con evolución desfavorable y weaning dificultoso por lo cual se derivó a unidad de terapia intensiva el día 14 con mejoría de la Fey (58%). Tras controlar cuadro infeccioso se derivó a institucion de rehabilitacion.

Conclusiones: 1) Se presenta un caso de disección espontánea de la arteria DA como causa de infarto agudo de miocardio (IAM).

2) Es importante considerar el diagnostico en P jovenes sin factores de riesgo

3) El tratamiento de esta entidad depende del cuadro clinico, en el caso en cuestion requirió revascularización con stents debido a encontrarse en infarto agudo de miocardio en curso con descompensación hemodinámica.

7. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS, CUIDADOS CARDÍACOS AGUDOS

FAC2015-417 / scaragraciela@hotmail.com

DATOS EPIDEMIOLOGÍCOS Y CARACTERISTICAS DE LAS LESIONES CORONARIAS EN SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACION DEL SEGMENTO ST

Graciela Scaro[1], *Daniela Roguier*[1], *Martin Bonamino*[1], *Rodolfo Sarjanovich*[1], *Marcos De la Vega*[1], *Gustavo Pessah*[1], *Luis Guzman*[1]
[1]Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Introduccion:Las enfermedades cardiovasculares (ECV) es la 1° causa de morbimortalidad. El Sindrome Coronario Agudo con Elevación del ST(SCACEST) es parte de la Enfermedad Coronaria(EC). La angioplastia (ATC) primaria (1°) o trombolíticos (TBL) son los tratamientos de elección. El objetivo en la ATC 1° es un tiempo (T°) «puerta-balón» de ≤ 60' El retraso entre el inicio de los síntomas y la terapia de reperfusión (TR) el (T° isquémico total), que debe reducirse todo lo posible. El retraso entre el primer contacto médico y la TR «retraso del sistema», puede modificarse con organización. Otras variables que influyen en la Mortalidad (Mt) son: edad, Killip (KK), retraso en el Tratamiento (Tm), tipo de Tm., infarto previo (IAM), diabetes (DBT), Insuficiencia Renal Crónica (IRC), coronarias afectadas, fracción de eyección (FEY) y tratamiento coadyuvante.

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas, hallazgos angiográficos y T° de comienzo de los síntomas a la Sala de Hemodinamia (SH), en paciente (pte) que ingresan con diagnóstico de SCACEST

Material y Método: Estudio descriptivo, retrospectivo de tipo transversal, sobre ptes ingresados con SCACEST al servicio de octubre 2011 a enero 2015. Se extrajeron datos sobre edad, sexo, ECV, factores de riesgo (FR) EC y KK al ingreso. Datos del procedimiento (arteria culpable (AC), T° dolor-Gd/ Servicio de Emergencia (SEM), T° dolor-sala, y flujo TIMI post ATC).

Resultado: Ingresaron 180ptes, hombres 89,44%, >65 a 22%. DBT 23.8% (95.3% no insulinorequirientes), Dislipemicos 43.33%, HTA 59.44%, IMC > 25 68,75%, IRC 2,22%, Heredofamiliares 16,66%, Tabaquismo 76.11%, (50% tabaquistas activos). IAM previo 15%, TAC previa 9,44%, Cirugía Revascularización miocárdica (CRM) previa 2.22%, uso de AAS 19.44%. KK1 77,7%, KK2 12,2%, KK3 2,77% y KK4 5,55%. Lesión de 1 vaso (v) 68,33%, 2v 17,22% y 3v 10,55%.Descendente anterior (DA) 48,3%, Coronaria derecha (CD) 30%, y Circunfleja (CX) 6,66%, DA+CD: 1,11%; Diagonal (DX) 1,11% DA+CX+DX 0,55%, puentes arteriales (lima a DA+ rima a DX) 0,55%. T°de inicio del dolor a la SH de 5,5 horas (hs). T° promedio dolor Gd/SEM 2,44 hs, T° ingreso Hospital a SH 1,6 h. ATC con stent a 155 p (86%), flujo TIMI "3"el 77.7%, TIMI "2/3" el 0.55%, TIMI "2" el 7.22%, TIMI "1" el 0.55% y TIMI "0" el 2.77%.

Conclusiones: Hay más adultos jóvenes (<65 años), el TBQ, la obesidad y la HTA son los FR predominantes. Prevalecen lesiones de 1v, (predominio de DA) Hay un retraso entre el inicio del dolor y el contacto médico, que aumentó notablemente el T° dolor a la llegada a la SH, afectando los resultados post ATC (flujo timi 3 en el 78%).

8. SESIONES ESPECIALES

FAC2015-307 / luquitale@hotmail.com

EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD HIPOCOLESTEROLÉMICA DE INFUSIONES DE MUÉRDAGO CRIOLLO O LIGARIA CUNEIFOLIA EN PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR

Mariana Ferrero[1], Diego crosetti[1], Svetaz María José[2], Marcelo Wagner[3], Lorena Scaglione[4], Jacquelin Petrucci[4], Juan Beloscar[4], Cristina Carnovale[5], Alejandra Luquita[1]

[1]Cátedra de Física Biológica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario, [2]Laboratorio Central delHospital Provincial del Centenario, Santa Fe., Rosario, [3]Cátedra de Farmacobotánica, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Universidad de Buenos Aires, Argentina., CABA, [4]Servicio de Cardiología del Hospital Provincial del Centenario Rosario, [5]Departamento de Ciencias Fisiológicas, Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, Universidad Nacional de Rosario, Instituto de Fisiología Experimental (IFISE)-CONICET, Rosario, Argentina

Tópico: Investigación clínica

Objetivo: Ligaria cuneifolia (R. et P.) Tiegh. –Loranthaceae- (muérdago criollo) (Lc) se utiliza en medicina popular "para producir aumento de la fluidez de la sangre y disminución del colesterol plasmático".

Objetivo: Analizar el efecto de la ingesta de infusiones del extracto acuoso de hojas y tallos de Lc, sobre los niveles plasmáticos de colesterol, fluidez de la sangre y funcionalismo hepático (FH) en pacientes con riesgo cardiovascular y colesterol sérico mayor a 200 mgr/dl.

Material y Método: Se estudian pacientes (edad: 50 ± 15 años) que asisten al consultorio externo del Servicio de Cardiología del Hospital Centenario para control ambulatorio. Previo consentimiento escrito, se les extrajo sangre para las determinaciones basales (B). Se les entregó sobres (2,6 gr c/u) de extracto liofilizado de Lc, para disolver en 100 ml de agua potable caliente (infusión 5%), que ingirieron tres veces/semana, durante 1 mes. Ese día se les extrajo sangre para las determinaciones post-tratamiento con Lc (TLc). Se estudiaron 3 mujeres (M) y 1 varón (V). Se determinaron: Co (método enzimático), CoHDL y CoLDL en plasma (mg%); viscosidad sanguínea (VS) y plasmática (viscosímetro rotacional, 37°C) y por cálculo VS relativa estandarizada a hematocrito del 45% (VSrs): Fosfatasa Alcalina (ALP), Alanino aminotransferasa (GPT) y Aspartato aminotransferasa (GOT) por métodos cinéticos (UI/l)

Resultado: Resultados: (media ± ES) Co: B: M1: 257, M2: 260, M3: 224, V: 239; TLc: M1: 243, M2: 237, M3: 216 ,V: 208. Co HDL: B: M1: 63, M2: 68, M3: 64, V:44; TLc M1: 66, M2: 62, M3: 69 ,V: 43. CoLDL: B: M1:178, M2: 181,M3:138 ,V:152 ; TLc: M1:167, M2:153,M3:139,V:132.VSrs: B: M1:4,11, M2:2,98, M3:3,27,V:5,49; TLc: M1:3,75, M2:3,24, M3: 3,28,V:5,80 ALP: B: M1:49, M2: 49, M3:64,V:67 ; TLc: M1:50, M2:52, M3: 63,V:65. GOT: B: M1:17, M2:15, M3:15,V:21; TLc: M1:17, M2:17, M3:17,V:23;GPT: B: M1:15, M2:15, M3:13,V:38 ; TLc: M1:17, M2:13, M3:16,V: 33. Índice de Castelli (IC = Co/ Co HDL): B: M1:4,08, M2:3,82, M3:3,5, V:5,43; TLc: M1:3,68, M2:3,82, M3:3,13,V: 4,84.

Conclusiones: En los pacientes estudiados, Lc produce un descenso de Co y CoLDL, sin promover alteraciones en Co HDL, VSrs ni FH. La disminución del IC indicaría menor riesgo de enfermedad coronaria.

8. SESIONES ESPECIALES

FAC2015-214 / osoldano@fibertel.com.ar

PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES Y ANTECEDENTES HEREDITARIOS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ALUMNOS DE MEDICINA

Norberteo David Bassan[1], Oraldo Roddy Francisco Soldano[1], Cristina Mónaco[1], Miguel Vinuesa[1], Diogo da Silva Prada[1]

[1]Universidad Abierta Interamericana, Rosario, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: La salud de los alumnos es uno de los factores que influye en su rendimiento académico, en el desgranamiento y la deserción.

Con el objetivo de conocer las patologías cardiovasculares y los antecedentes hereditarios de hipertensión arterial de nuestros alumnos se encuestaron en forma anónima y voluntaria a 275 alumnos (104 varones y 171 mujeres) de los 6 años de la carrera.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 15.0.

Presentaron patologías cardiovasculares 13 de 275, 4.7%. Varones 7 de 104, 6.7%; mujeres 6 de 171, 3.5%.

Las patologías son: taquicardia 8, 61.5%; hipertensión 3, 23,1%; hipotensión 2, 15.4%; soplo 2, 15.4%.

Presentan antecedentes de hipertensión arterial 191, 69.45% alumnos de 275. Varones 73, 70.19%; mujeres 118, 69.00%.

Sólo 15 alumnos del total encuestado se realizan controles cardiológico periódicos.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Se concluye la importancia de ofrecer, por parte de la Facultad, asesoramiento a los alumnos con patologías e incrementar las acciones de promoción y prevención para todos los alumnos.

Material y Método: Se encuestaron en forma anónima y voluntaria a 275 alumnos (104 varones y 171 mujeres) de los 6 años de la carrera.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 15.0.

Resultado: Presentaron patologías cardiovasculares 13 de 275, 4.7%. Varones 7 de 104, 6.7%; mujeres 6 de 171, 3.5%.

Las patologías son: taquicardia 8, 61.5%; hipertensión 3, 23,1%; hipotensión 2, 15.4%; soplo 2, 15.4%.

Presentan antecedentes de hipertensión arterial 191, 69.45% alumnos de 275. Varones 73, 70.19%; mujeres 118, 69.00%.

Sólo 15 alumnos del total encuestado se realizan controles cardiológico periódicos.

Conclusiones: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Se concluye la importancia de ofrecer, por parte de la Facultad, asesoramiento a los alumnos con patologías e incrementar las acciones de promoción y prevención para todos los alumnos.

8. SESIONES ESPECIALES

FAC2015-109 / agustina_mi@hotmail.com

VASOPLEJÍA POR ANTAGONISTAS CÁLCICOS. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

María A. Miragaya[1], Mariana Miserendino[1], Matias Marin[1], Natalia Gilpin[1]

[1]Instituto Medico Río Cuarto, Río Cuarto, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Realizar una revisión bibliográfica a partir de un caso clínico de un paciente con diagnóstico de shock cardiogénico, secundario a intoxicación por antagonistas cálcicos.

Material y Método: Material y Método: Paciente masculino de 76 años, hipertenso, dislipémico, extabaquista, con

diagnóstico reciente de fibrilación auricular paroxística; medicado para control de frecuencia y anticoagulación. Consulta por astenia, debilidad y edemas en miembros inferiores, se realizó ajuste de medicación incorporando diuréticos y antagonistas cálcicos (ACA). Asiste a guardia por profundización de síntomas y disnea progresiva clase funcional III, constatándose hipoperfusión periférica, hipotensión arterial refractaria a volumen, desaturación y depresión del sensorio. Se realizaron métodos complementarios descartándose shock hipovolémico, cardiogénico y séptico. Ingresa a unidad coronaria, se suspende medicación y se administran vasopresores, logrando mejoría clínico-hemodinámica a las 72hs. Se interpretó el cuadro shock vasopléjico por intoxicación farmacológica.

Resultado: El caso presentado se suma a los pocos publicados en la literatura mundial sobre las manifestaciones graves con compromiso hemodinámico por el uso de ACA y betabloqueantes, de la cual no hay datos en nuestro país. Los ACA ejercen su toxicidad mediante una exageración de su mecanismo de acción, por bloqueo de los canales del calcio tipo L en las células del músculo cardíaco y liso, generando crono-dromo e inotropismo negativo y vasodilatación arterial, traduciéndose como hipotensión arterial y shock vasopléjico. El diagnóstico es clínico. El tratamiento propuesto actualmente se basa en reporte de casos; consiste en la suspensión inmediata del fármaco, medidas de soporte y descontaminación. La administración de calcio es una opción terapéutica ante la urgencia, aunque poco usada por la escasa frecuencia de casos graves.

Conclusiones: La intoxicación por ACA es una patología de la que se conoce poco y cada vez más frecuente por la generalización de su uso, por lo que es importante considerarla, ya que el diagnóstico precoz y la implementación temprana de medidas de sostén y detoxificación son fundamentales para evitar complicaciones y mejorar el pronóstico.

8. SESIONES ESPECIALES

FAC2015-133 / lulytamata@hotmail.com

HIPERTENSION PULMONAR PRIMARIA ASOCIADA A CARDIOPATIA CONGENITA

Lucrecia Mata[1], oscar saravalli[2], Maria teresa Bonini[2], Romina Ojeda[1], Anibal Gentiletti[2], Ines Balducci[1] and Maria Lujan Barrios, Nadia Scarabino

[1]Hospital de niños Victor j Vilela, Rosario, Argentina

Tópico: Ciencias básicas

Objetivo: Cardiopatias conhenias. hipertension pulmonar.

Material y Método: La hipertension pulmonar progresiva es una enfermedad rara pero muy deleterea, con una sobrevida media de 2,8 años, familiar o esporadica, idiopatica. paciente de 4 años, con fallo de medro, que debuta con cuardo de broncoespasmo y crisis de cianosis. al examen cv: saturometria de 75%, VD palapable e hiperdinamico, segundo ruido desdoblado fijo, hiperfonetico a expensas del componente pulmonar, soplo eyectivo pulmonar. ecg con eje y sobrecaga derecha. Rx de torax: ramas pulmonares y tronco dilatados con escaso flujo periferico. Ecocardiograma: comunicacion interventricular de tipo seno venosos amplia con gran dilatacion de cavidades derechas. hipertension pulmonar a niveles sistemicos. Cateterismo: hipertension pulmonar severa sin respuesta a hiperoxia. Arbol pulmonar tortuosos y dilatado. La paciente es avaluada por servicios de neumonologia e inmunologia. estudios inmunologicos normales. Test del sudor negativo. Test de la marcha alterado. TAC de torax sin lesiones en parenquima pulmonar. Se indica sildenafil a 2 mg por kg asumiendose como hipertension pulmonar primaria en paciente con cardiopatia congenita.

Resultado: La paciente es reevaluada luego de 3 meses con tratamiento con sildenafil, no ha vuelto a repetir episodio de cianosis y la minima saturacion obtenida es de 88% post ejercicio. Se repiten estudios complementarios: Rx de torax: con disminucion de tronco de Arteria pulmonar y ecocardiograma con disminucion de las presiones pulmonares al 50% (45 mmhg) con disminucion de los diametros de ventriculo derecho. mejoria en test de la marcha. saturometria en repososo 92 a 94%

Conclusiones: cardiopatias congenitas como la comunicacion interauricular pueden estar asociadas a hipertension pulmonar sin ser causantes de dicha entidad. el tratamiento con sildenafil mejora parcialmente la cifras de presion pulmonar obliterativa y mejorar la clínica y saturometria del paciente, que si persiste en el tiempo, permite corregir la cardiopatia asociada.

Listado de Temas Libres por autores. Congreso 2015

A. Brandão C. Manuel	P6-213
Abbate Laura Yamel	P3-149
Abello Mauricio S	OPB-010,O4-035
Absi Daniel Oscar	P5-165,O5-045, O3-029
Acebal Florencia	P5-174
Ackerman Judith	P3-138
Acunzo Rafael	O1-017, P3-124
Acuña Luciano	P2-110
Acuña Matias	P2-105
Ago Maximiliano	P6-219
Agudiak Sebastián	P6-230
Aguero Andrea	P7-243
Aguilera Maria	P5-164
Aguirre Pablo Marcelo	P1-088, P6-220, O4-037, P7-248
Aguirre Pablo	P4-157
Agustin Torchia	P2-112
Aimasso Juan Pablo	O8-060,PP-073, P1-079,PP-068
Aimasso Juan	P7-246
Aimone Daniel	P2-112
Aldasoro Armando	P6-193, P6-179, P6-231
Alderete Rodrigo	P5-169
Alfonso F	O8-061
Allende Guillermo	O2-027, PP-070
Allevato Jose	P2-111
Almiron Luis Ivan	P6-220, O4-037
Almiron Luis	P7-234
Altamirano Facundo	O7-054
Alvarez Omar Dario	P6-229, P6-220
Alvarez Juan Pablo	P7-235, P7-242, P5-176
Alvarez Leonardo	P5-163, O7-056, P7-249
Alvarez Omar	P6-189
Alvarez E	P7-245
Alves Diego Mariano	P3-145
Ameriso Jose	P6-187
Amicone Sebastian	P3-132
Amor Miguel	P3-124, O1-017
Ana Burgoa	P2-118
Anauch Daniel	P6-201, P6-211
Andreotti Marcelo	P5-164
Andres María Sol	O3-030
Andujar Graciela	P5-164
Anoni Maria Del Pilar	P3-141
Antonetti Matías	O5-043
Antonietta Camila	P4-160
Apelbaum Gloria	P5-169
Aramberry Luciano	P6-200
Aramburu Carlos	P6-225, P6-230, PP-066
Arancibia Ivanna Elisa	O5-044, P5-171
Aranda Camila	O7-057
Araujo Maribe	P2-112
Argemi Rubén	P2-108, O2-025
Arias Viviana	O2-027, OPR-015, PP-070
Aristimuño Guillermo	P6-189,P7-241, P7-247, P7-234, O7-057, P7-248
Arregui Victor	P2-108,P1-097,P1-094,P1-083, O1-019
Arroyo Ulises	O3-031
Arrupe Matias	P6-212
Astesiano Alfredo	P1-099,P7-251
Avayu Daniel	P1-076
Avegliano Gustavo	O3-030, OPC-004
Avilar Cristian	P5-169
Bacigalupe Juan	O7-055
Badaracco Maria Elvira	O3-033
Badino Ezequiel	O8-063
Badr Juan	P1-083
Baez Julio	O5-044
Báez A	O8-061
Bagnera Fernando	O6-048,P6-178
Bahamonde Luis Alberto	P6-196,P6-188, P6-197, P6-208
Baigorria Ariel	P6-212, P6-223
Bajeneta Leandro Daniel	P3-121
Balducci Ines	P8-256
Balestrini Carlos	O8-058
Balestrini Sebastian	P7-243
Bangher M. Del Carmen	O3-033
Barat Martin	O2-025
Barcelo Andrea	PP-072
Barcudi Raul	P5-163, PP-064, O7-056
Barcudi Raul Jesús	P7-249
Bareiro Renzo Gaston	P3-147,P3-142,P3-152
Barrera Eduardo	P5-169
Barrio Eduardo	P6-191, P6-205
Barrios Eduardo	P6-227
Barrios Perla	O7-053
Barrios Perla Ines	O4-039, O4-038
Bas Norton Carolina	PP-065, O1-016
Bassan Norberteo David	P8-255
Bauk Oscar	O5-044
Baumgartner Roberto	P2-115
Bazan Eugenia	P3-138
Bazan Yanina	O8-060
Bazan Carolina	O3-028
Bazán C	O8-061
Bellunghi Maria Sol	PP-068
Beloscar Juan	P2-104, OPC-002, O8-062, P8-253, P3-122
Beloscar Laura	O1-018
Beltrano Cecilia	P1-097
Benjamín Mónica	OPB-010,O4-035
Bernasconi Pablo	P6-181
Bértola Diego	P2-102
Bertola Compagnucci Agustina	P3-122
Bertolotti A. Mario	P5-165, O5-045, O3-029
Bertolotti Francisco	P5-170
Biancolini Julio	P3-138
Biancolini M. Fernanda	P3-138
Bilancieri Flavia	OPR-014,O6-051
Billordo Cesar	P7-234
Blanchet Josefina	P6-189
Blanchet Maria Josefina	P1-088,P6-220
Blanco Virginia Judith	P3-136
Blasco Romina	O3-028
Bleiz Jorge	P3-154
Bobadilla Julio Leandro	P3-149
Bocian Jorge	P2-112
Bolacandro Nahuel	P1-094
Bonacina Javier	OPB-010,O4-035
Bonamino Martin	P7-252
Bonelli Juan Manuel	P1-085,P1-092
Bonelli Sica J. Manuel	O1-020
Bonini Maria Teresa	P8-256,P6-210
Bono Julio Oscar	P7-239,P6-206
Bontempi Iván	OPC-001
Borchert Luciano	P2-118
Borgatta Marianela	P3-150
Boro Puig Luiz	P6-204,P6-226
Borracci Raúl	P6-188,P6-196, P6-197,P6-208
Bortman Guillermo	P1-098
Bottasso Oscar	OPC-001,O8-062
Bozza Arturo	P5-170,P3-132
Brenzoni Noelia	P6-194
Bretal Raul	P6-198,P6-203
Broda Diego Sebastian	P7-242,P5-176
Browne Leonardo	O8-063
Buchanan J. Alejandro	P1-095,P1-078, P1-077,P1-081
Bueno German	P6-216
Bujedo Jose Alejandro	P1-078,P1-095, P1-077,P1-081
Buniva Ma. Celeste	P3-155
Burgos Claudio	P1-098
Burguener Déborath María Celeste	P3-147
Caamaño Brenda Ivonne	P3-136
Caballero Gustavo	P7-243
Cabrera Maria Jose	P7-239
Cacciaguerra Gómez, Jose Abelardo	P6-218
Cacheda Horacio	P6-220
Calafell Luis Alberto	P2-115, P2-114
Calderon Adriana	O1-021
Calenta Cristian	PP-071
Cali Leonel	P5-173
Calza Yanina	O3-033
Camerini Daniel	P7-237
Camilletti Jorge	P1-097,P1-094, P1-083,P1-082, P6-207,O1-019,PP-066
Cammarata Leandro	P6-219
Canllo Francisco	P6-214
Cañarte Gonzalo	P6-179,P6-193,P6-231
Caponi Gaspar	P6-227,P6-191,P6-205
Caram Nicolas Pierre	P3-121
Carauni Ana Lisa	P3-133
Carballo Alba	P2-100,P2-106
Carbó Sabrina	P3-125
Cardona Marcelo	OPR-013
Cardozo Miguel	P4-159
Carnero Guillermo	O4-034
Carnovale Cristina	P8-253
Carolo Hernan	P6-203
Carranza Alvaro	P7-239,OPR-011, OPR-012
Carrillo Ciro	O8-060,PP-073, P1-079, P7-246, PP-068
Carrizo Alvaro	P1-090
Carro Natalia	P2-110
Cartasegna Luis	P1-094
Casabe Horacio	OPC-003
Casado Javier	P3-151
Caso Cecilia	P3-119,P3-134, P5-170,P3-132
Casse Virginia	P3-123
Castillo Castellón F.	P1-085
Castro Luis	P1-083,O2-025
Castro Marcos	P3-156
Castro Florencia	OPC-004
Cavalie Dario	P7-237
Celada Javier	P6-221
Centurión Brítez M. De Los Angeles	P3-133,P3-143
Cerezo Gustavo	P2-107
Ceruti Maria Jose	OPC-002
Chadi Raul	P2-110
Chain Molina A. Sergio	P4-161,OPB-006
Chattich Natalia Mariel	O4-037
Chavez Pia	O3-033
Chavez Caballero R. D.	P3-125
Cherro Alejandro	P6-188,P6-196, P6-197,P6-208
Chiarini Fernando	O6-050
Chichizola Nicolas	P6-219
Chuequel Cesar	P2-112
Ciafardoni Mario	P7-246
Cian Damevin Mateo	P5-172,P5-167
Cibaleiro Mariano	P1-076
Cicerchia Marcos	PP-073,P1-079, PP-068,P7-246

Listado de Temas Libres por autores. Congreso 2015

Cigala Jesica	P2-118
Cigalini Claudio	P6-195,P6-181, P6-186,P6-217
Cigalini María Belén	P1-092,OPR-013, P6-195,P6-181
Cigalini Maria Belén	P6-217
Címbaro Canella Pablo	O5-041,P5-166, O5-042, P1-088,PP-075
Cisarchia Marcos	O8-060
Clavero Matías Horacio	OPR-012,OPR-011
Clementi Juan	P7-250
Co Adriana	P5-174
Coimbra Aramayo Marlen	P3-156
Collante Maximiliano	P1-088
Colombo Sofia	OPR-014
Colque Fidel	OPC-003,O4-034
Colque Roberto	PP-075
Comisario Rafael Matias	O4-039,O4-038,O7-053
Conci Eduardo	O8-058,P7-243
Contreras Alejandro	P3-123
Cooke Roberto	P6-206
Córdoba Roque	P6-206
Cordova Maribel	P5-168
Cornejo Jaime	P3-138
Cornejo Daniela	P3-151
Coronel Maria	P7-236
Coronel Lorena	O5-041,P5-166, O5-042,P7-240
Coronel Maria Lorena	PP-075,P7-241, P7-247, P7-234,O7-057
Corradi Victoria	P3-154
Corral Pablo	P2-109
Corvalan Pedro	P6-219
Coscia Esteban	P5-163
Cossio Maria	P3-150
Cossutta Ramiro	PP-064
Costantini Ricardo	P6-184, P6-194, P6-215
Courtis Javier	PP-064
Coymbra Marlen	P6-228
Cozzari Jennifer	P6-223,P6-212
Cristaldo Natalia	P5-166,P7-241, P7-247,P7-240
Crosetti Diego	P8-253
Crottogini Alberto	P7-233
Cuadra Sanz Manuel	P1-084
Cuello M	O8-061
Cuevas Francisco	P1-090
Cuneo Carlos	P2-112
Cuneo Josefina	P7-246,PP-068
Curzel Federico	P3-144
D Amico Celeste	O4-034
D Arrigo Mabel	OPC-002
D'Elias Rafael	P7-239
Da Riva Emmanuel	P6-181
Da Silva Prada Diogo	P8-255
Dabrowski S. P. Adrian	P7-232
Daghero Fernando José	OPR-011,OPR-012
Dalla Fontana M. Clara	P3-128
Dallan Luis Alberto	P6-204
Dallo Matias	PP-072
D'amico Andrés Eduardo	P3-128
Damonte Anibal	O6-048,P6-178,O6-051
Damsky Barbosa J. Maria	P3-138,P1-089
Daniela Arnedo	P3-150
Dávila Ariana	P3-122
De Abreu Maximiliano	O7-055,P7-238,O7-052
De Almeida Brandao Carlos Manuel	P6-183
De Cerchio Alejandro	P2-107
De Dios Ana Maria	P3-138,P1-089
De Iraola Ana	P3-144
De La Fuente Elisa	P6-212,P6-223
De La Vega M. Fernando	O6-050,P7-250, P6-214,P7-252
De Mateo Rey J. Jose	P7-249,P6-211,O7-056
De Roia Gabriela	O2-022
De Tournemine Susana	P6-220
Defeo Magdalena	P2-101,P2-105, O1-019,P4-158
Deganutto Romina	OPR-013, P6-195,P6-217
Del Sueldo Mildren	P2-107
Delez Laura	P2-101,P2-105
Delisle Rodriguez Denis	P1-084
Dellamea Silvana Del Rosario	P3-142
Descalzi Valeria	P5-165
Descalzo Amalia	P6-188,P6-196, P6-197,P6-208
Dettbarn Agustin	P3-132
Dianda Daniela	P6-217,P6-181,P6-186
Diangelo Silvano	P4-160
Diaz Roberto	P6-179,P6-193,P6-231
Diaz Carlos Javier	P5-175
Diaz Perera Rodrigo	O3-031
Diez Emiliano	OPB-008
Diodato Luis	P6-187
Diviani Romina	OPC-002
Dogliotti Ariel	P6-187,P5-167
Doiny David	OPB-010,O4-035
Dominguez J. Manuel	P4-160
Dominguez Ovik Agustina	OPB-009
Donadi Andres	P1-099
Dos Reis Carlos	P6-224
Dumont Dunayevich Carlos	P1-092,OPR-013
Duran Luciana	P6-187
Duran Fabiana	P6-187,P5-172,P5-167
Dzembrowski Leonel	P1-076
Echazarreta Diego Federico	P3-134,P1-086, P3-146,P1-091, P1-096,P5-170
Echazarreta Diego	P3-126,P5-173, PP-075,P3-132
Echazarreta Diego Andres	P7-235,P1-093
Echeverria Maria Ines	O1-021
Egues Rodrigo	P3-154
Elizari Amalia	O4-035,OPB-010
Elliff Ignacio	O1-019,P6-203
Erbetta Adriana	PP-069
Erriest Juan	P1-097,P1-094, P1-083,P1-082, P6-207,O1-019,PP-066
Escalante Juan Pablo	P5-167,P5-172
Escarain María Carolina	O6-046,O6-047
Escobar Victor	O7-053
Escobar Victor Claudio	O4-039,O4-038
Escudero Marta	P6-212,P6-223
Escudero Teresa	O3-032
Espinosa Angel Vicente	P3-137,O1-017,P3-124
Esteban Eduardo	P2-112
Esteybar Damiani Nicolás	P6-180
Evans Matilde	P2-114,P5-173
Faccio Fernando	PP-069
Fajre Luis	OPB-007
Falcón Facundo Nicolás	O4-037,O5-041, P1-088, P7-241,P7-247,P7-240
Faliva Gianina	P1-091,P3-120,P3-135
Farias Mariela	O4-036,P6-221
Farias Carolina	O6-050
Farrando Martin	P6-223
Fassano Nicolás	PP-070
Fassi Maria Elena	O6-050
Fava Carlos	P6-227,P6-191,P6-205
Favaloro Roberto René	O6-046,O6-047, P5-165, O5-045,O3-029
Favaloro Liliana Ethel	P5-165,O5-045, O3-029,OPC-003
Feldman Gabriela	P4-161,OPB-006, OPB-007
Feltri Adriana	P2-111
Fernandez Adrian	OPC-003
Fernandez Sheila	P6-189
Fernandez Juan Ignacio	P7-232
Fernandez Jorge Rodrigo	P7-239,OPR-012
Fernandez Eva Griselda	O4-039,O4-038
Fernandez Delfina	P4-159
Fernández Eva	O7-053
Fernández Rostello E	P3-127,P3-120,P3-135
Ferreira Lisboa L. Augusto	P6-226,P6-204,P6-202
Ferreiro Maria Elena	O3-032
Ferrer Ricardo	P1-087,P4-160, OPR-014, O1-018, P6-187, O7-054, P5-172
Ferrero Gabriel	P6-214
Ferrero Mariana	P8-253
Ferro Eduardo	P4-159
Figueredo Tania Ivone	P3-149
Finquelstein Carlos	PP-065,O1-016
Finucci Curi Baltasar	P5-174
Fiorito Fabian	P6-187
Fiorucci Martin	P5-169
Flaherty Patricio	P5-173
Flores Claudio	PP-065,O1-016
Flores Roberto Antonio	P2-113
Flores Juan Paul	O1-017,P3-124
Fontana Goy Jimena	P3-145
Forcada Pedro	P2-107
Foressi Florencia	OPR-013,P6-195, P6-217
Fortuna Laura	P6-206
Franchi Victor M. De Jesus	O5-040,P5-177
Freilij Héctor	O1-017,P3-124
Friedman S	P7-245
Froimovich Clara	P1-076
G. Stolf. Noedir A.	P6-213,P6-202
Gagliardone A. Gabriel	P3-139,P3-143
Galiano Juan Martín	OPR-013,P6-195
Galiano Martín	P6-217
Galizio Nestor	OPC-003,O4-034
Gallego Heras Francisco	P2-103
Gallucci Eduardo	P2-111
Gamboa Paul	P6-227,P6-191, P6-190,P6-205
Gamboa Ricardo	P3-141,PP-067
Garcia Evangelina	P3-153
Garcia Frida	P2-118
Garcia Brasca Daniela	PP-075,O5-044,P5-171
García Zamora Sebastián	P2-102
Garguichevich Jorge	OPR-013
Garobbio Sabina	P3-154
Garófalo Diego	P1-092
Gaspar S. Alejandro	P3-133
Gaston Debora	P6-224
Gavilan Luis	O8-059
Gentile Antonio	P7-246
Gentiletti Aníbal	P6-210,P8-256,P6-200
Gerard Micaela	P3-147,P3-152, P3-140,P3-131
Gerardo Luis	PP-072
Geronés Maria Marta	O5-043,O3-031
Gerrard Gabriela	OPC-002
Ghiglione Guadalupe	P6-221,P3-128
Giachello Federico	P6-225,P6-198, P1-082, P6-203,P6-207
Giacomi Guillermo	P5-168
Giacomo Manuel	P3-119,P3-132
Gigena Adriana	P3-156,P5-171
Gilpin Natalia	P8-254,O2-026
Gimenez Luisa	P2-110
Gimenez Claudio	O4-039,O4-038

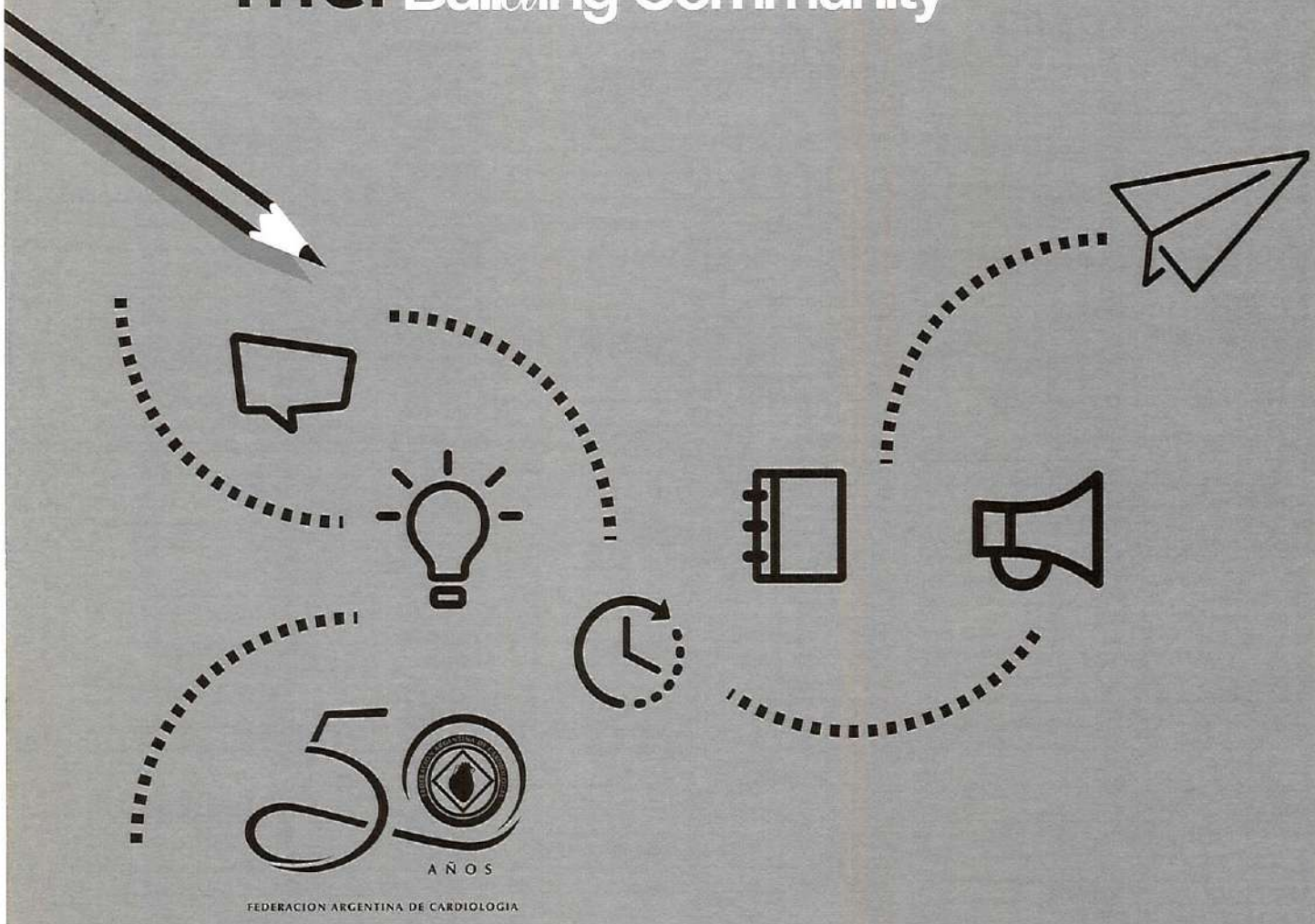
Giménez Claudio	O7-053
Giménez Sebastían	P7-233
Giordano Carlos	P6-186
Giraldez Julian	P2-108
Girandi Lucas	P2-114
Giraudo Maximiliano	O6-050
Giumelli Carla Paola	O4-037
Giunta Gustavo	O6-046,O6-047
Gnoatto Grigolatto Giuliana María	P3-145,P3-143,P3-140
Godoy Guillermo	P3-134
Godoy Leandro	O5-043
Gomez Daniela	P3-144,P7-237
Gomez Ana Elisa	P7-232
Gomez Silvia Esther	P3-121
Gomez Monroy Alejandro	P2-117
Gomez Tejada Ricardo	P5-169
Gonza Natalia	PP-065,O1-016
Gonzalez José Luis	OPC-003
Gonzalez Jose Luis	O4-034
Gonzalez Sergio	OPC-005
Gonzalez Susana	OPB-009
Gonzalez Claudio Rene	P3-142
González Florencia B	O8-062
Gonzalez Villa Monte, Gabriel Alejo	O7-055, P7-238, O7-052
Goral Jorge	P1-076
Gotthelf Susana	O2-024
Gragera Fernando	P3-156
Graieb Julia	P7-237
Grancelli Hugo	O4-035,OPB-010
Greca Alcides	P2-102
Grippo M	P3-120,P3-127,P3-135
Guarino Bruno	P2-102
Guglielmone Hugo	P7-239
Guillermo Carnero	OPC-003
Gulayin Miguel	P4-158
Gutierrez Lucas	PP-074,P1-080
Gutierrez Lidia	PP-065,O1-016
Guzman Luis	P1-095,P1-078,P1-077, P1-081,O6-050,P7-252
Hanna Christian	P1-092,P6-217
Hauad Sergio	P2-107
Hauqui Federico	P3-119,P6-203
Hauqui Agustín	P5-173,P6-198,P6-207,P6-203
Héctor Dávila	P3-122
Heredia Fausto	P6-227,P6-191,P6-205
Hernandez Diego	P6-221
Hernandez Marcos	O3-031
Hernandez Lucía	P6-181,P6-186
Hernandez Lucia	P6-217
Hernández Daniel Osvaldo	P3-130,P3-139,P3-143, P3-133,P3-145,P3-121,P3-142
Herrera Mujica Facundo	P5-173,O5-043
Hjeala Thaer	PP-065,O1-016
Hnatiuk Anna Pavlovna	P7-233
Hominal Miguel	P1-087,PP-072, OPR-014, O1-018, O7-054,P5-167
Horak Francisco Andrés	P3-133
Huanchicay Patricia	P6-216
Huerta Clara Maria	O5-044,PP-075
Hugo Fraguas	O4-034
Iaconis Facundo	P7-237
Inserra Felipe	OPC-005
Iravedra Jorge	P6-180
Irurzun Isabel María	P4-158
Irusta Gustavo	P3-151
Isa Mara	P7-243
Islas Richard	P1-083,O1-019
Ittig Ariel	P6-222
Jorge Camilletti	P2-108
Juan Alberto Pagola	P7-242
Keller Luis	P6-195
Keller German	PP-069
Kimura Hayama Eric	P1-085
Koladinsky Julian	P6-230
Koladynski Diego Julian	P6-225
Koladynski Julian	P6-198
Kozak Fernando	O6-048,O6-051,P6-178
Kyle Diego	P7-238
La Greca Rodolfo	OPC-005
Laborde Hugo	P5-169
Laciar Amelia	O5-043,O3-031
Lagos Ana Constanza	P6-206
Laguens Rubén	P7-233
Laguzzi Nestor	P6-225
Lama Cristina	OPB-009
Lamas Carlos	P2-104
Lambri Diego	O8-060,PP-073, P1-079,P7-246,PP-068
Lanzotti Marcelo	P4-160
Larghi Roberto	P6-195,P6-181, P6-186,P6-217
Larribau Miguel Angel	P6-181
Larrosa Gerardo Omar	P3-124
Larroza Gerardo Omar	O1-017
Lasave Leandro	P6-178,O6-051,O6-048
Laurino Romina Paola	P6-220
Lazo Rodrigo	P3-130,P3-139, P3-143,P3-145
Leaden Yamandu	O6-048,O6-051
Lehite Veronica	O6-050
Leikan G. Maximiliano	P1-084
Leiva Rodolfo	O8-062
Lema Luis	O8-058
Lenarduzzi Ariel	P2-115
Leon De La Fuente Ricardo	P3-150
Leonardi Carlos	O6-050
Lepori Augusto	PP-070
Letiz Ines	P1-091
Lev Gustavo	P6-227,P6-191,P6-205
Levy Bruno	P5-174
Lewin Pablo Gastón	P2-115,O2-023
Lezcano Silvina	O3-033
Licheri Alberto	PP-072
Lindstrom Maris Telma	P3-154
Lioi Susana	OPC-002,O8-062
Lo Presti Silvina	O3-028,O8-061
Lobo Marquez Lilia	PP-075
Locatelli Paola	P7-233
Lodolo Nestor	P2-107
Lopez Silvana	OPR-014
Lopez Jorge	O7-054
Lopez Cyntya	P7-241,P7-247
Lopez Marisa	P4-159
Lopez Celeste Raquel	O3-032
López Jorge	P1-087
López Silvana	P1-087
López Daneri M	P3-127,P3-135
Lopez Gonzalez Cinthia	P6-189
López González Cynthya	P5-166,P6-229,P7-240,P4-157
Lopez Najun Rodolfo	P6-201
López Rosetti M. Martín	P5-165,O5-045,O3-029
Lorenzatti Daniel	O2-027
Losano Brotons Matias	P6-216,P6-211
Loureyro Juan	P6-219
Lucia Marcos	P2-105
Lucini Victorio	P3-138
Lujan Talavera	O3-030
Luna Nicolas	P5-164
Luquita Alejandra	P8-253
Macagno Mariela	P6-219
Macchia Alejandro	O7-052
Macin Stella	P7-236,P7-247,P7-234,O7-057, P7-241,O5-041,P5-166,O5-042, P7-240,P7-248
Maggio Dario	O2-022
Magri Federico	O2-026
Malizia Nerina	P6-219
Mambrin M. Alexandra	P7-232
Mampel Alejandra	O1-021
Manavella Bibiana	PP-071
Mancini Leonardo	O5-043,P3-132
Mansilla Leticia	P3-154
Mansilla Pablo Daniel	P7-249
Mansiola Soledad	P3-154
Mántaras María Carla	P1-084
Manzolillo Santiago	P4-157
Manzolillo H. Santiago	O4-037
Marcipar Iván	OPC-001
Marcos Lucía	P2-101
Marelli Roberto Daniel	P3-119,P5-173,P5-170, P3-132,P2-116,O3-031
Marelli Daniel	P2-114,O5-043,P3-134
Mariani Javier	O7-052,P7-238,O7-055
Marin Matias	P8-254
Marín Matías	O2-026
Marin Pablo	P6-211
Marina Pablo	P6-179,P6-193,P6-231
Marisa Pacheco Otero	P3-120
Marques Adelia	P3-138
Márquez Julia	O8-062
Martellotto Ricardo	P6-228,P3-156,O5-044,P5-171
Martinengo Paola	P3-151
Martinengo Ramiro	P4-159
Martinez Carlos Daniel	P2-115
Martinez Guillermo	OPC-005
Martinez Ines	P1-089
Martinez Rodolfo	P5-170
Martinez Dario	P5-175
Martínez Matías	P3-123
Martinez Demaria Diego	P1-097,P1-082
Martinez Griffa J. P.	P6-211
Martinez Mangini Ana Paula	P7-249,P6-216
Martínez Riera Nora	OPB-006,OPB-007
Mas Lucas	PP-071
Massa Roberto	P1-083
Mata Lucrecia	P8-256,P6-210
Matías Acuña	P2-101
Matinez Paula	O7-056
Matkovich Gabriel	P6-200,P6-192
Matta Gabriela	OPC-004
Maydana Mariano	P3-134,P5-173,P5-170
Mayo Fernando N.Eric	P2-101,P2-105,P4-158
Mazzei Mariano	P5-169
Medeot Nestor Juan	P6-211,PP-064,P6-216
Medesani Luis	P3-144,P7-237
Medina Ariel	P1-086,P1-091,P3-126
Medina Carlos Ariel	P7-235,P1-093,P7-242,P5-176
Medina Gustavo	P6-230
Medizza Lucas	P6-195,P6-217,P6-181,P6-186
Meiriño Alejandro	O7-054
Melendez Raul	P5-164
Melgarejo Luis	P3-137

Listado de Temas Libres por autores. Congreso 2015

Mendieta Diego	P5-164
Mendioroz Esteban	P3-144
Méndiz Oscar	P6-205,P6-227,P6-191
Menendez Marcelo	P6-200
Menoyo Martin	P4-160
Mercado Natalia Lorena	P5-171
Merschon Franco	P5-175
Messina Marcelo	P2-100
Miatello Roberto	O1-021,OPB-009,OPB-008
Miceli Miguel	P6-196,P6-188,P6-197,P6-208
Milano Santiago	P6-195,P6-186
Miler Noemi	O3-028
Miragaya María	P8-254,O2-026
Miranda Cesar	OPB-007
Miranda Diego	P1-083,O1-019
Mirta Diez	O3-030
Miserendino Mariana	P8-254,O2-026
Mitelman Jorge	P2-110
Mola Eduardo Elías	P4-158
Molinas Maria Sol	PP-069
Moltedo José M	O4-035,OPB-010
Mon Matias	PP-066
Mónaco Cristina	P8-255
Monasterolo Victoria	OPC-001
Moncalvo Rocio	P2-118
Monroy Jorge	P6-227,P6-191,P6-205
Monteverde Martin	P5-169
Moreno Juan Santiago	OPR-011
Moreno Marcelo	P7-237
Moreno Javier	PP-066
Moreno Gustavo	O2-022
Moreno Pascal Florencia	OPR-015
Moreyra Eduardo	OPR-011,OPR-012,OPR-015, PP-070,P6-206
Moreyra Camila	PP-070
Moreyra Eduardo (H) Eduardo	O2-027
Moris Cecilia	PP-075
Moris Maria Cecilia	P1-090
Morós Cg	O2-023,P3-127,P3-120,P3-135
Moyano Alejandro	P6-214
Moyano Cardenas Gabriela	P6-228,P3-156
Mucilli Mauro	P3-156
Mysuta Mauricio Andres	OPC-003,O4-034
Nacke Luciana	P6-229
Nagel Claudia	O5-045
Najenson Martín	PP-071
Nasca Pablo	PP-075,P2-103
Navia Michelle	P7-249
Navia Espinoza Michelle	PP-064,O7-056
Nicola Siri Leonardo	P1-084
Nicolosi Liliana Noemí	P2-115,O2-023,P3-127, P3-120,P7-245,P3-135
Nieto Graciela	P4-161
Nievas P. Maximiliano	P6-228
Nievas Romano V. Sofia	P2-118
Nievas Romano M. Del Carmen	O6-049,P6-204,P6-202, P6-213,P6-226,P6-183
Nonino Matias	P5-174
Notaristefano Fernanda	P6-221
Nozieres Christian	O8-063
Nuñez Pablo	P6-225,O1-019,P6-203, P6-198,P6-207
Nuñez Renzo Walter	P3-123
Nuñez Romina	P5-174
Nuñez Burgos A. Carolina	P3-150
Nuñez Camelino María Victoria	P3-136
O. Dallan Luis Alberto	P6-202
Ojeda Romina	P8-256,P6-210
Olavegogeascoechea Pablo	P2-111
Olea Fernanda Daniela	P7-233
Oliveira Dallan L. Alberto	P6-226
Olivello Carlos	P2-112
Olmedo Julián A	OPB-010,O4-035,O2-026
Ong Sang Ging	P7-233
Onocko Mariela	P6-189,P7-241,P7-247, P6-229,P7-234,O7-057,P6-220
Ordoñez Martín	O7-052,P7-238,O7-055
Orellano Claudia	P5-168
Orlandini Andrés	P3-125
Oro Alejandro	P2-118
Ortega Marisa	P3-150
Ortego Raul E	PP-074,P1-080
Ortiz Lucía	P3-119,O3-031
Ortiz Lucia	P3-134
Pacheco Otero M	P3-127,P3-135
Paglini Patricia	O3-028,O8-061
Pagola Juan Alberto	P5-176
Palacios Nicolas	P6-214
Palacios Karina	P2-110,P1-076
Palazzo A. Antonio	O4-034,OPC-003
Panero Natalia	P2-102
Pantich R. Esteban	O4-037,P4-157
Paolantonio Daniel	P6-200,P6-192
Pardo Analia	P3-154
Parras Jorge Isaac	P1-088,O4-039,O4-038, P6-189,O7-053,P6-229
Pascua Andres	P6-225,P1-082
Pascua Julio Andres	P6-198,P6-207,P6-203
Pascual Cecilia	P2-118
Pasetto Raúl Ignacio	O4-037,P3-129,O7-057,P7-234
Pellizon Oscar	O1-020
Peña Laura	O3-033
Peñafort Fernando A	PP-074,P1-080,P6-212,P6-223
Peradejordi Lastras Margarita Ana	P5-165,O5-045,O3-029
Peralta Liliana Ines	P2-100,P2-106
Pereyra Sueldo Claudio	P5-175
Perez Daniela	P5-174
Pérez Ana Rosa	O8-062
Perna Eduardo	P7-236,O5-041,P5-166, O5-042,PP-075,P7-241,P7-247, P7-234,O7-057
Peroña Giuliana Marylen	P3-152,P3-147,P3-131
Perrone Sergio	P1-098
Perrone María Susana	P1-084
Pesce Ricardo	P2-110
Pesoa Claudia	P1-078
Pessah Gustavo	O6-050,P7-252
Petrucci Jaqueline	O8-062,P8-253
Pettinari Marcelo	P6-193,P6-231,P6-179
Pezzotto Stella Maris	P3-122
Picabea Eduardo	O6-048,P6-178,O6-051
Picabea Sofía	P1-087,P5-172
Pieroni Mario Daniel	P6-228
Pietrobon Jimena	P6-218
Pinchetti Pierina Ayelen	P3-121,P3-140
Pis Diez Emilio	P1-093
Pisano Oscar	P5-170
Pizzini Luis	P3-144,P7-237
Plastino Maria Laura	P1-094
Plunkett Ricardo	P2-107
Pollono Pablo	P1-086,P1-096
Pomerantzeff Pablo Maria Alberto	P6-183, P6-213
Ponce Zumino Amira	OPB-008
Popilovsky Santiago	O7-053,O4-039,O4-038
Portis Marcelo	O3-031
Possi Gaston	P7-247
Pozzer Domingo Luis	O4-037,P4-157
Pozzi Gastón	O5-041
Pozzi Gaston	P1-088,P6-189,P6-229,P7-240
Prado Natalia	OPB-008
Prum Natalia	P6-224,P6-221
Puga Leopoldo	P5-164
Puig Luiz Boro	P6-202
Pulamari Camilo	P6-221
Pulmari Camilo	O4-036,P6-224,P3-128
Quaglia Fernado	PP-068
Quarchioni Esteban	PP-072
Querejeta Verónica	P2-101,P2-105
Quinde Pablo	P6-227,P6-191,P6-205
Quino Vanesa	O8-058
Quiroga Jose Maria	P2-111
Quiroga Mauro	P7-243
Quiroga Castro Walter	P7-243
Raich Hernan	P6-224
Ramella Irma	OPC-005
Ramirez Jesica	O1-021
Ramirez Eliel	OPB-009
Ramirez Martina	P6-181
Ramos Karina	O1-020
Ramos C	P7-245
Ranchilio Gabriela	P2-101,P2-105,P4-158
Ratto Roxana Daniela	P5-165,O5-045,O3-029
Raul Barcudi	P6-201
Redolatti Monica	P1-097,P1-094,P1-083, O1-019,PP-066,P1-082,P2-116
Reich Hernan	P6-221
Renedo María Florencia	P5-165
Renna Nicolas Federico	O1-021,P7-251
Renna Nicolas	OPB-009
Repetto Martin	O1-021
Resnik Miguel	P2-100,P2-106,O2-022
Reyes Gabriela	P4-157
Reyes Ignacio	P4-157
Reyes Sandra	P5-170
Reyes Prieto Gabriela	P6-220
Reynoso Daniel	P5-164
Ribeiro Dias Ricardo	O6-049,P6-183
Ricardo Ronderos	OPC-004
Ricon Daniel	OPC-005
Riegler Johannes	P7-233
Riera Stival Jorge	P7-236,O5-041,P5-166,O5-042
Ríos Hernán	P6-230,P6-198
Rivarola W	O8-061
Rivas Patricia	O2-024
Rivas Pena Traycy Diana	P7-244
Robles Federico	OPC-003,O4-034
Rocamora Liliana	P2-110
Rodeles Luz	OPC-001
Rodrigo Alejandro	P2-118
Rodriguez Daniela	P1-077
Rodriguez Manuel	P1-098
Rodriguez Pablo	O2-023,P2-115
Rodriguez Gonzalo	P6-206
Rodriguez Andres	P6-200
Rodriguez M. Soledad	P5-174
Rodríguez Andrés	P6-192
Rodriguez Campos Jorge Fernando	P6-216,P5-163,P6-211, PP-064,P6-201
Roguier Daniela	P7-252

Roitenburd Daniel	P2-100
Rojas Benjamin	P5-164
Rojo Gabriela	P2-118
Roldan Josefina	P1-088,P6-189,O7-057, P7-234,P7-240,P7-248
Romano A. Alejandro	P3-149
Romano José René	P3-149
Romero Mariano	P2-112
Romero Natalia	P6-224
Romero Acuña Arturo	P1-079,O8-060,PP-073,PP-068
Ronderos Ricardo	O3-030
Rosende Andrés	O7-052,O7-055
Rossi Maximiliano	O6-048,O6-051,P6-178
Rossi Esteban	P1-084
Rossi Prat Mauro	O7-052,P7-238,O7-055
Rostan Adriana	P3-148
Rousse Graciela	O1-017,P3-124
Rubio Ma. Del Carmen	P2-115
Rubio Mc	O2-023,P3-120,P3-127, P7-245,P3-135
Ruda Vega Pablo	P6-230,PP-066,P6-225
Rudzinski Jj	O2-023
Ruffa Rosa María	P2-107,O2-022
Ruiz Hugo	P3-144,P7-237
Róveda Stella Maris	O4-037,P4-157
Saaby Noelia	P1-082,P6-203,P6-225
Sabbione Maria E	P3-154
Sabra Ahmad	P2-110
Sacchetti Laura	P1-089
Saccon Aldana	P1-095
Saccone Flavia	P5-164
Sacripanti Jorge	P6-219
Sala Amalia	P3-125
Sala Jose	O8-058
Sala Mercado Javier	P7-243
Saldaño Ricardo	P6-219
Saleh Osvaldo	P1-076
Salica Gabriel	P4-161
Samaniego Aquino Franco	P5-174
Sampaolesi Alberto	P7-249
Sanchez Francisco	P6-223,P6-212
Sanchez Martin Mario	P3-136
Sanchez Azcona Paula	P5-167,P5-172
Sanchez Viamonte Guillermo	P1-097,P1-094,P1-082,P6-203
Sandobal M. Soledad	P3-153
Sandoval Elías Daniel	P3-130,P3-139,P3-131
Sansoni Gerardo	P6-192
Santana Mirta	P4-161
Sanziani Laura	OPR-013
Sappa Figueroa Y. Itati	P3-142
Saravalli Oscar	P6-210,P8-256
Saravia Toledo Sebastián	PP-065,O1-016
Sargenti Paula Agustina	P3-130,P3-139,P3-137
Sarjanovich Rodolfo	P5-175,P7-252
Sarmiento Ricardo	P7-238
Sartor Juan	PP-065,O1-016
Scaglia Juan Andres	P6-185,P6-199,P6-182
Scaglione Lorena	O8-062,P8-253
Scaro Graciela	P7-252
Schmitt Guillermo	O1-017,P3-124
Schwab Hugo	P2-103
Sciarra Sebastian	P5-168
Scuteri Antonio	P6-196,P6-188,P6-197,P6-208
Segovia Florencia	P4-159
Sembaj Adela	O3-028
Serra Cesar	O8-058,P7-243
Severini Viviana	O7-057,P7-241,P6-229
Sgarioni Saimom	P3-151
Silberstein Mario	P7-238
Silveira Jose	P7-236
Silvero Miriam	O8-063
Silvero Mora Estefania	O7-057
Silveyra José	O5-041,P5-166,O5-042
Simondi Horacio	P6-228,P3-156,O5-044,P5-171
Sisú María Laura	P2-114
Smoisman Adriana	P1-076
Sofia Picabea	P5-167
Solari Gabriel	O8-063
Soldano Oraldo Roddy Francisco	P8-255
Soler Matias	O3-031
Sonennberg Marcos	P6-224
Sonzini L	O8-061
Soria Ricardo	P6-209,P6-185,P6-199,P6-182
Soria Norma	OPB-006
Soria De Santos Norma	OPB-007
Soriano Lisandro	P4-159
Sosa Liprandi A	P3-120,P3-127,P3-135
Stepffer Carolina	P1-089
Stolbizer Federico	P2-115
Strada Bruno	PP-069
Strauss Mariana	O3-028,O8-061
Stur Mariela	P1-085
Svetaz María José	P8-253
Taurozzi Sergio	P5-164,O2-022
Teberobsky Di J. Gustavo	P3-144
Tejera Soledad	PP-074,P1-080,P6-223
Tejerina Paola	P2-103
Telayna Juan Manuel	P6-184,P6-194,P6-215
Telayna J. Manuel (H)	P6-184,P6-194,P6-215
Thomas Jorge	P6-179,P6-193,P6-231
Tibaldi Miguel Angel	OPR-011,OPR-012
Tobares Sandra	O3-028
Tomasella Marcos	P1-076
Tomasella Bornia Agostina Lilia	P3-130,P3-140,P3-137,P3-131
Toraglio Leandro	P4-162
Torres I	P3-135
Torres Sebastian	P5-174
Torres Vanessa	P1-076
Torres Gabriel	P5-163
Torresani Ernesto	P6-188,P6-196,P6-197,P6-208
Traviesa Liliana	P7-234
Trejo Leonardo	P7-233
Trentadue Julio	O3-029
Trigo Raul	P6-212
Trivi Marcelo	O3-030
Tuero Enrique	P3-125
Tuero Eugenia	P3-125
Tufare Ana Laura	P5-168
Uriarte Marcelo	P3-146,P1-091
Uriarte Rodolfo Marcelo	P7-235,P1-093,P7-242, P5-176,P3-126,P1-086,P1-096
Urinovsky M.Fernando	OPR-011,OPR-012
Urrutia Maria Ines	P5-170,O3-031
Valdivieso León	P6-205,P6-227,P6-191
Valero Elina	P2-110
Vallejos Carla	OPR-015
Valli Carlos	PP-069
Vargas Ana Lia	O1-021
Vasquez Norberto	P3-128
Vazquez David	P3-119
Vazquez Norberto	P6-224,P6-221
Vazquez Blanco Manuel	P5-169
Vazquez P Gustavo	P1-090
Vega Gustavo	P2-112
Velarde Mariscal Jose	P5-175
Velazquez Raúl	O1-017,P3-124
Velazquez Cristian	P3-137
Velazquez Daniela	O3-028
Velázquez Carla	P6-219
Velez Hernan	PP-065,O1-016
Ventura Carlos	P2-111
Ventura Alejandro	P4-159
Venturini Cristina	O3-030
Verderone Mauricio	P5-163,P6-201
Vergara Martín	O7-052,P7-238
Vergottini Juan	P5-164
Vicario Augusto	P2-107
Vicco Miguel	OPC-001
Vigliano Carlos	O5-045
Vignolo Mara	O6-050
Vigo Gustavo	P1-097,P1-094,P1-082, PP-066,O2-025
Vilca Mejía O. Asdrubal	P6-183
Vilchez Alejandro	P1-097
Vilchez Alejandro Javier	P2-108,O2-025
Villagra J. Maximiliano	OPC-004
Villar Silvina	O8-062
Villegas Alberto	P6-228
Villulla Gustavo	P2-115
Vinuesa Miguel	P8-255
Viola Luciana	P4-159
Vita Nestor	O8-060,PP-073,PP-068, P1-079,P7-246
Vivas Candela	PP-073,P1-079,O8-060,PP-068
Vivas Martín	P7-250
Vivas Martin	OPC-004
Wagner Marcelo	P8-253
Welti Roberto	P6-181
Werenitzky José	OPR-011,P6-206,OPR-012
Wolcan Juan	PP-067
Wolff David	P1-098
Wolff Sebastian	P1-098
Wu Joseph C	P7-233
Zabala Federico	P3-144,P7-237
Zaigh Jonathan	P2-115
Zampa Cristian	P6-214
Zangroniz Pedro	PP-071,O1-020
Zapata Gerardo	O7-054,OPR-014,O1-018
Zapata Gerarado	P1-087
Zapata Daniel	P1-084
Zappa Carlos	P3-144
Zelaya Felix	P7-243
Zgrablich Christian	P6-225,PP-066,P6-198,P6-230
Zilberman Judith	P2-107
Zivano Daniel	P2-100
Zoni Rodrigo	P7-236,O5-041,P5-166, P6-189,O5-042

mci Building Community



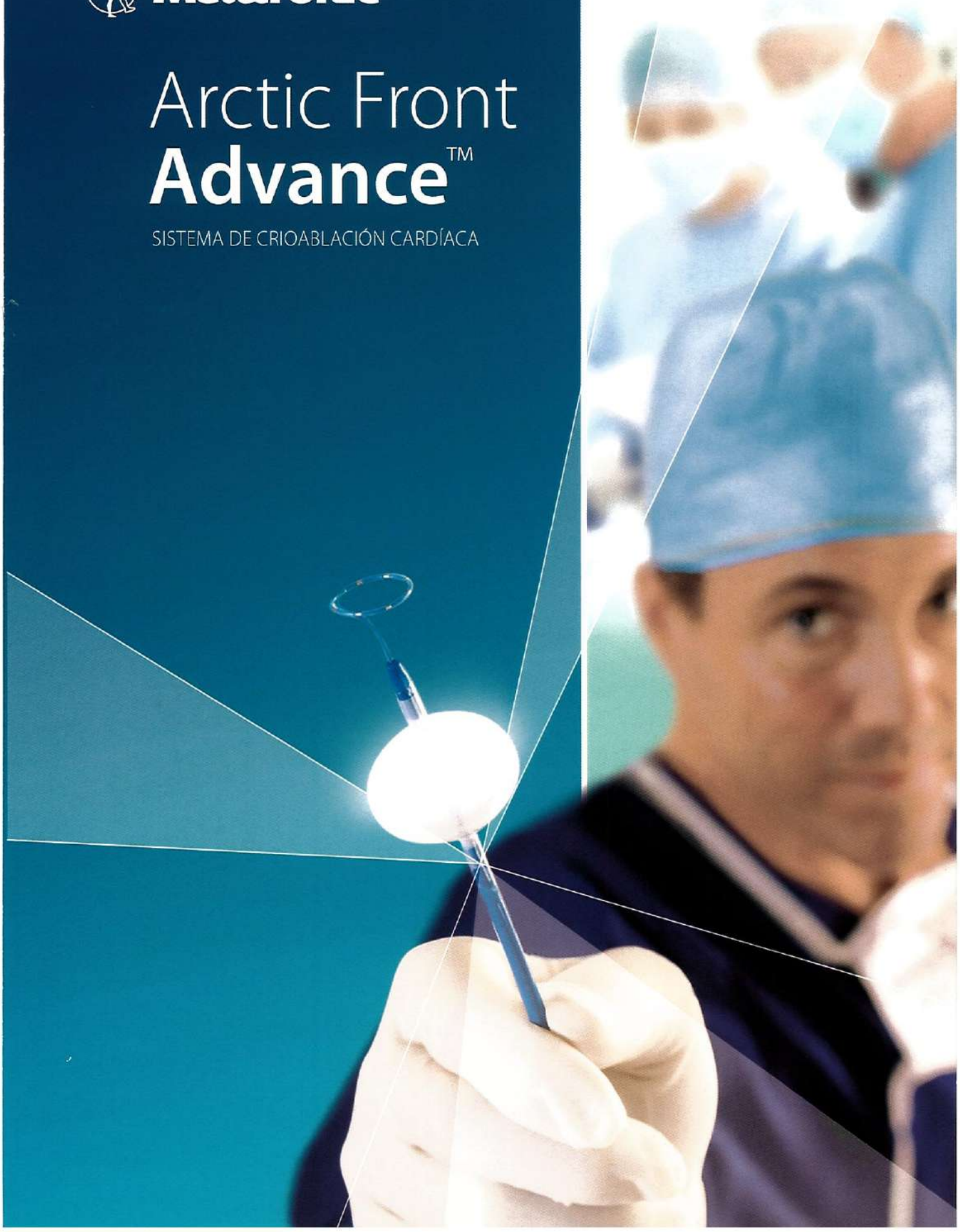
Agradecemos a FAC por confiarnos sus eventos. Felicitaciones por estos 50 años.

http://mci-group.com/
Av. Santa Fe 1970
C1123 AAO Buenos Aires - Argentina
+54 11 52529830

Medtronic

Arctic Front Advance™

SISTEMA DE CRIOABLACIÓN CARDÍACA



Hipercolesterolemia

Zarator

ATORVASTATINA

CUANDO LA META ES LA **PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR**

- Estatina de elección para el tratamiento de la hipercolesterolemia y la reducción del riesgo cardiovascular, de acuerdo a las Guías ACC/AHA 2013. [1]
- Indicada en el tratamiento de moderada y alta intensidad para la reducción de los lípidos sanguíneos. [1]
- Posee efectos pleiotrópicos que impactan en la reducción final de los eventos cardiovasculares. [1]
- Seguridad incluso con altas dosis: no se ha observado disminución de la fuerza muscular ni del rendimiento físico en pacientes tratados con las dosis más altas (80 mg/día). [2]



PRESENTACIONES
10 mg x 30 y 60 comprimidos
20 mg x 30 y 60 comprimidos
40 mg x 30 comprimidos

pami 80% · IOMA · PAP

1_Stone N y col. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology /American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2013;00:000–000.
2_Parker B y col. Effect of Statins on Skeletal Muscle FunctionClinical Perspective. Circulation 2013;127:96-103.

Para mayor información dirigirse a Laboratorio Elea (Dirección Médica)
Tel.: 4379-4300 // 0800-999-2495 // www.elea.com

ELEA Cardiometabolismo
La salud, en nuestro corazón