ISSN 0326-646X

REVISTA DE LA FEDERACION ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

ADHIERE A LOS PRINCIPIOS ETICOS DEL GRUPO HEART

VOLUMEN 40 - SUPLEMENTO 1 - 2011

SOCIEDADES FEDERADAS

ATLANTICA
ATUEL
BUENOS AIRES
CATAMARCA
CENTRO OESTE DE LA PCIA. DE BUENOS AIRES
COMAHUE
COMODORO RIVADAVIA
CONURBANO SUR
CÓRDOBA
CORRIENTES
CHACO
CHUBUT
ENTRE RÍOS
FORMOSA
JUJUY
LA PAMPA
LA PLATA
LA RIOJA
MENDOZA
MISIONES
NECOCHEA
NEUQUEN Y RÍO NEGRO
NORTE DE LA PCIA. DE BUENOS AIRES
OESTE BONAERENSE
RAFAELA
RÍO GRANDE
ROSARIO
SALTA
SAN JUAN
SAN LUIS
SANTA CRUZ
SANTA FE
SANTIAGO DEL ESTERO
SIERRA Y CENTRO DE LA PCIA. DE BUENOS AIRES
SUR PCIA. DE CÓRDOBA
TUCUMÁN
VENADO TUERTO Y SUR DE SANTA FE

DELEGACIONES

CAÑADA DE GOMEZ
CASILDA
CENTRO SUR DE CORRIENTES
CONCORDIA
GOYA
GUALEGUAYCHÚ
NORESTE DE CÓRDOBA
ROQUE SAENZ PEÑA
SURESTE DE CORDOBA
TARTAGAL
VILLA MARÍA

2011

XXIX Congreso Nacional de Cardiología

REGION CENTRO - CORDOBA - ARGENTINA

20 al 22 de mayo de 2011

RESÚMENES DE TEMAS LIBRES

Lotería de Córdoba
www.loteriadecordoba.com.ar

GADOLIP®

NUEVO

ÁCIDO FENOFÍBRICO 45 Y 135 MG

BALANCE DEL PERFIL LIPÍDICO

INNOVACIÓN TECNOLÓGICA CON EVOLUCIÓN TERAPÉUTICA

- Primer Ácido Fenofíbrico con mini comprimidos de Liberación prolongada
- Administración concomitante con estatinas
- Una toma diaria
- Nueva formulación con óptima seguridad y tolerabilidad (en monoterapia o en combinación)[1]

FDA

ÚNICO FIBRATO APROBADO PARA UTILIZAR EN COMBINACIÓN CON ESTATINAS





PRESENTACIONES:
Envases por 30 cápsulas con mini comprimidos de liberación prolongada.

INDICADO EN:
- Hiperlipidemia primaria o dislipidemia mixta.
- Tratamiento concomitante con estatinas para el manejo de la dislipidemia mixta.
- Tratamiento de la Hipertrigliceridemia severa.

1. Moutzouri E y col. Management of dyslipidemias with fibrates alone and in combination with statins: role of delayed-release fenofibric acid. Vascular Health and Risk Management 2010:6 525-529.

GADOR EN CARDIOLOGÍA

GADOR EN CARDIOMETABOLISMO
Compromiso Argentino

Gador
Al Cuidado de la Vida
http://www.gador.com.ar

Rev Fed Arg Cardiol
ISSN 0326-646X

REVISTA DE LA FEDERACION ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

Volumen 40
Suplemento 1

AUTORIDADES DE LA REVISTA

Editor Jefe
HECTOR LUCIARDI

Editores Asociados
DANIEL PISKORZ, LUIS GUZMAN

Editores Consultores
GIANNI TOGNONI, JUAN BADIMON

Editor de Suplementos
DANIEL PISKORZ

COMITE EDITORIAL NACIONAL

LUIS AGUINAGA (Tucumán)
RAUL ALTMAN (Buenos Aires)
CARLOS BAUDINO (Córdoba)
CARLOS BECKER (Santa Fe)
JUAN BELOSCAR (Rosario)
MARIO BENDERSKY (Córdoba)
SOFIA BERMAN (Tucumán)
JULIO BONO (Córdoba)
RAUL BREGLIA (Córdoba)
EDMUNDO CABRERA FISCHER (B. Aires)
RODOLFO CALVO (Mendoza)
HORACIO CINGOLANI (La Plata)
EDUARDO CONCI (Córdoba)
DANIEL CORSIGLIA (La Plata)
CARLOS CUNEO (Salta)
SERGIO CHAIN (Tucumán)
NESTOR DE GENNARO (Rosario)
LUIS DE LA FUENTE (Buenos Aires)
JULIO DE LA RIVA (Córdoba)
FERNANDO DE LA SERNA (Tucumán)
RAFAEL DIAZ (Rosario)
ADRIAN D'OVIDIO (San Juan)
EDUARDO ESCUDERO (La Plata)
FERNANDO FACCIO (Santa Fe)
EDUARDO FARIAS (Corrientes)
GABRIELA FELDMAN (Tucumán)
FRANCISCO FEMENIA (Mendoza)
CARLOS FERNANDEZ (Tucumán)
ARTURO FERNANDEZ MURGA (Tucumán)
JOAQUIN GARCIA (Corrientes)
JORGE GARGUICHEVICH (Rosario)
FLORENCIO GAROFALO (Rosario)
ENRIQUE GURFINKEL (Buenos Aires)
SERGIO HAUAD (Tucumán)
RAMON N. HERRERA (Tucumán)
EMILIO KUSCHNIR (Córdoba)
JUAN C. LINARES CASAS (Rosario)
LILIA LOBO MARQUEZ (Tucumán)
ROBERTO LOMBARDO (Entre Ríos)
HUGO LONDERO (Córdoba)
RICARDO LOPEZ SANTI (La Plata)
JORGE LOPEZ SOSA (Salta)
FELIPE MARTINEZ (Córdoba)
JOSE MILEI (Buenos Aires)
JUAN MUNTANER (Tucumán)
RICARDO OBREGON (Corrientes)
MARCELO ORIAS (Córdoba)
RAUL ORTEGO (Mendoza)
ARMANDO PACHER (Entre Ríos)
ERNESTO PAOLASSO (Rosario)
JORGE PASCA (Buenos Aires)
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)
JOSE L. RAMOS (Rosario)
OSVALDO ROBIOLO (Rosario)
ALBERTO ROBREDO (Salta)
RICARDO RONDEROS (La Plata)
JOSE SALA (Córdoba)
ALBERTO SAMPAOLESI (Córdoba)
FELIPE SOMOZA (Córdoba)
WALTER STOERMAN (San Juan)
EDUARDO VALEFF (La Plata)

COMITE EDITORIAL INTERNACIONAL

FAUSE ATTIE (México)
JUAN BADIMON (USA)
JOSEP BRUGADA (España)
ALAIN CARPENTIER (Francia)
JUAN CHACHQUES (Francia)
MARIO CAZZANIGA (España)
COSTANTINO COSTANTINI (Brasil)
ADOLFO DE BOLD (Canadá)
MARCELO DI CARLI (USA)
EDGARDO ESCOBAR (Chile)
VALENTIN FUSTER (USA)
MARIO GARCIA (USA)
MARIO GONZALEZ (USA)
ROBERT LANG (USA)
RADI MACRUZ (Brasil)
CARLOS MARTINEZ SANCHEZ (México)
NATESA PANDIAN (USA)
LEONARD REISEN (Israel)
ALFREDO ROMERO DAVALOS (Bolivia)
DAVID RUSH (Canadá)
JULIO SANDOVAL ZARATE (México)
GIANNI TOGNONI (Italia)
HECTOR VENTURA (USA)
RAUL WEISS (USA)

Propiedad Intelectual Nº 157282
Dirección Postal: Bulnes 1004, 1176 Buenos Aires, Argentina.
Gerencia Editorial: Bulnes 1004, 1176 Buenos Aires, Argentina. Telefax (011) 4866-5910 y (011) 4862 0935
e-mails: Editorial FAC: edifac@fac.org.ar - **Editor de la Revista:** luciardi@fac.org.ar - **Internet**: http://www.fac.org.ar
Producción gráfica y editorial: Eduardo Stilman y Beatriz Favieri: stilman@fac.org.ar
Sede de la FAC: Bulnes 1004. (1176) Buenos Aires - Tel. 54-11-48665910 / 54-11-48620935 - e-mail: mesadirectiva@fac.org.ar
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

Volumen 40
Suplemento 1

FEDERACION ARGENTINA DE CARDIOLOGIA (FAC)

MESA DIRECTIVA

Presidente
RICARDO LOPEZ SANTI
Vicepresidente 1°
WALTER STOERMAN
Vicepresidente 2°
JUAN BELOSCAR
Secretario
JORGE CAMILLETTI
Prosecretario
ADRIAN D'OVIDIO
Tesorero
FEDERICO GIACHELLO
Protesorero
GUSTAVO ALCALA
Vocales
MAGDALENA DEFEO
MARCELO URIARTE
BEATRIZ BARBIERI
GRACIELA REYES
ALEJANDRO VILCHEZ

SECRETARIAS CIENTIFICAS

Comités Científicos
DANIEL PISKORZ
Consensos Institucionales
SERGIO HAUAD
Docencia
EDUARDO BIASIN
Etica
DANIEL PERONI
Eventos Científicos
JOSE SALA
Informática Médica
ARMANDO PACHER
Planeamiento y Capacitación en Gestión
EDUARDO VALEFF
Investigación Básica
NESTOR VITA
Investigación Clínica
ELENA C. LASCANO
Desarrollo de la Red Nacional de RCP
DANIEL CORSIGLIA
Jerarquización del Acto Médico
LADISLAO ENDREI

COMITES DE SUBESPECIALIDADES (Presidentes)

Arritmias
LUIS AGUINAGA
Bioingeniería
FEDERICO PASCHETTA
Cardiología Aeroespacial
VICENTE CIANCIO
Cardiología del Ejercicio
GUILLERMO E. ALLENDE
Cardiología Intervencionista
ANIBAL DAMONTE
Cardiología Nuclear
GUSTAVO OJEDA
Cardiología Pediátrica
ARTURO GOMEZ BORUS
Cardiopatía Isquémica
ORLANDO CARUZZO
Cardiopatía Isquémica
ERNESTO AIELLO
Cirugía Cardiovascular y Recuperación Cardiovascular
WALTER QUIROGA, MARCELO FIGUEROA
Ecocardiografía
JORGE TAZAR
Emergencia Cardiovascular
ROBERTO ZULAICA
Enfermedad de Chagas
HUGO MUJICA
Enfermedad Cardiovascular de la Mujer Adulta
MARCELA ALMAGRO
Epidemiología y Prevención
GUSTAVO CEREZO
Hipertensión Arterial
ALEJANDRO DE CERCHIO
Insuficiencia Cardíaca
FABIAN DIEZ
Miocardiopatías
CARLOS DUYANEVICH
Enfermedad Vascular Periferica y Stroke
CARLOS CIANCAGLINI
Técnicos y Enfermeros en Cardiología
PATRICIA PEREZ

REVISTA DE LA FEDERACION ARGENTINA DE CARDIOLOGIA 2011

ARBITROS TEMAS LIBRES

Dr. Luis Aguinaga
Dr. Eduardo Allegrini
Dra. Marcela Almagro
Dr. Enrique Alonso
Dr. Alejandro Amarilla
Dr. Ing. Pedro David Arini
Dr. Víctor Arja
Dr. Alberto Asenjo
Dra. María Rosa Aymat
Dr. Gustavo Bargazzi
Dr. Mario Bendersky
Dra. Sofía G. Berman
Dr. Julio Bono
Dr. Néstor Bustamante
Dr. Gustavo Bustamante Labarta
Dr. Vicente R. Ciancio
Dr. Claudio Cigalini
Dr. Juan Pablo Cimbaro Canella
Dr. Eduardo Conci
Dr. Roque Córdoba
Dr. Guillermo Covelli
Dr. Carlos Cúneo
Dr. José De Rosa
Dr. Alfredo Del Río
Dr. Alejandro Delacasa
Dr. Gustavo Di Giovan B.
Dr. Adrian Horacio D'Ovidio
Dr. Diego Federico Echazarreta
Dr. Eduardo Manuel Escudero
Dr. Gustavo Beder Farez
Dr. Eduardo Farías
Dr. Adrián Fernández
Dr. Roque Daniel González
Dr. Enrique Gurfinkel
Dr. Víctor Hasbani
Dr. Daniel Osvaldo Hernández
Dr. Diego Iglesias
Dr. Jorge Alberto Manuel Iravedra
Dr. Roberto Keegan
Dr. Miguel Larribau
Dr. José Luis Lazarte
Dr. Carlos Leonardi
Dra. Lilia Luz Lobo Márquez
Dra. Stella M. Macin
Dra. Isabel Masuda
Dra. Alicia Mattiazzi
Dra. Elenora E. Montenegro
Dra. Patricia Morales
Dr. Oscar Daniel Mordini
Dr. Juan Muntaner
Dr. Raúl Ortego
Dr. Jorge Parras
Bioing. Federico Paschetta
Dr. Reynaldo Javier Pascuzzi
Dr. Roque Eduardo Perna
Dr. Domingo Pozzer
Dra. Mónica Ramírez
Dr. José Luis Ramos
Dr. German Ros
Dr. Sergio Gabriel Rottino
Dra. Lorena Scaglione
Dr. Bernardo Spitz
Dra. Mariana Valentino
Dr. Julio Vallejos
Dr. Jorge Vilariño
Dra. Leticia Vittone
Dr. Gerardo Zapata
Dra. Judith M. Zilberman

REVISTA DE LA FEDERACION ARGENTINA DE CARDIOLOGIA 2011

INDICE GENERAL

1. TEMAS LIBRES NOMINADOS A PREMIO FAC-GADOR AL "MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA" Pág. 5

2. TEMAS LIBRES NOMINADOS A PREMIO FAC-GADOR AL "MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN BÁSICA" Pág. 8

3. TEMA LIBRES NOMINADOS AL PREMIO FAC-GADOPRIL AL "MEJOR TRABAJO PRESENTADO POR RESIDENTES" Pág. 10

4. TEMAS LIBRES NOMINADOS AL PREMIO FAC-GADOR "MEJOR TRABAJO PRESENTADO EN FORMATO POSTER" Pág. 12

5. TEMAS LIBRES CON PRESENTACIÓN ORAL Pág. 15

6. TEMAS LIBRES CON PRESENTACIÓN PÓSTERS Pág. 25

7. INDICE TEMÁTICO Pág. 67

8. INDICE DE AUTORES Pág. 68

9. INDICE DE INSTITUCIONES Pág. 73

10. CRONOGRAMA DE PRESENTACIÓN DE TEMAS LIBRES Pág. 78

030 Compromiso Valvular en Pacientes con Síndrome Antifosfolipido (Saf) Según la Forma de Presentación Clínica

Lema, LUI; Saurit, VER; Coll, M; Tibaldi, M; Sala, J; Balestrini, C; Serra, C
Cardiologia clinica - tecnicas no invas, Consultorio externo y tecnicas no nvasiv, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina / Reumatologia, Servicio de Reumatologia, Hospital Privado, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: El Síndrome Antifosfolipidos (SAF) es un desorden trombofilico caracterizado por trombosis arteriales (TrA) y/o venosas (TrV) o compromiso obstétrico (COb) asociado a la presencia de Ac Antifosfolipidos. El compromiso valvular (CV) es la manifestación cardíaca más frecuente con una prevalencia entre 35 y 50%.
Objetivos: 1- Valorar la prevalencia de CV por ecocardiograma Doppler transtoráxico (ECO) en pacientes con SAF y las recurrencia s trombóticas (RTr) de esos pacientes en el seguimiento. 2-Analizar la relación del CV con el criterio clínico de diagnóstico de SAF y otras variables clínicas (VCl)
Material y Métodos: Estudio observacional. Se incluyeron 66p, 50 mujeres (76%) con una edad media 41.5 (17-73). 26p (39.3%) con COb, 24 (36.3%) con TrA y 16 (24.2%) con TrV a quienes se realizó un ECO basal al momento del diagnóstico. El seguimiento medio fue de 49,4 meses (12-135). El análisis estadístico se realizó con software INFOSTAT versión 2010.
Resultados: La prevalencia de CV fue de 27 p (40.9%), 21 (77.7%) con IM, 4 (14.8%) con engrosamiento mitral y 2 (7.4%) con IAo. Las VCl relacionadas con el CV fueron las TrA (18 vs 6) p=0.0001, HTA (16 vs 4) p=0.0001, Trombocitopenia (13 vs 1) p=0.0001, Hiperfibrinogenemia (14 vs 2) p=0.0001, Dislipidemia (16 vs 6) p=0.02 y livedo reticularis (9 vs 2) p=0.002. En el seguimiento 17 p presentaron RTr de los cuales 15 (88.2%) tenían CV p=0.0001.
Conclusiones: 1) la prevalencia de CV en esta población SAF fue del 40.9% 2) El CV se relacionó estadísticamente significativa con las formas de presentacion clinica de TrA, 3) En analisis multivariado el CV tubo relacion significativa con HTA, trombocitopenia, hiperfibrinogenemia, dislipidemia, livedo reticularis y RTr en el seguimiento.

031 ¿Es la Hipertensión Arterial el componente clave en la asociación entre Síndrome Metabólico, Inflamación y Deterioro Cognitivo?

Del Sueldo, M; Cerezo, GH; Vicario, A; Zilberman, J
Grupo de Investigación CERTUS , Fundación CERTUS, Villa María, Córdoba, Argentina / Sociedad de Cardiología de Buenos Aires, Federación Argentina de Cardiología, Buenos Aires, Argentina / Servicio de Cardiología, Clínica de Especialidades, Villa María, Córdoba, Argentina

Estudios recientes relacionan el síndrome metabólico (SM) o sus componentes y niveles de inflamación elevados con el deterioro cognitivo (DC).
Objetivo: Investigar en ésta muestra la asociación entre SM, sus componentes y los niveles de inflamación con el DC.
Material y Métodos: Se incluyeron 797 participantes, >18 años, ambos sexos, pertenecientes al Programa de Prevención Cardiovascular "Corazón Sano 2" (Villa María,Córdoba,Argentina).Estudio transversal y observacional. La muestra se conformó por convocatoria voluntaria y muestreo polietápico estratificado (por sexo y edad). Se utilizó un cuestionario validado con respuestas cerradas. Se dosó glucemia, perfil lipídico y PCRus (corte ≥5 ug/mL). Se midió presión arterial (PA) y perímetro de cintura. Se diagnosticó SM según AHA`05. La cognición fue evaluada por el Mini-Mental test (cognición global), test del Reloj (función ejecutiva) y test de Boston abreviado (memoria).
Resultados: Edad promedio de la muestra fue 46,3±12 años(79,5%mujeres).El 43,7% presentaban SM. El SM y el DC fueron más prevalentes en hombres(SM: 51,6% vs 41,7%; p 0.024; DC: 42% vs 30,9%, p 0.017). En ningún tercilo de edad, el SM y la PCR elevada se asociaron con DC en ninguno de los dominios cognitivos explorados.La asociación permaneció negativa después de ajustar los resultados por sexo y educación. Hubo asociación entre los niveles elevados de PCR y el compromiso de las funciones ejecutivas independiente del diagnóstico de SM (p<0.05).La PA sistólica (PAS) fue el único componente del SM que se asoció con DC (p 0.0039) y fue más elevada en este grupo(150,6±27,4 mmHg vs 144,6±22,2 mmHg; p 0.0322)independiente de la presencia de SM.
Conclusiones: 1)El SM no se asoció con DC en ninguno de los dominios cognitivos explorados, 2)Los altos niveles de inflamación se asociaron solo con compromiso de las funciones ejecutivas independiente del diagnóstico de SM 3) La PAS fue el único componente que en forma individual se asoció con DC

085 Angioplastia de Tronco Coronario Izquierdo no Protegido, en la era de los Stents Farmacológicos.

Rossi, M; Lasave, L; Damonte, A; Gamen, M; Kozak, F; Arce, C; Miralles, D; Jorge, R; Chichizola, N; Picabea, E
Hemodinamia, Cardiología Clínica, Instituto Cardiovascular Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina

La cirugía de revascularización miocárdica es de elección en la enfermedad de Tronco de Coronaria Izquierda (TCI). En los últimos años, debido al advenimiento de stents con drogas (DES) ha habido un creciente interés en el tratamiento percutáneo.
Objetivo: Evaluar los resultados intrahospitalarios (IH) y seguimiento de pacientes sometidos a ATC de TCI no protegido.
Métodos: Análisis consecutivo de las ATC a TCI no protegido desde 05/2004 hasta 12/2010, excluyendo los pacientes en shock cardiogénico. Los eventos fueron muerte, IAM, ACV y nueva revascularización del vaso tratado durante la hospitalización y en el seguimiento. La media de seguimiento fue de 20,7 meses, realizandosé en el 100%.
Resultados: Se incluyeron a 31 pacientes, edad promedio de 70,9 años con predominio masculino (61,3%). El 35,5% eran DBT, el 35,5% con Fey < al 45% y el 19,4% con IAM previo. El 6,5% padecía IRC y el 9,7% era EPOC. EUROSCORE (ES) > a 6 en el 48,4%, siendo el ES logístico promedio de 6,3%. Presentación clínica: 32,3% SCASST, 29% angina de reciente comienzo, 22,6% ACE y 9,7% IAM. La bifurcación del TCI fue afectada en el 54,8%. En el 9,7% la enfermedad del TCI fue la única lesión coronaria y en el 61,3% se realizó ATC de otro vaso. Syntax Score promedio de 23,8. El 74,2% de los stents utilizados fueron DES (Paclitaxel en el 65,2%, Sirulimus y Everolimus en el 17,4%). Se usó IVUS en el 51,6%, inhibidores IIb-IIIa en el 6,5%, balón de contrapulsación aórtica en el 6,5% y rotablator en el 3,2%. Se logro éxito angiográfico en el 100%. La mortalidad IH fue del 3,2% (1 pte. trombosis subaguda del Stent), sin otros eventos IH. En el seguimiento la mortalidad fue del 6,5% (1 pte. falleció a los 3 meses por Insuficiencia Respiratoria y otro a los 15 meses por reagudización de EPOC).
Conclusión: Baja tasa de eventos y una alta tasa de éxito angiográfico y clínico IH. Estos resultados favorables se mantuvieron en el seguimiento. La mortalidad fue inferior a la estimada por ES logístico.

086 Angioplastia Carotídea con Stent. Comparación de Eventos Inmediatos y a Largo Plazo entre Pacientes Sintomáticos y Asintomáticos.

Hominal, M; Lasave, L; Arce, C; Jorge, R; Miralles, D; Chichizola, N; Damonte, A; Kozak, F; Gomez, H; Picabea, E
Hemodinámia, Cardiología Clínica, Instituto Cardiovascular Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina / Neurología, Neurología, Instituto Cardiovascular Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: La angioplastia carotídea con implante de stent (ACS) representa una alternativa al tratamiento quirúrgico. Los pacientes sintomáticos presentan mayor riesgo durante el procedimiento y a largo plazo.
Objetivos: Comparar los eventos intrahospitalarios y a largo plazo de la ACS entre pacientes sintomáticos y asintomáticos.
Métodos: Pacientes tratados consecutivamente con ACS desde Junio de 2000 hasta Enero de 2011. El criterio de tratamiento fue estenosis >50% en sintomáticos (GS) y >80% en asintomáticos (GAS). Se definió sintomático ante la presencia ACV o AIT relacionado a la arteria estenótica dentro de 6 meses previos al procedimiento. Se evaluó un punto combinado de eventos intrahospitalarios (muerte, IAM, ACV) y al seguimiento (muerte, ACV, IAM y nueva revascularización de la lesión).
Resultados: Se incluyeron 131 pacientes, 39.7% en GS y 60.3% GAS. No hubo diferencia en la característica basal de los grupos. El 80,9% fueron hombres, 86,3% hipertensos, 26% diabéticos y 32,1% presentaban antecedentes de cardiopatía isquémica. La lesión fue de novo en 90,8%. La ACS fue fallida en 4,6%, todos por causa anatómica y sin complicaciones. Se utilizó stent en todos los pacientes y filtro de protección distal en 98%. El punto combinado intrahospitalario fue de 1.59% en GAS y 2.56% en GS (p=0.69). El seguimiento medio fue de 32 ±22 meses. En el seguimiento el punto combinado fue de 11,5% en GS y 2,5% en GAS (p=0,035). La mortalidad al seguimiento fue del 9,6% en GS y 1,3% en GAS (p=0,025).
Conclusión: Observamos una tendencia a mayor eventos y menor sobrevida libre de eventos en los pacientes sintomáticos tratados con ACS, comparados con los pacientes asintomáticos.

092 Función Sistólica Ventricular Izquierda Comparada con Killip y Kimball en la Predicción de Eventos Cardíacos Tempranos en el IAM

Escalante, J; Hominal, M; Chichizola, N; Meiriño, A; Taborra, S; Lasave, L; Paolasso, A; Zapata, G
Unidad Coronaria, Cardiología Clínica, Instituto Cardiovascular Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: Diferentes variables en el infarto agudo de miocardio (IAM) se relacionan con un pronóstico adverso temprano. Los pacientes que ingresan con signos clínicos de insuficiencia cardíaca (score de Killip y Kimball II o III) tienen una mortalidad mayor. En este grupo heterogéneo de pacientes el predominio de la disfunción diastólica puede indicar una evolución distinta.
Objetivos: Evaluar la importancia de la función ventricular izquierda como determinante del pronóstico temprano en pacientes con IAM y signos de insuficiencia cardíaca sin shock (KK II o III).
Métodos: Se evaluaron con ECO doppler cardíaco dentro de las 48 hs de ingreso a 1184 IAM, de los cuales el 12,75% (n=151) se presentaban en KK II/III. De estos últimos, se determinaron 2 grupos: Fracción de eyeccón > de 45% (grupo I) y < de 45% (grupo II). Se describen características basales, tratamiento y evolución hospitalaria en ambos grupos. Se realizó un analisis multivariado de regresión logística para determinar la independencia de las variables con los eventos.
Resultados: 66/43,7 % Grupo I y 85/56,3% Grupo II. La FEy media en el grupo I fue de 53,14% y en el grupo II de 34,36%. Sin diferencia en edad, sexo, factores de riesgo, infarto previo, tasa de reperfusión ni utilización de CCG. Grupo II con mayor progresión a shock cardiogénico (1,5% vs. 21,2%; p< 0.01). Los eventos CVC combinados fueron más frecuentes en el grupo II (10,6% vs. 23,5%; p= 0,04). Mortalidad: 4,5% GI vs 16,5% GII (p= 0,02). Estadía hospitalaria de 7,55 días en el grupo I y de 9,06 días en el grupo II (p= 0,061). Análisis multivariado: FEy < de 45% (p= 0,025) y el sexo femenino (p=0,014) fueron predictores independientes de mortalidad.
Conclusiones: En los pacientes con IAM e insuficiencia cardiaca (KK II o III) es determinante para el pronóstico el conocimiento temprano de la Fey por ECO, ya que ésta se relaciona en forma independiente con la mortalidad hospitalaria.

093 Utilidad de la Spect Cardíaca en pacientes de Edad Avanzada

Escalante, J; Hominal, M; Borda, V; Garros, P; Chichizola, N; Meiriño, A; Pollice, A; Lopez, J; Zapata, G
Cardiología Nuclear, Cardiología Clínica, Instituto Cardiovascular Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: El aumento del promedio de la expectativa de vida está desplazando la enfermedad coronaria a pacientes más añosos. La SPECT cardíaca ha demostrado utilidad en el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad coronaria en distintas poblaciones siendo más limitado su uso en poblaciones añosas.
Objetivos: Analizar los pacientes > de 75 años remitidos para SPECT, resultados de dicho estudio, seguridad del método y el seguimiento al año, y comparar los resultados de los SPECT normales vs. anormales.
Métodos: 498 pacientes > de 75 años derivados para SPECT cardíaca fueron analizados. Se realizaron protocolos de un día con estrés ergométrico limitado por síntomas, o dipiridamol / dobutamina. Seguimiento al año con entrevistas telefónicas efectuadas por médicos. Los eventos cardiovasculares (ECVC) incluyeron infarto agudo de miocardio, angina inestable, revascularización coronaria y muerte de cualquier causa.
Resultados: Edad promedio 78,9 años, con predominio de hombres (59,8%). Dentro de los factores de riesgo: HTA 70,1%, dislipemia 49,8%, DBT 15,3% y tabaquismo 14,3%. ECG anormal en el 36,1% y cardiopatía isquémica conocida en el 39,7%. El 70,6% pudo realizar una prueba ergométrica sin complicaciones. Fue insuficiente en 14 pacientes por lo que se combinó con dipiridamol. El resto realizó stress farmacológico. Fueron gatillados el 54%. SPECT normal en el 56 %. Seguimiento en 90.8% ECVC: IAM con SPECT normal 1.8% vs anormal 5% (p=0.07), muerte de cualquier causa con SPECT normal 2.5% vs anormal 4.6% (p=0.29), AI con SPECT normal 3.2% vs anormal 9.6% (p= 0.007) y revascularización con SPECT normal 2.5% vs anormal 18.7% (p=< 0.05). ECVC combinados: SPECT normal 7.9% vs anormal 26.9% (p=<0.05).
Conclusiones: El estudio demostró alta utilización de estudios SPECT con ejercicio sin complicaciones, permitiendo identificar a una población de mayor riesgo al año de seguimiento.

136 Mortalidad y Conductas Basadas en la Evidencia. Su relación con Edad y Sexo en Pacientes con IC Descompensada.

Mariani , J; De Abreu, M; Gagliardi, J; Doval, H; Silberstein, A; Tajer , C
Investigación, Epi-Cardio, GEDIC (Grupo de Estudio, Docencia e Investigación Clínica), C.A.B.A., Argentina

La edad avanzada y el género en pacientes con IC aguda (ICA) pueden condicionar el riesgo y la selección de terapias basadas en la evidencia (BE).
Objetivos: Estudiar la relación entre la edad y el sexo con la mortalidad intrahospitalaria y la indicación de terapias BE.
Métodos y Resultados: Se incluyeron 2349 pacientes (p) con ICA en un registro prospectivo de unidades coronarias en los años 2005-2009. Varones 57,9%. Los hombres fueron más jóvenes (68.1 ±13 vs 74.6 ±14;p<0.001), con más IAM previo (25% vs 11%;p<0.001); las mujeres tuvieron más FA (32% vs 27%;p=0.005). Mortalidad: 6.3%, sin diferencias entre hombres y mujeres (5.7% vs 7.1;p=0.17). La mortalidad por cuartilos crecientes de edad fue 5.2, 4.3, 4.6 y 8.8% (p=0.063) en hombres, y en mujeres 4.4, 4.5, 8.7 y 10.8% (p=0.001). En p con disfunción sistólica, el uso de terapias BE se asoció inversamente con la edad: mujeres: betabloqueantes (BB) 60.4%, 60.2%, 53.7% y 36.3% (p<0.001), IECA/ARA 69.8%, 68.6%, 70.4% y 54.9% (p=0.053), espironolactona 43.9%, 40.7%, 30.6% y 27.5% (p=0.004); y en varones: BB 65.0%, 67.5%, 59.9% y 50.9% (p=0.002), IECA/ARA 78.0%, 72.6%, 74.1% y 57.5% (p <0.001) y espironolactona 54.2%, 53.3%, 39.6% y 27.5% (p <0.001). En p con FA, hubo asociación inversa de la edad y la ACO en hombres (69.0%, 55.7%, 49.5% y 25.2%; p<0.001) y mujeres (49%, 54%, 46.2% y 19.2%; p<0.001). El análisis ajustado confirmó la asociación inversa entre terapias BE y la edad (p<0.001 para todas); el sexo masculino se asoció positivamente con el uso de BB (p=0.008), IECA/ARA (p=0.047) y espironolactona (p=0.006), pero no con ACO.
Conclusión: La mortalidad hospitalaria se incrementó con la edad, y hubo una tendencia a mayor mortalidad en las mujeres. En pacientes añosos y en mujeres se tendió a utilizar menos terapias basadas en evidencia, lo que debe considerarse para evitar subtratar grupos vulnerables.

179 Tractografía por Resonancia Magnética en Pacientes con Dolor Precordial debido a Síndrome X y Enfermedad Coronaria

Ochoa, JP; Princich, JP; Carroza, V; Binaghi, D; Gurfinkel, EP
Investigacion y Desarrollo, Cardiologia, Hospital Unversitario Fundación Favaloro, CABA, Argentina / Investigación, CONICET, CABA, Argentina / Resonancia Magnética, Imagenes, Investigaciones Médicas, CABA, Argentina

Introducción: El Síndrome X se asocia a signos y síntomas de isquemia, sin enfermedad arterial epicárdica demostrada. A pesar de décadas de investigación, la naturaleza de la percepción del dolor es aún controvertida.
Objetivos: Explorar los tractos nerviosos sensitivos involucrados en la percepción anormal del dolor en mujeres que sufren de Síndrome X.
Material y Métodos: 18 mujeres fueron incluidas en este estudio prospectivo: 6 con Síndrome X; 6 con enfermedad coronaria documentada; y 6 controles sanas. Se obtuvieron datos e imágenes con la técnica de difusión con un resonador de 1.5 T. Se realizó el mapeo del tracto espinotalámico lateral mediante tractografía. Las características anatómicas (lineas, voxels y longitud) y físicas (anisotropía fraccional, coeficiente de difusión aparente, difusividad media, radial y axial) de cada tracto fueron analizadas.
Resultados: No hubo diferencias en las características fisicas de los tractos. Los pacientes con Síndrome X mostraron en forma significativa un mayor número de voxels que las pacientes coronarias y del grupo control (107±49 vs. 83±24 vs. 66±16; p=0.018), con una tendencia a tener mayor longitud y líneas en cada tracto.
Conclusión: La tractografia por difusión mostró diferencias anatómicas en las caracterísiticas de los tractos espinotalámicos de las pacientes con Síndrome X con respecto a los controles sanos y las pacientes con enfermedad coronaria, con preservación de las características físicas de las fibras . Este probablemente sea el primer estudio en evaluar "in vivo" los tractos neurológicos involucrados en la transmisión del dolor en este grupo de pacientes.

189 Motivos de Ingreso, Procedimientos y Pronóstico de 51.000 Pacientes Ingresados a Unidades Coronarias. 6 Años del Registro Epicardio.

Silberstein, M; Mariani, J; De Abreu, M; Gonzalez, M; Garcia, M; Dizeo, C; Salzberg, S; Gagliardi, J; Doval, H; Tajer, C
Investigación, Epi-Cardio, GEDIC (Grupo de Estudio, Docencia e Investigación Clínica), C.A.B.A., Argentina

Objetivos: Evaluar la factibilidad de una epicrisis computada (EPIC) en una red de unidades coronarias (UCO), su valor educativo y de investigación.
Metodos: La EPIC se distribuyó en forma gratuita desde el año 2005. Genera un informe impreso de la evolución con fines clínicos y administrativos, y al mismo tiempo una base de datos con páginas específicas por patología.
Resultados: Entre 08/2005 y 12/2010 ingresaron 51.871p a una red de 49 UCO en Argentina. Edad 64,9 ± 14,7, el 64,1% hombres. Las causas más frecuentes de ingreso fueron: síndrome coronario agudo (SCA) 13.047 p (25,2%), control post-hemodinamia 4.541 p (8,8%), insuficiencia cardíaca 5.559 p (10,2%), arritmias 3.921 p (7,8%), cirugía cardíaca 2.588 p (5%), síncope 1534 (3%), marcapasos/CDI Resincronizacion 2.191p (4,5%), dolores no coronarios 1.357 p (2,6%). En SCA sin ST elevado el 50,8% de los p fueron angiografiados y el 25,8% angioplastiados (ATC). La mortalidad intrahospitalaria fue 1,5%. Medicación al alta: aspirina 82,8%, betabloqueantes (BB) 72,9%, estatinas 74,8% y clopidogrel 53,2%. En SCA con ST elevado la reperfusión se realizó en el 53%, (21,2% trombolisis, 31,8% ATC primaria y 6,1% de rescate). Medicación al alta: aspirina 83%, BB 74% y estatinas 76%. La mortalidad intrahospitalaria fue 5,5%. El chi de tendencias en ambos SCA mostró una mejora significativa en el uso de fármacos basados en la evidencia a lo largo de los 5 años p <0,001.
Conclusiones: En cinco años se logró la inclusión consecutiva de más de 50.000 p y continuidad en el proyecto, permitiendo una descripción de la evolución hospitalaria y prácticas clínicas en una red amplia. La participación en la red se asoció a una mejora en la indicación de la terapia basada en la evidencia. El registro prospectivo multicéntrico con una herramienta simple, una epicrisis integrada a la práctica asistencial-administrativa, debe ser considerado una estrategia valiosa para evaluar y mejorar la práctica clínica en UCO.

194 Prevalencia de Miocardio No Compactado en una Población de Pacientes con Sospecha de Enfermedad Cardiovascular.

Borelli, E; Ronderos, R; Trivi, M; Avegliano, G; Sanchez, G; Perea, G; Kuschnir, P; Castro, F; Zanier, M.M; Thierer, J
Diagnóstico por Imágenes, Sección Ultrasonido Cardiovascular, Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, CABA, Argentina / Investigaciones clinicas, Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, CABA,

La prevalencia de miocardio no compactado (MNC) en pacientes (p) con sospecha de enfermedad cardiovascular no está definida aun. El objetivo de este trabajo es determinar en forma prospectiva la prevalencia de MNC en una población con sospecha de enfermedad cardiaca.
Población y Métodos: Ecocardiografistas y técnicos fueron entrenados para reconocer los criterios ecocardiográficos (Imágenes esponjosas en el ápex del ventrículo izquierdo, trabéculas finas y móviles que ocupen 2/3 del espesor de la pared ventricular en fin de diástole, y presencia de flujo intertrabecular en Doppler color), para el diagnóstico de MNC. Se incluyeron p no seleccionados, en forma prospectiva, durante un año. Se utilizaron diferentes equipos de ultrasonido, con 3D y estudios convencionales.
Resultados: Se estudiaron 10857 pts , 3431 (31,87 %) fueron normales,1843 (17 %) tuvieron solo disfunción diastólica, 793 (7,3 %) diagnósticos no especificados y 34 fueron estudios de mala calidad (0,31 %). Se diagnostico MNC en 26 pts. La prevalencia total fue de 0, 24%. Los MNC fueron el 8, 8% de las miocardiopatías dilatadas (MD) (26/294) y el 29% (26/75) de aquellas MD de origen no isquémico. El grupo de MNC tuvo 16 mujeres, edad media de 52,6 años (13 – 86 años). El número de segmentos MNC fue 4,94 ± 1,53. Los MNC tuvieron FEVI < 50% en 20 casos (Grupo A) y en 6 casos > 50 % (Grupo B) La edad y el sexo fueron diferentes en ambos grupos. Grupo A: 58 ± 12, 4 años vs B: 37,5 ± 20,8 años p< 0.04 Las mujeres fueron menos en el grupo A (10/20 vs 6/6) p< 0.05. Hubo diferencias significativas en los diámetros del VI (2D) y volúmenes (3D) entre ambos El número de segmentos con MNC fue similar Entre los pacientes con MD y los MNC con FEVI < 50% no hubo diferencias.
Conclusiones: La prevalencia de MNC en p con sospecha de enfermedad cardiovascular es baja. Es muy alta en el subgrupo de p. con MD, sin diferencias en los parámetros de función VI. Los pts con MNC y FEVI normal son más jovenes

195 Predictores Pronósticos en Insuficiencia Cardíaca Tratada con Terapia de Resincronización: Importancia de los Cambios en el QRS.

Coronel, M.L; Manzolillo, S; Pantich, R.E; Unzain, B; Cimbaro Canella, J.P; Parras, J.I; Pozzer, D.L; Kriskovich, J.O; Romberg, D; Perna, ER
Inst Juana Cabral, Corrientes, Corrientes, Argentina

La terapia de resincronización cardíaca (TRC) es utilizada frecuentemente para tratar pacientes con insuficiencia cardíaca (IC).
Objetivo: Identificar marcadores pronósticos asociados con mortalidad, incluyendo cambios en el QRS, en pacientes tratados con TRC.
Método: Se incluyeron 53 pacientes que recibieron TRC en el periodo 2003-2010. Se analizaron variables clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas antes del implante del dispositivo, el QRS postimplante y la reducción proporcional del QRS (RedQRS) con la fórmula (QRS preTRC-QRS post-TRC/QRS preTRC)*100. Se determinaron puntos de corte para variables cuantitativas por curvas COR y se realizó un análisis proporcional de Cox.
Resultados: La edad fue 66±9 años, 68% eran varones y 55% de etiología isquémica. La supervivencia a 24 meses fue de 50%. Las variables asociadas a mortalidad en el análisis univariado (con p≤0,10) fueron: implante antes o después de JUN/09 (41 vs 19%, p=0,10), etiología isquémica (45 vs 17%, p=0,029), clase funcional IV (43 vs 17%, p=0,045), uso de espironolactona (ESPN)(25 vs 68%, p=0,023), ≥2 internaciones por IC el año previo (41 vs 19%, p=0,100), ≥10 días de internación por IC el año previo (48 vs 15%, p=0,011), QRS postimplante ≥150 mseg (25 vs 68%, p=0,023) y RedQRS <16% (57 vs 11%, p=0,001). En el análisis de Cox, los predictores independientes de mortalidad fueron: etiología isquémica (HR 5,3; IC95% 1,3-20,8), uso de ESPN (HR 0,1; IC95% 0,02-0,5), ≥2 internaciones por IC (HR 5,9; IC95% 1,2-29,5) y RedQRS <16% (HR 13,9; IC95% 2,1-93,0). El área bajo curva COR del número de variables para predecir mortalidad fue 0,86, y según la presencia de ≤1, 2 y ≥3 variables, la supervivencia fue 97, 50 y 17% (log rank test <0,0001).
Conclusiones: Los pacientes con IC tratados con TRC presentaron una pobre supervivencia a 2 años. La etiología isquémica, la severidad preimplante y la incapacidad para obtener una reducción adecuada del QRS fueron marcadores independientes de riesgo

247 Síndrome Coronario con ACN o Irregularidades Mínimas. ¿Qué Sabemos de su Presentación Clínica y Evolución a Largo Plazo?

Barrios, P; Parras, J; Gimenez, C; Coco, N; Babi, C; Fernandez, E; Escalante , J; Echeverria , R
Emergenecias, Cardiologia, Instituto de Cardiologia de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Residencia de Cardiologia Clinica, Cardiologia, Instituto de Cardiologia de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Ecocardiografía, Cardiología, Instituto de Cardiolgia de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina

Introducción: Las arterias coronarias con lesiones no significativas (IRM) y arterias coronarias normales (ACN) representan un 10-25% de los estudios angiográficos en pacientes ingresados por sindrome coronario agudo (SCA).
Objetivo: 1) Describir el perfil clínico de los pacientes con SCA y ACN o IRM 2) Tasa de eventos(IAM, Angina CFIII,Rehospitalización por angina o muerte) en el seguimiento3)Variables asociadas a eventos en el seguimiento.
Material y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, entre 01/01/2004 y 01/01/2010. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de SCA que se realizaron CCG intrainternación. Se excluyeron: miocardiopatia dilatada, estenosis mayores al 30% de la luz del vaso, valvulopatía severa o enfermedad terminal. Se realizó seguimiento clínico o telefónico.
Resultados: Se identificaron 184 ptes, el 60%(111) de sexo masculino.La edad media fue de 57±10 años. El 71,4% presenta HTA, 20% tabaquistas, 31,4% dislipidemia y 10,2% diabetes. La TAS media fue de 128±23 mmHg, la TAD media fue de 76 ±13,8 mmHg. Entre los marcadores de injuria tnt media 0,27±0,9 ng/dl, CKMB 31,7±40. En el ECG de ingreso 21,7% presentó infradesnivel del ST y 52% ECG sin cambios.Se identificaron 43 eventos. La mediana de seguimiento fue 66 meses. Los factores asociados a eventos en el univariado, fueron la tension arterial sistolica (p0,026), eritrosedimentación (p0,014), Edad (p0,012), HTA (p0,04). En el multivariado solo la edad se comportó como predictor (p0,02; O.R. 1,04).
Conclusiones: Los pacientes con SCA y ACN o irregularidades minimas en la CCG son principalmente mujeres jóvenes. LA HTA es el principal factor de riesgo de esta poblacion, el 23% de ellos presenta eventos en el seguimiento, siendo el unico factor asociado la edad avanzada.

057 El Silenciamiento del Intercambiador Na+/H+ Miocárdico (Nhe-1) Cancela la Segunda Fase de Fuerza (Sff) Post-Estiramiento.

Pérez, NG; Roldán, MC; Ennis, IL; Nolly, MB; Villa-Abrille, MC; Cingolani, E; Álvarez, BV; Cingolani, HE
Centro de Investigaciones Cardiovascular, Facultad de Ciencias Médicas de La Plata, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina / Cedars Sinai Heart Institute, Cedars Sinai Medical Center, Los Ángeles, California, United States of América

El estiramiento miocárdico provoca un aumento rápido de fuerza seguido por una fase lenta o SFF. La SFF se debe a un aumento del Ca2+ intracelular cuyo origen se discute. Nosotros hemos propuesto que la activación del NHE-1 es clave para la SFF, pero resultados de otros grupos desafían este concepto. El objetivo de este trabajo fue testear específicamente el rol del NHE-1 en la SFF. Para ello diseñamos un RNA de interferencia capaz de silenciar específicamente al NHE-1 y lo incorporamos a un vector lentiviral (l-shNHE1), el que fue luego inyectado en la pared ventricular izquierda de ratas Wistar. Otro grupo de ratas inyectadas con un vector que expresaba una secuencia no-silenciadora (scramble) del NHE-1 sirvió de control. Luego de 1 mes se midió la expresión del NHE-1 en el ventrículo izquierdo y se evaluó la actividad del NHE-1 mediante la recuperación del pHi luego de una carga ácida (prepulso de ammonio) en músculos papilares aislados, en los que también se midió la SFF. Mediante microscopía confocal se confirmó la presencia del lentivirus en el miocardio ventricular izquierdo en sitios lejanos al de inyección. El l-shNHE1 redujo la expresión del NHE-1 (45±8 % del control, P<0.05). Esto correlacionó con un enlentecimiento de la recuperación del pHi luego de la acidosis [maxdpHi/dt 0.055±0.008 (scramble) vs. 0.009±0.004 (l-shNHE1) unidades de pH/min, P<0.05], un corrimiento hacia la izquierda de la relación entre JH+ (eflujo de H+ corregido por la capacidad buffer intrínseca) y pHi, y la cancelación de la SFF [124±2 vs. 101±2 % de la fase inicial, P<0.05]. Esto último ocurrió a pesar de que la fosforilación de las kinasas ERK1/2, activadoras del NHE-1, se mantuvo elevada [247±12 (estiramiento) y 263±23 (estiramiento l-shNHE1) % del control, P<0.05 vs. control no estirado]. Dado que los mecanismos generadores de la SFF son similares a los de la hipertrofia cardíaca podemos especular que esta técnica podría utilizarse para la prevención de esta patología.

060 Implicancia de la Persistencia del T. Cruzi en la Miocardiopatía Chagásica Crónica

Bazán, C; Micucci, L; Fauro, R; Triquel, F; Cremonezzi, D; Lo Presti, S; Báez, A; Strauss, M; Paglini, P; Rivarola, W
Cátedra de Física Biomédica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina / Cátedra de Histología , Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina / Cátedra de Anatomía Patológica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina

Los mecanismos por los cuales los pacientes con infección crónica desarrollan la Enfermedad de Chagas no son completamente conocidos. Se ha planteado la posibilidad de una patogenia autoinmune, aunque existen dudas acerca de que el mecanismo autorreactivo sea el único responsable de las lesiones cardíacas. Para otros, la persistencia del parásito generaría una reactividad inflamatoria crónica, y ésta induciría una respuesta inmune cuyo blanco sería el propio tejido del huésped. Estudiamos la importancia de la persistencia del parásito como factor determinante en generar miocardiopatía. Se infectaron 139 ratones albinos suizos con 50 tripomastigotes/ratón de T. cruzi cepa Tulahuen a los que se les realizó electrocardiogramas (ECG), parasitemia, sobrevida, histopatología, inmunofluorescencia y PCR a los 90, 180, 270 y 360 días post infección (dpi). Los datos fueron analizados de acuerdo a la naturaleza de la variable en estudio (ANAVA, datos categóricos y test de comparaciones múltiples). Se consideró un nivel de significación de $p < 0.05$. La máxima parasitemia se observó a los 21 dpi y se negativizó a los 42dpi. Las alteraciones ECG en ratones infectados fueron: a los 90dpi 50% y 360dpi 67% y en ratones sin infectar sólo 9,68%. Infiltrados inflamatorios se observaron a lo largo de toda la infección, con un mayor porcentaje en aquellos ratones con alteraciones electrocardiográficas; se verificó la presencia de parásitos en músculo esquelético y cardíaco hasta los 360 dpi mediante la técnica de inmunofluorescencia y PCR. La mayor mortalidad se produjo a los 21dpi y un porcentaje de sobrevida del 10% al final de la infección. Estos resultados muestran la presencia de parásitos en tejidos cardíaco y esquelético durante toda la infección y que en la fase crónica indeterminada (ratones sin alteraciones ECG) ya podemos encontrar infiltrados inflamatorios en miocardio.

083 La Transactivación del Egfr por Aldosterona estimula al Intercambiador Na+/H+ Cardíaco por un Mecanismo Redox-Sensible.

De Giusti, VC; Nolly, M; Yeves, AM; Caldiz, CI; Villa-Abrille, MC; Chiappe de Cingolani, GE; Ennis, IL; Cingolani, HE; Aiello, EA
Centro de Investigaciones Cardiovascular, Facultad de Ciencias Médicas de La Plata, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina

En los últimos años, el uso de inhibidores de los receptores de mineralocorticoides (MR) para el tratamiento de la hipertrofia e insuficiencia cardíaca ha ganado particular importancia. La estimulación del intercambiador Na+/H+ (NHE-1) por la aldosterona (aldo) podría contribuir a los efectos deletéreos. El objetivo de este trabajo es investigar si la transactivación del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) está involucrado en la estimulación del NHE-1 por aldo. Se midió la recuperación del pH intracelular (pHi) tras la inducción de una carga ácida en miocitos de rata. Los datos se presentan como la diferencia del flujo de H+, ΔJH en mM/min, entre control y tratamiento en ausencia o presencia de aldo o EGF a pHi 6.8. * indica p<0.05. Aldo estimuló al NHE-1 (0.88±0.2*, n=5), siendo prevenido por los inhibidores del MR espironolactona (-0.21±0.33, n=5) o eplerenona (-0.25±0.32, n=6), pero no siendo afectado ni por mifepristona (inhibidor del receptor de glucocorticoides; 0.82±0.23*, n=4) ni por cicloheximida (inhibidor de la síntesis proteica; 0.95±0.24*, n=5), indicando una vía de señalización no-genómica desencadenada por el MR. El efecto de aldo fue prevenido por AG1478 (inhibidor de la kinasa del EGFR; -0.29±0.08, n=4), sugiriendo la necesaria transactivación del EGFR. La fosforilación de p90RSK (blanco de la kinasa ERK 1/2) y del NHE-1 inducido por aldo fue prevenido por AG1478. El EGF mimetizó el efecto de aldo (0.95±0.34*, n=5). El EGF aumentó la producción de especies reactivas del oxígeno (ROS) y el efecto del EGF sobre el NHE-1 fue abolido en presencia de MPG (secuestrador de ROS; -0.42±0.14*, n=4). Concluimos que aldo, tras su unión al MR, aumenta la actividad del NHE-1 vía la transactivación del EGFR, la formación de ROS y la activación de la vía de las MAP kinasas. Estos resultados abren un nuevo camino hacia el estudio del EGFR como mediador de los efectos de aldo y su implicancia en el desarrollo de patologías cardíacas.

203 Características Epidemiológicas de Pacientes con Enfermedad De Chagas-Mazza en dos Localidades Endémicas de la Provincia de Chaco.

Hernández, D.O; Severini, G.V; Sorba, V.M; Sforza, N.S; Diaz Rojas, M.V
Consultorio de Chagas, Internado Rotatorio. , Facultad de Medicina, Corrientes, Corrientes, Argentina / Consultorio de Chagas, Ministerio de Salud Pública de Chaco, Hospital de Miraflores, Miraflores, Chaco, Argentina / Centro de Salud, Ministerio de Salud Pública de Chaco, Hospital de Misión Nueva Pompeya, Misión Nueva Pompeya, Chaco, Argentina

Introducción: La provincia de Chaco es la región geográfica del país, de mas elevada prevalencia de la Enfermedad de Chagas-Mazza, con lesiones crónicas frecuentes, y transmisión vectorial activa
Objetivos: Describir las características epidemiológicas de los pacientes con esta enfermedad que habitan en tres localidades endémicas y de zonas rurales.
Material y Métodos: Fueron incorporados en forma prospectiva desde 01-11-2009 al 20-11-2010, 616 pacientes con diagnóstico serológico de Enfermedad de Chagas-Mazza. en los Hospitales de Miraflores y, Misión Nueva Pompeya. A todos se les realizo una historia clínica, con examen físico y un electrocardiograma de 12 derivaciones. Las variables del estudio fueron el tipo de diagnóstico, sexo, edad y vía de contagio. Se expresó como variable estadística cualitativa al porcentaje.
Resultados: Total de pacientes incorporados 616, sexo femenino 335 pacientes 54.38 %, la edad fue 35,8 años, sexo masculino 281 pacientes 45,6 %, la edad promedio fue 41,7 años.

VARIABLE	Varones	Mujeres	total	%
Tipo de diagnóstico				
Síntomas	149	132	281	45.6
Donante de sangre	26	11	37	6.0
Control epidemiológico	93	150	243	39.4
Control clínico	13	24	37	6.0
Embarazo	0	18	18	2.9

VARIABLE	Varones	Mujeres	total	%
Vía de Contagio				
VECTORIAL	241	209	450	73.05
CONGENITO	17	20	37	6
DESCONOCE	54	72	126	20.4

Conclusión: Los síntomas de la cronicidad de la Enfermedad de Chagas, son el motivo mas frecuente del diagnóstico, las mujeres consultan a edades mas tempranas, y la vía de contagio mas frecuente fue la vectorial.

204 Alteraciones Electrocardiográficas en pacientes con Cardiopatía Chagásica en dos localidades del Impenetrable Chaqueño.

Hernández, D.O; Severini, G.V; Diaz Rojas, M.V; Sforza, N.S; Insaurralde, W
Consultorio de Chagas, Internado Rotatorio. , Facultad de Medicina, Corrientes, Corrientes, Argentina / Consultorio de Chagas, Ministerio de Salud Pública de Chaco, Hospital de Miraflores, Miraflores, Chaco, Argentina / Consultorio de Chagas, Ministerio de Salud Pública de Chaco, Hospital de Misión Nueva Pompeya, Misión Nueva Pompeya, Chaco, Argentina

Introducción: Los pacientes con Enfermedad de Chagas que nacieron y viven en zonas endémicas presentan diferentes alteraciones electrocardiográficas clásicas y crónicas y el linaje de Tripanosoma cruzi que mas daño eléctrico genera es el tipo V.
Objetivos: Determinar las alteraciones electrocardiográficas en pacientes que habitan en zonas geográficas endémicas del impenetrable y que presentan re infecciones en forma permanente.
Material y Métodos: Fueron incorporados en forma prospectiva desde 01-11-2009 al 20-11-2010, 616 pacientes(p) con diagnóstico serológico de Enfermedad de Chagas-Mazza en los Hospitales de Miraflores y Misión Nueva Pompeya. A todos se les realizo una historia clínica, con examen físico y un electrocardiograma de 12 derivaciones. Se expresó como variable estadística cualitativa el porcentaje.
Resultados: Fueron evaluados 616 p. 302 p (49.03%) presentaron alteraciones electrocardiográficas. La edad promedio de esta población fue 44.3 años. 314 p (50.97%) tenían electrocardiogramas normales y la edad fue 33,4 años. Las Lesiones eléctricas que se encontraron fueron: HBAIHH 88 p (29.14%), extrasístoles ventriculares 46 p (15.2%), bradicardia sinusal 44 p (14.5%) BIRDHH 33 p (10,9 %), HBAIHH incompleto 30 p (9.3%), bloqueo bifascicular 25 p (8,2%), BIRDHH-HBAIHH y BIRDHH-HBAIHH incompleto 18 p (5.9 %) taquicardia sinusal y fibrilación auricular 16 p (5.3%), QT prolongado 14 p (4.6 %), BCRDHH y extrasístoles auriculares 13 p (4.3 %), bloqueo AV de 1º grado 4 p (1.32%)
Conclusiones: Se observa que los pacientes que habitan en el impenetrable y que presentan re infecciones en forma permanente tienen un muy elevado porcentaje de trastornos intraventriculares, seguido por la afección del nódulo sinusal y las extrasístoles ventriculares

205 Formas Clínicas en Pacientes con Cardiopatía Chagásica Crónica demostrada en el Impenetrable Chaqueño

Hernández, D.O; Larroza, G.O; Severini, G.V; Amarilla, N.O; Saucedo, J.L; Kolbenehuyer, G.D; Diaz Rojas, M.V; Sforza, N.S; Guibert, M.E
Consultorio de Chagas, Internado Rotatorio. , Facultad de Medicina, Corrientes, Corrientes, Argentina / Consultorio de Chagas, Ministerio de Salud Pública de Chaco, Hospital de Miraflores, Miraflores, Chaco, Argentina / Centro de Salud, Ministerio de Salud Pública de Chaco, Hospital de Misión Nueva Pompeya, Misión Nueva Pompeya, Chaco, Argentina

Introducción: Los pacientes con cardiopatía chagásica crónica demostrada pueden cursar por diferentes cuadros clínicos relacionados a alteraciones eléctricas, miocárdicas, del sistema nervioso autónomo, isquémicos y a fenómenos embólicos venosos y sistémicos.
Objetivos: Describir las formas clínicas que se presentan en pacientes con cardiopatía chagásica crónica demostrada en el impenetrable chaqueño.
Material y Métodos: Fueron incorporados en forma prospectiva desde 01-11-2009 al 20-11-2010, 616 pacientes con diagnóstico serológico de Enfermedad de Chagas-Mazza. en los Hospitales de Miraflores y, Misión Nueva Pompeya. A todos se les realizo una historia clínica, examen físico y un electrocardiograma de 12 derivaciones. Las variables del estudio fueron: formas clínicas, insuficiencia cardíaca (IC),lesiones eléctricas y fenómenos embólicos. El programa estadístico utilizado fue SPSS.
Resultados: Fueron evaluados 616 paciente. 302 pacientes 49.02 %, presentaron diferentes formas clínicas de cardiopatía chagásica crónica demostrada. sexo masculino 164 pacientes 54,3 % y sexo femenino 138 pacientes 46, 6 %. La edad promedio para ambas formas clínicas fue 44,2 años.

SINTOMÁTICOS	FORMAS CLÍNICAS	total de pacientes	Porcentaje	p
	Insuficiencia cardíaca	43	14,24	0,05
	Lesiones eléctricas sin IC	218	72,19	0,003
	TEP	2	0,66	NS
ASINTOMÁTICOS		39	12,91	0,05

Conclusiones: Fue estadísticamente significativa los pacientes que presentaron insuficiencia cardíaca, lesiones eléctricas sin insuficiencia cardíaca y los pacientes asintomáticos.

250 Linaje de Trypanosoma Cruzi, Asociado a Lesiones Eléctricas Crónicas en pacientes con Enfermedad de Chagas-Mazza.

Hernandez, D.O; Severini, G.V; Sforza, N.S; Biolchi, L.A; Lucero, R.H; Bruses, B; Schijman, A.G; Diaz Rojas, M.V; Larroza, G.O
Consultorio de Chagas, Internado Rotatorio. , Facultad de Medicina, Corrientes, Corrientes, Argentina / Departamento de Biología Molecular, Instituto de Medicina Regionl, UNNE, Chaco, Chaco, Argentina / Biología Molecular, INGEBI, INGEBI, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Introducción: Las poblaciones naturales de T. cruzi han sido clasificadas en seis linajes filogenéticos o unidades de tipificación discreta: T. cruzi I, II, III, IV, V y VI y que pueden jugar un rol en el tropismo tisular y patogénesis de la miocardiopatía chagásica.
Objetivos: Determinar si existen algún linaje de T. cruzi asociado a lesiones eléctricas crónicas en pacientes con Enfermedad de Chagas-Mazza
Material y Métodos: Fueron evaluados en forma prospectiva 132 pacientes con serología positiva para la Enfermedad de Chagas, demostradas mediante dos métodos: HAI con un título > 1/32 Y ELISA positivo. Se realizó extracción de sangre de 1 centímetro cúbico anticoagulada con EDTA al 1 %, historia clínica y un electrocardiograma de 12 derivaciones. Los linajes fueron clasificados de acuerdo a la Nomenclatura publicada en el 2009 en DTU tipo I, II, III, IV, V y VI Las variables a evaluar fueron, edad, alteraciones electrocardiográficas y tipo de Linaje o DTU. Se expreso como método estadístico una variable cualitativa que fue el porcentaje.
Resultados: 41 pacientes (p) (31.06 %), presentaron PCR positiva, la edad promedio fue 38.5 años. 91 pacientes (68.94%), presentaron PCR negativas, la edad promedio de esta población: 39,2 años. Los linajes obtenidos fueron: TIPO V en 15 p (36,5%), TIPO II, V o VI en 12 p (29,2 %), No determinado en 11 p (26,8 %) TIPO I o V en 2 p (4,8 %) y II o VI en 1 p (2,4 %). 14 pacientes (34.14 %) presentaron trastornos intraventriculares, estuvieron relacionados con los Linajes tipo V y II-V o VI. 5 pacientes (12,19 %) con arritmias sinusales se relacionaron con los Linajes II-V o VI.
Conclusiones: Existen linajes de T. cruzi que provocan arritmias y trastornos intraventriculares y el tipo V fue el que mas estuvo asociado a alteraciones eléctricas en los pacientes con Enfermedad de Chagas.

055 Predictores de Mortalidad Intrahospitalaria en pacientes sometidos a Angioplastia Primaria

Fleitas Paez, M; Reyes Prieto, ML; Echeverria, RB; Aristimuño, G; Liva, P; Baccaro, J; Burgos, C; Parras, J; Zoni, R
Unidad Coronaria, Residente de Cardiología, Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Hemodinamia, Staff, Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Ecografia, Staff, Inst. de Cardiologia de Ctes, Ctes, Ctes, Argentina

Introducción: La angioplastia percutánea primaria ha demostrado ser la mejor terapia de reperfusión en pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del ST. Los predictores de mortalidad intrahospitalaria en la era de la ATC no han sido bien establecidos.
Objetivos: Determinar las variables predictoras de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con sindrome coronario agudo con elevación del ST que se sometieron a angioplastia primaria.
Método: Estudio retrospectivo, observacional donde se incluyeron pacientes mayores de 18 años ingresados por síndrome coronario agudo con elevación del ST, quienes fueron sometidos a angioplastia transluminal coronaria primaria, internados en el Instituto de Cardiología de Corrientes, desde febrero de 2003 hasta agosto de 2010.
Resultados: Se incluyeron 289 pacientes, edad media fue de 60,2 ± 11 años, 68% sexo masculino. Las variables que se asociaron a mortalidad en el seguimiento son: edad (p 0.001), stent (p 0.12), éxito hemodinámico (p <0.001), CVRM previa (p 0.011), IECA (p 0.001), B Bloq (p 0.001), estatinas (p 0.001), IC (p 0.013), reinfarto (p 0.018), BCIAo (p 0.005), MCPT (p 0.001), Swan Ganz (p 0.003). Se realizó análisis de variables múltiples que identificaron como predictores independientes de mortalidad la utilización de IECAs (p 0.035. OR 0.13), B bloqueantes (p 0.031.OR 0.17) y Estatinas (p 0.021. OR 0.14), edad (p 0.016. OR 1.1).
Conclusión: En los pacientes con SCAEST que fueron sometidos a ATC primaria los predictores independientes de mortalidad son una variable demográfica (edad) y variables relacionadas con el tratamiento actual del infarto agudo de miocardio (betabloqueantes, IECAs y estatinas).

078 Correlación entre Perfusión Miocárdica y Cinecoronariografía en pacientes con Angina de Pecho Estable

Jerez Albaca, A; Chaya, G; Abdo, L; Mercau, G; Chain, S; Oporto, G; Luciardi, H; Serrano, A; Castillo, A; Muntaner, J
Cardiología, Unidad Coronaria, Centro Modelo de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina / Servicio de Cardiologia, Camara Gama, Centro Modelo de Cardiologia, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina / Cardiología, Servicio de Hemodinamia, Centro Modelo de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

La cardiología nuclear a ha pasado de ser una herramienta diagnóstica, a ser el patrón estándar con el cual se decide la indicación de CCG en pac con angina estable(AE) para indicar intervenciones farmacológicas o de revascularización miocárdica.
Objetivos: 1-Evaluar la correlación entre la isquemia miocárdica por perfusión y la anatomía coronaria por CCG, 2-Correlacionar localización de isquemia por perfusión con la localización de las lesiones coronarias responsable por CCG,3-Comparar severidad de la isquemia por perfusión con severidad de la lesión coronarias responsable.
Materiales y Métodos: Se incluyo en forma prospectiva 73 Pac con AE ingresados al CMC con indicación de CCG programada con SPECT positiva para isquemia leve,moderada,severa. Se analizaron 112 segmentos isquémicos y se correlaciono con la CCG,se considero lesion leve < al 50%,moderada 50-70%, severa > 70%.
Resultados: Se observó correlación entre la presencia de isquemia por perfusión miocárdica y lesion coronaria por CCG en 83,9%,Correlación entre segmentos isquémicos y arterias relacionada al mismo en el 69,9% de los pacientes,Correlación de grado de severidad en los segmentos isquémicos con respecto al grado de obstrucción en la arteria coronaria responsable fue del 39,8%,Cuando el paciente tuvo una isquemia severa por perfusión, presentó una correlación del 100% (P=0,01)comparada con los otros grupos,Cuando el paciente tuvo una isquemia moderada por perfusión, presentó una correlación del 85% estadísticamente significativa comparada con los otros grupos,isquemia leve por perfusión solamente tuvo una correlación del 19%.
Conclusión: 1-La perfusión miocárdica tuvo una elevada correlación con la presencia de enfermedad coronaria y localización de la misma.2-Fuerte rel con severidad de Isq. y lesion >70%,3-Baja correalacion severidad de las lesiones coronarias observadas por CCGcuando presentó una isquemia leve.4-EL 30% de pac.con isq.leve presento lesiones severas

158 Modos de Reperfusión en el Infarto Agudo de Miocardio en un Hospital de Referencia. Resultados Observacionales.

Vivas, M; Trucco, G; Clementi, J; Sarjanovich, R; Pessah, G; Guzman, L
Hemodinamia, Departamento de Cardiología, Hospital Córdoba, Capital, Córdoba, Argentina.

Objetivo: Conocer las características epidemiológicas de la población con síndrome coronario con elevación del segmento st, según la modalidad de reperfusión en nuestro hospital.
Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron pacientes con Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, internados en el Hospital Córdoba desde enero de 2008-hasta diciembre del 2009. Para la significación estadística (p< 0,05) se utilizaron los test: t de student, y chi cuadrado según el tipo de variable.
Resultados: Ingresaron 43 pacientes (22 recibieron trombolíticos y 21 ATC primaria). En el grupo de TROMBOLIZADOS (FL), masculinos: 90,01% y femenino: 9, 09 % y en ATC, masculino: 90,48 % y femenino: 9, 52% (P =0,4); La edad (FL: 54, +/- 8,23 VS ATC: 55,90 +/- 7,89 P=0,5). Clasificación de Killip Kimbal (mayor o igual a III) al ingreso, (FL 13,63% vs ATC 14,28%; P=0,25). Infarto localización anterior; en ambos grupos 43%. Dias de estancia hospitalaria, (FL 10,69 +/- 9,2 vs ATC 7,18 +/- 5,27; P=0,2). La mortalidad fue (FL 13% vs ATC 4,7%; P=0,28)
Conclusiones: Nuestro hospital presenta una población de paciente con infarto más joven que el resto de los registros, mayor cantidad de hombres, una mortalidad comparable a las cifras nacionales.

162 Análisis de la Evolución de la CF y FEY en IC. Registro de IC Hospital Córdoba

Tosar, C; Sarjanovich, R; Scaro, G; Guzman, L
Insuficiencia Cardíaca, Departamento de Cardiología, Hospital Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: La Insuficiencia cardiaca (IC) es una de las causas que lidera la morbimortalidad en los adultos mayores de 65 años (1). Representa el origen principal de la admisión hospitalaria en este grupo y se incrementa en los países industrializados. A pesar que la IC es una condición altamente prevalente, presenta ciertas limitaciones en el diagnostico y tratamiento
Objetivo: Identificar las características de un manejo especializado en esta patologías y Evaluar en el registro alguna tendencia en la evolución clínica (Clase Funcional según New York Heart Association-NYHA) y ecocardiográfica (fracción de eyección del ventrículo izquierdo- FEY) como consecuencia del manejo específico.
Material y Método: Se realizo análisis observacional, descriptivo, retrospectivo de 118 pacientes extraídos de un base de datos computarizado (tabla Acces) en consultorio de IC del Hospital Publico que l funciona como consultorio de derivación desde el año 2004
Resultados: La clase funcional (CF) según la NYHA al inicio de la valoración de los pacientes fue, en su mayoría IV (n: 52; 44%), seguidas en frecuencia por III (n: 25; 21.1%), II (n: 24; 20.3%) y I (n: 17; 14.4%). Con respecto a la CF actual, considerándose la misma al cierre del presente trabajo, prevaleció en I (n: 59; 50%), seguidas por II (n: 30; 25.4%), III (n: 15; 12.7%) y IV (n: 2; 1.6%). (Fig. 4 y 5). La Fey por Eco fue al ingreso: Leve 5% Moderada 30% y severa 64% y al final L 24% M 38% y S 17%.
Conclusiones: En el análisis de la CF y concordantemente con la evaluación ecocardiografica (FEY), se observo notable mejoría en ambos grupos.

164 Evaluación Ecocardiográfica de la Dinámica Contráctil Miocárdica usando Velocity Vector Imaging en Individuos con Bloqueo Completo de Rama Izquierda del Haz de Hiz.

Barbaglia, Fg; Tazar, J; De Rosa, R
Cardiología, Ecocardiografía, Instituto de Cardiología , S. Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

Introducción: El uso de "Velocity vector imaging" (VVI), permite medir velocidad y deformación de la fibra miocárdica en diferentes segmentos independiente al ángulo de incidencia. Este método detecta la velocidad, deformidad y tasa de deformidad del miocardio, como también la distribución de aceleración longitudinal y radial de la contracción y relajación del ventrículo izquierdo.
Objetivo: Descripción de los parámetros de: velocidad, strain y strain rate de los segmentos basales y mediales del VI, utilizando VVI en pacientes con bloqueo completo de rama izquierda del haz de hiz (BCRIHH)
Material y Método: Se evaluaron 17 pacientes con bloqueo de rama izquierda del haz de hiz y sin ninguna otra patología cardiovascular asociada con ecocardiogramas en Modo M y bidimensional normales.
Resultados: 17 pacientes, 78% hombres, edad promedio 43,9+/-10,1 años. El tamaño promedio del ventrículo izquierdo de la población estuvo dentro de lo normal: DFD: 49,8 (DS: 5,2)- DFS 34,6 (DS: 6,3). La función sistólica estaba conservada FE: 56% (DS: 8,55 %)) y no se evidencio aumento de la masa del ventrículo izquierdo (indexada) Índice Masa del VI: 126,2 (DS: 29).
Respecto a los parámetros evaluados con VVI se encontró: a) velocidad: Septum Basal 4,16 cm/seg (DS 1,31), Septum Medial 3,42 cm/seg (DS 1,01) Lateral Basal 4,67 cm/seg (DS 1,59) Lateral Medial 3,06 cm/seg (DS 1,24). B) Strain Septal Basal -9,79% (DS -7,48) Strain Septal Medial -14,45 (DS- 8,54), Strain Lateral Basal -18,38% (DS- 9,11), Strain Lateral Medial -19,97 cm/seg (DS -10,53). C) Strain Rate Septal Basal -1,02 cm/seg-1 (DS -0,85), Strain Rate Septal Medial -1,03 cm/seg-1 (DS -0,51), Strain Rate Lateral Basal -1,17 cm/seg-1 (DS -0,62), Strain Rate Lateral Medial -1,39 cm/seg-1 (DS -0,52).
Se observo que l velocidad del miocardio disminuye desde la base hacia la punta. La deformidad (Strain) se incrementa desde la punta hacia la base – valores más negativos; lo mismo que el SR.
Conclusiones: Se observo un gradiente de aceleración decreciente desde segmentos basales a mediales; y gradientes crecientes de deformidad desde segmentos mediales a basales. Se observó homogeneidad de todos los parámetros estudiados a un mismo nivel del ventrículo izquierdo. Los hallazgos se correlacionan con hallazgos descriptos previamente, del Doppler Tisular en Sujetos sanos. Es decir que en los pacientes con BCRIHH, a pesar de tener dispersión de la contracción, mantiene los parámetros descritos en sujetos sin trastornos de conducción.

174 Prevalencia de Pre-Hipertensión en Jóvenes: Impacto Sobre l Masa Ventricular Izquierda y la Distensibilidad Arterial

Broda, DS; Salazar, G; Pinilla, OA; Ennis, I; Escudero, EM
Centro de Investigaciones Cardiovascular, Facultad de Ciencias Médicas de La Plata, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina

El término pre-hipertensión (PH) fue introducido por el JNC VII en el año 2003 y fue definida como presiones sistólica de 120 a 139 mmHg y diastólica de 80 a 89 mmHg. Los fundamentos para generar esta nueva categoría fueron análisis epidemiológicos en poblaciones adultas que indicaron mayor riesgo cardiovascular con presiones superiores a 110 mmHg. El presente estudio fue diseñado para analizar la prevalencia de PH y el impacto sobre la masa ventricular izquierda (MVI) y la distensibilidad arterial en 624 alumnos de la Facultad de Ciencias Médicas con edades entre 18 y 24 años (61% mujeres) sin evidencias de cardiopatía. Se registró la presión arterial (PA) de acuerdo al JNC VII y se realizó ecocardiograma para obtener datos de estructura y función ventricular izquierda y de la distensibilidad arterial. 270/624 (43.3%) de los alumnos fueron PH, siendo mayor la prevalencia en los hombres (61.6% vs 31.7%-p<0.01). El índice de MVI, obtenido de dividir la MVI por altura elevada a 2.7, fue mayor en los PH, respecto a los normotensos(N) (N: 28.4 ± 0.3 g/m2.7; PH: 30.7 ± 0.4 g/m2.7-p<0.01-). Los parámetros de evaluación de la función sistólica y los de evaluación de la función diastólica no mostraron diferencias entre PH y N. La relación entre la presión de pulso y el índice de volumen latido utilizado para evaluar la distensibilidad arterial resultó mayor en los PH (N.1.13 ± 0.02 mmHg/cm3/m2; PH:1.26±0.02 mmHg/cm3/m2-p< 0.01) señalando mayor rigidez en ese grupo. Estos resultados permiten concluir que la PH tiene alta prevalencia en la población joven estudiada y que su presencia se asocia con aumento de la MVI y disminución de la distensibilidad arterial. Considerando que estas alteraciones se asocian con aumento del riesgo cardiovascular, surge la importancia de identificar a este grupo de individuos a edad temprana para estabecer conductas preventivas en forma precoz que impacten favorablemente en el pronóstico de los mismos.

009 Hipertensión Arterial y Asociación con Variables Antropométricas en adolescentes escolarizados de la Ciudad de Salta.

Gotthelf, SJ
Epidemiología, Epidemiología, Centro Nacional de Investigaciones Nutricionales, Salta, Salta, Argentina

Introducción: La prevalencia mundial de hipertensión arterial en la infancia es de 1 - 3% y llega al 10 % en la adolescencia. El peso corporal guarda una relación directa con la presión arterial, y la asociación entre IMC con presión elevada se ha documentado en diferentes grupos de edad.
Objetivo: Evaluar la asociación entre hipertensión y variables antropométricas en adolescentes escolarizados de la ciudad de Salta.
Métodos: Estudio transversal en adolescentes de 16-20 años de escuelas públicas y privadas. Variables: IMC, CC, Indice CC/Talla, presión arterial. Chi cuadrado, Test de Student, Regresión logística multivariada, Programas. EPIINFO, SPSS 15.
Resultados: 247 alumnos de 5 escuelas públicas (133 mujeres; 114 varones, edad media 17,6 ± 0,8 años) y 148 de 3 privadas (95 mujeres y 53 varones, edad media 17,2 ± 0,4 años), sumando un total de 395. Prevalencia general de hipertensión del 11,4 % (n=45). En escolares de escuelas públicas fue del 10,9% (n=27) y 12,2% en privadas (n=18); en mujeres fue del 5,7% (n=13) y en varones, 19,0% (n=32). Las medias de presión sistólica y diastólica resultaron significativamente mayores según los puntos de corte de las variables antropométricas. La probabilidad de Hipertensión fue 7,83 veces mayor en adolescentes con sobrepeso/obesidad; 4,49 veces mayor en los con CC aumentada y 5,79 veces mayor en los con CC/Talla aumentada. La probabilidad de ser hipertensos fue 4 a 5 veces mayor en los varones. No hubo asociación con el tipo de escuela.
Conclusiones: Se confirma la presencia de un problema actual de salud en los adolescentes: la Hipertensión, íntimamente relacionada al aumento de peso. Los tres indicadores de obesidad analizados mostraron asociación significativa respecto a la presencia de la enfermedad. .

044 Angina Inestable: Evaluación de Riesgo al Alta con Perfusión Miocárdica.

Mujica, RC; Vega Hidalgo, JE; Rojo, JO; Camardon, HL; Delgado Del Aguila, F; Pino, MA
Medicina Nuclear, Cardiología, Clínica VIedma, Viedma, Rio Negro, Argentina

Objetivos: Evaluar el riesgo gamagráfico al alta de pacientes (p) con angina inestable de riesgo bajo e intermedio según criterios de Bertolasi, Buscar predictores de alto riesgo.
Materiales y Métodos: Análisis prospectivo de 68 p. con angina inestable que se les realizo perfusión miocárdica dentro de los 15 días del alta. Se analizaron antecedentes, factores de riesgo y perfusión miocárdica. Los defectos de perfusión se clasificaron en reversibles, fijos y parcialmente reversibles; se distribuyeron de acuerdo al territorio arterial comprometido. Se estratificó riesgo por el porcentaje de miocardio afectado con el Score de suma de la diferencia en: Bajo menor del 6%, Intermedio entre 6 y 9% y Alto mayor del 10% del ventrículo izquierdo. Análisis estadístico uni y multivariado con Epi Info.
Resultados: Edad media 56 ± 10 años (33-84). Masculinos 70,6%.
Antecedentes: Revascularizados 10%, infarto 9%. Factores de riesgo: Hipertensión 68%, sedentarismo 66%, tabaco 63%, dislipemia 59%, diabetes 19%. Perfusión normal 40p (58%). Estratificación de riesgo: Alto 6%, moderado 3%, bajo 91%. Fracción de eyección 59±12. Defectos reversibles: Territorio de descendente anterior (TDA) 7p, territorio de circunfleja (TCX) 1p, territorio de coronaria derecha (TCD) 5p; TCD y TDA 1p, TCX y TDA 1p. Defectos fijos: TDA 3p, TCD 3p. Defectos parcialmente reversibles: TDA 1p, TCX 1p, TCD 4p. Defecto fijo TDA más parcialmente reversible TCD 1p. Predictores de alto riesgo: Revascularización previa RR 1.2 p 0,8; Ergometria positiva por ST RR 2,7 P 0,4.
Conclusiones: En esta población los factores de riesgo más frecuentes fueron hipertensión, sedentarismo, y dislipemia. La mayoría de los pacientes presentaron perfusiones normales, entre las anormales predominaron los estudios de bajo riesgo. Los defectos mas frecuentes fueros los reversibles en territorio de descendente anterior y existió un número bajo de estudios de alto riesgo. No hubo predictores cínicos ni ergometricos de alto riesgo.

061 Spect Cardiaco en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Portadores de Diabetes Tipo II y Poliquistosis Previo al Transplante

Uriarte, M; Echazarreta, D
Cardiología, Medicina Nuclear, Hospital San Martín, La Plata, Bs As, Argentina / Cardiología, Medicina Nuclear, Instituto de Diagnóstico Cardiovascular La Plata, La Plata, Bs As, Argentina

Introducción: Es conocida la relación estrecha entre la presencia de diabetes tipo II, insuficiencia renal crónica (IRC) y enfermedad vascular aterosclerótica sin conocer el impacto exacto de la poliquistosis renal en el desarrollo de dicha patología.
Objetivos: Evaluar la presencia de isquemia miocárdica en pacientes (p) con IRC portadores de diabetes y poliquistosis.
Material y Métodos: Se realizó un estudio longitudinal y observacional de una cohorte de 16 p derivados para la realización de una evaluación pretransplante renal. 16 de ellos portadores de poliquistosis renal y 23 diabéticos tipo II sometidos a estudios de perfusión miocárdica (PM) SPECT. Se utilizó Test de student para comparar las variables involucradas.
Resultados: Grupo A (16 p) p con poliquistosis renal bajo diálisis durante X 28,1 meses: se halló 1 p isquémico sometido a ATC Grupo B (23 p) p diabéticos en diálisis durante X 30,2 meses hallando 9 p isquémicos (p=0,03) sometidos a angioplastia 4, cirugía de revascularización miocárdica 2 y tratamiento médico 3.
Conclusiones: La presencia de diabetes tipo II en una población de p portadores de IRC sometidos a evaluación pretransplante condiciona en forma significativa el desarrollo de patología coronaria obstructiva con necesidad de revascularización en relación a aquellos p portadores de IRC y poliquistosis.

099 Rol de la Vía Pi3k/Akt/Gsk3β en la Cardioprotección por el Pre y Postcondicionamiento Isquémicos en Corazones Hipertróficos

Pérez Núñez, IA; González Arbeláez, LF; Fantinelli, JC; Mosca, SM
Centro de Investigaciones Cardiovascular, Facultad de Ciencias Médicas de La Plata, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Estudios recientes en animales normotensos muestran que la enzima glucógeno sintetasa cinasa 3β (GSK-3β) fosforilada en Ser 9 a través de la PI3K/Akt impide la apertura del poro de permeabilidad transitoria de la mitocondria (PTM). Nuestro objetivo fue determinar la participación de la via PI3K/Akt/GSK-3β en el pre (PI) y postacondicionamiento isquémicos (PCI) en SHR. Los corazones aislados y perfundidos por el sistema de Langendorff fueron asignados a los siguientes grupos: 1) Control no isquémico(C): perfusión durante 105 min; 2) Control isquémico (CI): 45 min de isquemia global (IG) y 1 hora de reperfusión (R); 3) PI: se aplicó un ciclo de 5 min de IG y 10 min de R previo a la IG de 45 min; 4) PCI: se aplicaron 3 ciclos de 30 seg de IG y 30 seg R al inicio de la R. Al final de R se determinó el tamaño del infarto (TI) mediante la tinción con trifeniltetrazolio y el contenido de Akt y GSK-3β fosforiladas, por western blot. El TI fue de 51 ± 4 % en el grupo CI y disminuyó significativamente con ambas intervenciones (PI: 34 ± 1 %; PCI: 37 ± 4 %). La expresión de ambas cinasas fosforiladas disminuyó significativamente en CI con respecto a C (pAkt: 47 ± 2 % y pGSK-3β: 52 ± 2 %) y aumentó en los grupos PI y PCI con respecto a CI (pAkt: 23 ± 4% y 34 ± 8 %; pGSK-3β: 33 ± 7% y 41 ± 9 %, respectivamente). En otro grupo de corazones y al final de R se aislaron las mitocondrias en las que se midió la apertura del PTM inducida por 200 µmol/L de calcio a través de la dispersión de la luz (DL) a 520nm. La DL fue 0.68 ± 0.12 u.a. en C, disminuyó a 0.07 ± 0.02 u.a. ($p<0.05$) en el CI y se recuperó parcialmente en los grupos PI y PCI, adquiriendo el valor de 0.19 ± 0.03 u.a. ($p<0.05$). Estos resultados muestran que ambas intervenciones (PI y PCI) disminuyen el infarto producido por la isquemia-reperfusión en los corazones hipertróficos de las SHR y que este efecto cardioprotector estaría relacionado a la protección mitocondrial mediada por la fosforilación de GSK-3 vía PI3K/Akt.

110 Arritmias de Reperfusión y Poscondicionamiento Isquémico: Papel del Receptor A3 de Adenosina.

Diez, ER; Saldeña, NLR; Lembo, C; Prado, NJ; Ponce Zumino, AZ; Miatello, RM
Laboratorio de Fisiopatología Cardiovascular, IMBECU, CONICET, Mendoza, Mendoza, Argentina / Área de Fisiología Normal, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Mendoza, Argentina.

El poscondicionamiento isquémico (PCI) protege contra las arritmias de reperfusión (AR) mediante la activación endógena del receptor A1 de adenosina, pero su estimulación con un agonista selectivo es menos eficiente que el PCI. Nuestro objetivo fue evaluar si el receptor de adenosina A3 participa del efecto antiarrítmico del PCI y si su activación al inicio de la reperfusión protege contra las AR. Se trabajó con corazones aislados de ratas Sprague Dawley macho, latiendo espontáneamente, sometidos a 10 min de isquemia regional y distribuidos en 5 grupos según la maniobra realizada en los primeros 3 min de la reperfusión: a) vehículo, dimetilsulfóxido 0,25 ml/L (n=10); b) PCI, 3 ciclos de 30 s de reperfusión y 30 s de isquemia (n=12); c) MRS1523, bloqueante A3 selectivo 2 µM (n= 9); d) PCI+MRS1523, bloqueo del receptor durante el PCI (n=10); e) IBMECA, agonista A3 selectivo 100µM (n=9). Se registró el ECG y se analizaron la incidencia y severidad de las AR. Todos los corazones sufrieron una alta incidencia de fibrilación ventricular al restituir el flujo (vehículo 100%, PCI 90%, MRS1523 100%, PCI+MRS1523 90% e IBMECA 89%; NS mediante test $\chi 2$).El PCI fue el único tratamiento que aumentó el numero de corazones en ritmo sinusal al cabo del 3er minunto (vehículo 0%, PCI 67%, MRS1523 0%, PCI+MRS1523 40% e IBMECA 11 %; $p<0.05$ para PCI vs. vehículo). Los resultados obtenidos indican que el mecanismo de reversión a ritmo sinusal durante la maniobra de PCI involucra al receptor A3, pero que su activación con un agonista no protege contra las AR.

154 Inhibidores de la Bomba de Protones en pacientes Tratados con Aspirina y Clopidogrel luego Del SCA .

Macin, SM; Villegas, E; Perna, ER; Reyes, ML; Insaurralde, F; Acevedo, P; Comisario, R; Aristimuño, G; Lange, JM; Echeverria, F
Unidad Coronaria, Cardiología, Instituto de Cardiología JF Cabral, Corrientes, Corrientes, Argentina.

En estudios recientes se mostró que los Inhibidores de la bomba de protones (IBP) redujeron el efecto antiplaquetario de clopidogrel, pudiendo aumentar el riesgo de recurrencia de eventos cardiovasculares.
Objetivo: El objetivo de este estudio fue evaluar si la prescripción de un IBP confiere un peor pronóstico en los pacientes (ptes) dados de alta con aspirina y clopidogrel luego de un SCA.
Métodos: Un total de 876 ptes ingresados con SCA desde enero 2006 a marzo de 2009 y dados de alta con aspirina y clopidogrel, con una duración mínima de 6 mes, prevista 1 año. Los ptes fueron clasificados en dos grupos: A: si utilizaban un IBP al alta, grupo B aquellos que no lo recibían. Se registro mortalidad a seis meses y la combinación de muerte, infarto de miocardio y angina inestable.
Resultados: De los 876 pacientes considerados, 212 (24%) ptes fueron medicados con un IBP, además de la terapia antiplaquetaria dual. Pacientes en tratamiento con IBP fueron mayores (68 vs 62±12 años, p=0.002), con mayor frecuencia tenían insuficiencia renal (16 vs 6%, p=0.001) y menos antecedentes de revascularización coronaria (6.2 vs 16.4%,p=0.004). Tuvieron más baja hemoglobina al ingreso (10.8 vs 12.3, p=0.02) y mas insuficiencia cardiaca (28.3 vs 16.5%,p=0.001). No hubo diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a tratamiento médico (durante la estancia hospitalaria y al alta) o procedimientos invasivos. En el multivariado, los predictores independientes de la prescripción de IBP fueron edad:> 68 años y < concentración de hemoglobina al ingreso. Los ptes que toman IBP tuvieron mayor de la mortalidad a seis meses (7,5% vs 4%,p=ns) y punto final combinado (13,2% vs 8,6%,p=ns), sin significación estadística. En el análisis multivariado, la prescripción de un IBP no fue asociados con un peor pronóstico.
Conclusiones: La prescripción de PPI con terapia antiplaquetaria dual: aspirina y clopidogrel luego de ACS, no se asoció a peor pronóstico a seis meses.

197 Estudio de Marcadores Genéticos y Enzimas Asociadas al Estrés Oxidativo en pacientes Chagásicos y Controles

Lioi, S; Zumoffen, C; Gerrard, G; Corbera, M; Turco, M; Beloscar, J; D´Arrigo, M; Scaglione, L
Carrera de Cardiologia, F.C.M., U.N.R., Rosario, Santa Fe, Argentina / Area Química Analítica Clínica, Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farma, UNR, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Estudios clínicos han demostrado que la Enfermedad de Chagas es una patología progresiva, localizada y de lenta evolución .Se conoce poco sobre los mecanismos subyacentes que hacen que un paciente chagásico evolucione o permanezca en fase indeterminada durante toda su vida. Los organismos vivos poseen sistemas de defensas antioxidantes regulables, enzimáticos y no enzimáticos contra las especies reactivas del oxígeno. La variabilidad de la expresión fenotípica de la cardiomiopatía chagásica podría deberse a componentes genéticos por lo que nos propusimos realizar un estudio descriptivo de las frecuencias genotípicas (FG) de SOD-Mn Ala-9Val y las actividades enzimáticas de superóxido dismutasa (SOD); glutatión peroxidasa (GPx) y catalasa en pacientes chagásicos con (CconC n:20) y sin cardiopatía chagásica (CsinC n:11) comparados con controles sanos (CN n:55). La caracterización molecular se realizó por PCR-RFLP. Las enzimas se determinaron por técnicas espectrofotométricas. Se realizó el ensayo de hipótesis de una proporción bajo teoría normal y se aplicó Kruskal Wallis. Las FG para SODMn (IC 95%) fueron CN: (Ala/Ala 0.54(0.40–0.67), Ala/Val 0.33(0.20-0.45), Val/Val 0.13(0.04-0.21); CsinC (Ala/Ala 0.36(0.07–0.64), Ala/Val 0.46(0.16-0.75), Val/Val 0.18(0.00-0.40); CconC (Ala/Ala 0.35(0.14–0.56), Ala/Val 0.30(0.10-0.50), Val/Val 0.35(0.14-0.56). Las actividades obtenidas de catalasa(K/gHb) CconC 316±68, CsinC 332±41, CN 185±28; GPx(U/gHb) CconC 98±17, CsinC 102±20, CN 61±11; SOD (USOD/gHb) CconC 3270±833, CsinC 2590±188, CN 895±314. En relación al estudio de la FG de SOD-Mn entre chagásicos con y sin cardiomiopatía y CN se observaron diferencias significativas ($p<0.01$). Las actividades de catalasa, SOD y GPx mostraron diferencias ($p< 0.01$) entre los pacientes chagásicos y los CN. Los datos obtenidos reflejarían que polimorfismos involucrados en el stress oxidativo podrían tener implicancias en la patogenia de la MCC.

229 Exclusión de Aneurisma de Aorta Abdominal mediante Colocación de Endoprótesis en Procedimientos Programados y de Urgencia

Espindola, M; Fontan, E; Almagro, Sm; Gerbaudo, L; Gerbaudo, C; Pitoni, C; Robles, A; Bordobava, A; Luciano, J; Alvarez Sanchez, C
Cardiología, Clínica Médica, Clínica Fusavim Privada SRL, Villa María, Córdoba, Argentina / Cardiologia, Hemodinamia, Clinica FUSAVIM Privada, Villa Maria, Cordoba, Argentina / Cardiología, Comité de Enf.CV Sen la mujer, Clínica Fusavim Privada SRL, Villa María, Córdoba, Argentina.

Introducción: El Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) es una enfermedad con importante frecuencia en hombres mayores de 65 años, se asocia con alta mortalidad si no se descubre y en la mayoría de los pacientes(p) pasa inadvertido hasta que se complica.
Objetivos: Evaluar tratamiento endovascular con endoprótesis Bifurcada POWERLINK en p que concurren al servicio de Hemodinamia con AAA.
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Fueron evaluados 10 p desde 11.11.2009 al 11.02.2011, divididos en dos grupos, grupo I (GI): procedimiento programado por contraindicación quirúrgica y grupo II (GII): procedimiento en agudo con AAA roto con liquido libre en cavidad en shock, Factores de Riesgo (FR) asociados como Hipertensión Arterial (HTA), Tabaquismo (TBQ), Cardiopatía Isquémica (CI), Diabetes (DBT),Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Insuficiencia renal crónica (IRC)Días de Internación (DDI) y mortalidad (M). Complicaciones (C).
Resultados: GI: EP: 63 y 83 años, edad media 73 años. GII: EP: 73 y 78 años, edad media 75 años. FR: GI: HTA 75%, TBQ 62,5%, CI25%, Diabetes 12,5%, EPOC 62,5%, IRC 37,5%GII: HTA 50%, TBQ 0%, CI 0%, DBT 0%, EPOC: 0% IRC 50% DDI: Igual o menor a 48 hs GI 87%, GII: 0%, DDI: mayor a 48 hs GII: 100%. C. Inmediatas Sistémicas con shock o fallo de órgano blanco: GI: 12,5%, GII 100%, M durante la Internación: GI 12,5% (TEPA) GII 50% (Fallo Multiorgáico)
Conclusiones: El tratamiento del AAA mediante la colocación de endoprótesis en nuestro centro es acorde a lo encontrado en la bibliografía; más de dos tercios de los pacientes presentaban más de 70 años, FR como HTA, TBQ, CI, EPOC y DBT predominaron en el GI. En el GII predominó la IRC, los pacientes del GI permanecieron menos de 48 hs internados, uno sólo de ellos tuvo complicación sistémica y posterior óbito. La mitad de los pacientes del GII presentó óbito.

231 Valvuloplastías Aórticas por Estenosis Aórticas en Pacientes Gerontes.

Espindola, M; Fontan, E; Gerbaudo, C; Almagro, S; Gerbaudo, L; Robles, A; Salgado, R
Cardiología, Clínica Médica, Clínica Fusavim Privada SRL, Villa María, Córdoba, Argentina / Cardiologia, Hemodinamia, Clinica FUSAVIM Privada, Villa Maria, Cordoba, Argentina / Cardiología, Comité de Enf. CV Sen la mujer, Clínica Fusavim Privada SRL, Villa María, Córdoba, Argentina.

Introducción: La Estenosis Aortica (EAo) es una patología frecuente en gerontes.
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal donde valoraron 8 pacientes mayores de 70 años con EAo severa CF IV con Euroscore mayor a 7 puntos (alto riesgo para cirugía a cielo abierto) que fueron valvuloplastiados en la sala de hemodinamia de esta institución. Se formaron tres grupos: GI: todos los pacientes GII: femenino y GIII: masculino. Se valoró Edad de Presentación (EP) Factores de Riesgo (FR) asociados como Hipertensión Arterial (HTA), Diabetes (DBT), Tabaquismo (TBQ),Enfermedad Coronaria severa (ECS), técnicas usadas (TU), gradiente pre (GPreV) y postvalvuloplastia (GposV), Técnicas Usadas (TU),complicaciones inmediatas (CoI) y a los seis meses, clase funcional (CF) pre y postvalvuloplastia.
Resultado: GI: entre 70 y 88 años, edad media 79 años GII: edad de presentación entre 70 y 88 años, edad media de 79,6 años, GIII: entre 72 y 88 años, edad media 78,6 años. FR: HTA: GI: 87,5% GII:100% GIII: 80%, DBT : GI: 37,5% GII: 33,3% GIII 40%, TBQ : GI: 25% GII 0% GIII40%,ECS : GI: 37,5% GII: 0% GIII 60% TU: SIMPLE BALÓN: GI: 87% GII: 100%, GIII: 60% DOBLE BALÓN:GI: 12,55 GII: 0% GIII 40% GPreV GI: entre 50 y 120 mmHg, media 80 mmHg.GII: entre 50 y 100 media 76,6 mmHg GII 50 mmHg y 120 mmHg media 82 mmHg GposV: GI: entre 20 y 40 mmHg, media 25,6%GII entre 20 y 40 media 25 mmHg, GIII entre 20 mmHg y 30mmHg media 24 mmHg.
Conclusiones: Todos los pacientes fueron marcapaseados durante el procedimiento a frecuencias elevadas.Los días de internación fueron de 48 hs para ambos grupos. Se logró reducir de CF IV a CF II, permitiendo realizar sus actividades cotidianas, no se observó en ninguno de los pacientes complicciones del acceso vascular, neurológicas o embolicas, ni necesidad de colocación de MPD inmediata, en el lapso de seis meses siguientes a la valvulospalstia ninguno volvió a requerir nueva intervención.

246 Incidencia de Enfermedad Aortoilíaca Grave a Partir de Angiografías de Aorta Abdominal y Miembros Inferiores.

Marina, P; Pettinari, M; Thomas, J; Descalzo, A; Diaz, R; Villegas, M; Aldasoro, A; Tolstano, A; Bechara, Z
Hemodinamia, Cardiología, Sanatorio Modelo Burzaco, Buenos Aires, argentina.

Objetivo: Analizar los tipos de enfermedad aortoilíaca a partir de angiografías de aorta abdominal y miembros inferiores realizadas.
Material y Métodos: Desde marzo de 2008 hasta marzo de 2010 se realizaron 305 angiografías de aorta abdominal y miembros inferiores en pacientes (p) con diagnóstico de enfermedad vascular de aorta y miembros inferiores. Población: 305p.masculino:186p. femenino: 119p, edad promedio: 71.7años, factores de riesgo: hipertensos:257p, tabaquistas: 134p, diabetes: 89p, dislipemia: 254p, Cuadro clínico: claudicación de miembros inferiores:287p. masa pulsátil: 11p.shock:4p.impotencia aguda de miembros inferiores:3p
Resultados angiográficos: Aneurisma de aorta abdominal:52p(17%), aneurisma ilíaco:12p(3.9%), úlcera penetrante de aorta: 14p (4.59%), aorta embolizante:5p(1.63%), ruptura de aorta abdominal: 3p(1.16%), disecciónB: 2P(0.65%), trombosis de aorta abdominal:3p(0.98%).
Conclusión: La patología aortoilíaca grave muestra una elevada incidencia en estudios angiográficos de aorta abdominal y miembros inferiores.Se observó una elevada incidencia de aneurisma de aorta abdominal,úlcera penetrante y trombosis de aorta abdominal en nuestra población estudiada. Se halló una alta incidencia de enfermedad vascular aortoilíaca en el sexo femenino.

003 Vectocardiográma en el Síndrome de Brugada: Estudio Comparativo con pacientes con Bloqueo de Rama Derecha sin Cardiopatía Estructural

Perez Riera, A; Barbosa Barros, R; Femenía, F.
Cardiología, ABC Faculty of Medicine, ABC University, Sao Pablo, Sao Pablo, Brasil / Cardiologia, Unidad Coronaria, Hospital de Messejana, Caera, Fortaleza, Brasil / Cardiología, Arritmias, Hospital Español, Mendoza, Mendoza, Argentina

Introducción: El Síndrome de Brugada (SBr) es una canalopatía autosómica dominante sin cardiopatía estructural evidente, con riesgo de muerte súbita (MS) y un ECG característico con elevación del punto J y del segmento ST ≥ 2 mm, seguido de onda T negativa en precordiales derechas (patrón tipo 1) y eventualmente la presencia de formas atípicas, por la ausencia de ondas S anchas en precordiales izquierdas, de bloqueo incompleto (BIRD) o completo de rama derecha (BCRD).
Objetivos: Comparar vectorcardiogramas (VCGs), utilizando el método de Frank (F-VCGs), de pacientes (P) con patrón ECG tipo 1 de Brugada sintomáticos (síncope o MS) con individuos con BIRD o BCRD sin cardiopatía estructural evidente.
Material y Métodos: 43 P divididos en tres grupos (Gr): Gr I (11) patrón tipo 1 de Brugada, Gr II: (20) BIRD; Gr III (12): BCRD. En los dos últimos Grs, se excluyeron los pacientes con cardiopatía estructural a través del análisis con Eco 2D.
Resultados: Vector inicial del bucle del QRS en plano horizontal (10 a 20 ms) en Gr I y II dirigido adelante y a la izquierda, Gr III adelante y a la derecha. Localización del retardo final de conducción en Gr I en el cuadrante superior derecho del plano frontal (PF) y posterior derecho en el plano horizontal (PH), en Gr II en el cuadrante inferior derecho en PF y posterior derecho en PH, en Gr III en el cuadrante anterior derecho del PH. Puntos 0 y J, Gr I no coincidentes, Gr II y III coincidentes. Bucle T, Gr I pequeño, circular y de ramas asimétricas en 10 P; Gr II y III rama eferente elíptica y de inscripción más lenta que la aferente.
Conclusión: El F-VCG de P con patrón tipo 1 de Brugada presenta características diferenciales al compararlo con el F-VCG de individuos con BIRD o BCRD sin cardiopatía estructural evidente. El F-VCG puede ayudar al diagnóstico del ECG de SBr.

004 Predictores de Terapias Inapropiadas por Cardiodesfibrilador Automático Implantable en Pacientes con Cardiomiopatía Chagásica

Femenía, F; Miranda Hermosila, R; Lopez Diez, JC; Serra, JL; Muratore, C; Valentino, M; Retyk, E; Galizio, N; Rodriguez Artuza, C; Baranchuk, A
Cardiología, Arritmias, Hospital Español, Mendoza, Mendoza, Argentina / Cardiología, Arritmias, Kingston University, Kingston, Ontario, Canada / Cardiología, Arritmias, Hospital Militar, CAB, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El cardiodesfibrilador automático implantable (CDI) ha demostrado ser una terapia eficaz para prevenir la muerte súbita (MS) en pacientes (P) con cardiomiopatía chagásica (CCh).
Objetivos: Identificar predictores que se relacionen con la liberación de terapias inapropiadas (TI) por el CDI y que permitan aplicar distintas intervenciones clínicas para su prevención.
Material y Métodos: Estudio retrospectivo que incluyó P con CCh y CDI de 14 centros en América Latina. Se recabaron datos demográficos, clínicos, características del ECG y datos obtenidos del CDI. El análisis de los tipos de terapias ejecutadas por el CDI fue realizado por 2 investigadores independientes. Para el análisis estadístico, se utilizo Chi2 y regresión logística.
Resultados: 94 P fueron evaluados, edad: 55 ± 10 años (26/75), 62 varones (63,8%), FEVI de 39,6 ± 11,8%. En el 71,3% la indicación del CDI fue por prevención secundaria de MS. Durante un seguimiento de 33 ± 20 meses, 19 pacientes (20%), presentaron TI. El análisis univariado se muestra en la Figura 1. El análisis multivariado ajustado por edad y FEVI mostró que la fibrilación auricular paroxística (FA) (OR 2.4, 1.2 a 3.6, p = 0,01), QRS> 150 ms (OR 1.6, 1.1 a 2.3, p = 0,04) y la terapia con betabloqueantes (O 0,93, 0.84-0.97, p = 0,04) presentaron significancia estadística.
Conclusión: En pacientes con CCh y CDI, la presencia de FA paroxística y un QRS ≥ 150 ms aumentó el riesgo de TI. La utilización de betabloqueantes presenta un efecto protector.

006 Trombosis en Insuficiencia Cardíaca Descompensada: Biomarcadores y Características del Ventrículo Izquierdo

Aispuru, G; Clavier, M; Cardone, A; Barousse, AP
Servicio de Cardiología, Departamento de Medicina Interna, Hospital San Juan de Dios, Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La insuficiencia cardiaca conlleva riesgo de tromboembolismo asociado a alteraciones de motilidad, disfunción endotelial y hipercoagulabilidad.
Objetivo: Se busca determinar el valor pronóstico independiente intrainternación del fibrinógeno, Dímero-D y características del ventrículo izquierdo (VI) para eventos trombóticos (ET) en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca descompensada (ICD).
Material y Metodos: Se realiza una cohorte de 521 pacientes con diagnóstico de ICD según criterios de Framinghan en clase funcional (CF) II a IV confirmado por BNP. Jun2009-Dic2010. Se determinó al ingreso características clínicas, coagulograma, fibrinógeno, dímero-D y características ecocardiograficas del VI (diámetros, fracción acortamiento y eyección). Reciben tromboprofilaxis con Enoxaparina 40mg/día. Se excluyen pacientes con anticoagulación previa. Se registran ET durante la internación (trombosis venosa profunda, tromboembolismo de pulmón). La comparación entre grupos con y sin trombosis se realiza utilizando test de Student y chi-square–$\chi 2$. Mediante análisis de regresión logística múltiple se busca determinar predictores independientes de trombosis.
Resultado: Se incluyen 510 pacientes con una incidencia de 4.7% de eventos trombóticos. De las variables estudiadas se asocian en forma estadisticamente significativa la CF IV (p<0,01), niveles de fibrinógeno >600UI/L (p<0,01), Dímero D > 500ng/dL, Diámetro diastólico del VI >50mm (p<0,05) y Fracción de eyección del VI < 20% (p<0,05) al ingreso. En conjunto se determina alto valor pronóstico positivo (VPP) para ET (OR 4,8, IC95%2,4-7,2,p<0,01).
Conlusión: El nivel elevado de fibrinógeno y Dímero D, y la dilatación junto a la disfunción del VI son marcadores de hiprecoagulabilidad y de alteración del flujo plasmático respectivamente. Estos elementos poseen alto VPP para eventos trombóticos en pacientes hospitalizados por ICD y podría proponer el inicio de terapia anticoagulante.

008 Adherencia de Médicos de Cabecera para Anticoagular Pacientes con Marcapsos y Fibrilación Auricular: Resultados de una Encuesta

Arce, M; Femenia, F; Palazzolo, J; Trucco, E; Rodriguez, C; Baranchuk, A
Cardiología, Arritmias, Hospital Español, Mendoza, Mendoza, Argentina / Cardiología, Arritmias, Universidad de Zulia, Maracaibo, Maracaibo, Venezuela / Cardiología, Arritmias, Kingston University, Kingston, Ontario, Canada

La prevalencia de FA es elevada en pacientes (P) con marcapasos (MCD) y la interpretación del ritmo subyacente puede ser dificultosa.
Objetivo: Determinar el conocimiento y la adherencia de médicos sobre la anticoagulación oral (AO) en P con FA y MCD.
Material y Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo.El diagnóstico de FA se determinó en el ECG, utilizamos el CHADS2 para estimar el riesgo tromboembólico evaluamos aspectos sobre AO en P con FA, con una encuesta anónima, cerrada, tipo múltiple opción. Las variables cuantitativas se expresan en media±DS; los resultados de la encuesta en frecuencias y porcentajes, p ≤ 0,05 fue considerada significativa.
Resultados: 934 P consecutivos, edad: 76, 7±8,3 años, 65, 3 % (610) varones, prevalencia FA: 26% (244), de estos 77, 3% (188) tenían un score CHADS2 ≥ 2, el 34% (64) recibió AO y hubo 9%(22)de eventos embólicos. Se remitieron 100 encuestas que fue respondida por 63 médicos: 42(66,7%) de planta estable y 21 (33,3%) residentes. 41% (26) conocían el CHAD2, 33% (21) pudo describir los parámetros clínicos, 23% (15) reconoció el puntaje necesario para iniciar AO y 20% (13) respondió correctamente las tres preguntas relacionadas con el score. El 100 % aceptó conocer el RIN, pero el 33% (21) reconoció el rango necesario para una AO óptima. El 71,4% (45) continuaría con la AO luego del implante del MCD, 6,4 % (4) la suspendería y 22,2% (14) la suspendería e indicaría aspirina; 19% (12) no indicaría AO en pacientes con FA paroxística y factores de riesgo, 6,3% la suspendería en > 80 años y 4,8% en P con MCD con algoritmos antiFA. El 100% respondió que en P con FA y MCD, su preocupación es el funcionamiento del MCD y no el ritmo subyacente, y todos tuvieron dificultades en diagnosticar el ritmo de base a través del ECG.
Conclusión: Los médicos tratantes no reconocen adecuadamente los factores de riesgo para ETE y las las indicaciones actuales de AO. La presencia de estimulación ventricular dificultalta el diagnostico de FA

011 La Importancia del Diagnóstico Precoz de la Endocarditis Infecciosa

Olmedo, JA; Zelaya, F; Moreno, S; Caminos, M.E
Cardiología, Cardiología, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina / Bacteriología, Bacteriología, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: La Endocarditis Infecciosa (EI) es una enfermedad con una alta morbilidad. Se sabe el beneficio de tratarla tempranamente, sin embargo hasta el momento no se conoce la importancia de sospecharla en forma precoz.
Objetivos: Conocer la importancia del diagnóstico precoz de la EI a fin de evitar las complicaciones e identificar variables predictoras de buena evolución.
Material y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional en el que se incluyeron 24 pacientes (ptes) consecutivos con diagnóstico de EI, en el Instituto Modelo de Cardiología de Córdoba desde mayo del 2003 a junio del 2010. Se analizó la variable "tiempo de iniciado los síntomas al diagnóstico" (TD) y se determinó como temprano, al que se realizara antes de los 10 días, y tardío, después de los 10 días. A ambas categorías se las relacionó con las complicaciones propias de la enfermedad.
Resultados: Se utilizaron coeficientes de asociación basados en chi cuadrado, pruebas exactas de Fisher, con un nivel de significación del 0,05. De los 24 ptes, 13 (54%) eran EI definitiva y 11 (46%) EI posible. La edad promedio fue de 59 años y el 60% de la población se ubicó en el rango etario entre 60 a 80 años. De las complicaciones (50%), los que tuvieron insuficiencia valvular severa, abscesos de endocardio y complicaciones mecánicas, el 100 % tenían un TD de más de 10 días. (p= 0,023). Se analizaron los pacientes con buena evolución, definida como ausencia de complicaciones y buena respuesta al tratamiento antibiótico, y la única variable que acompañó a estos pacientes fue el TD menor de 10 días. (p= 0,0046).
Conclusión: El diagnóstico precoz de la EI a partir de una sospecha clínica, conduce a un tratamiento oportuno con la consiguiente disminución de las complicaciones de la enfermedad. Realizar el diagnóstico de EI en un tiempo menor a 10 días se relaciona directamente con una buena evolución de los pacientes

016 Respuesta a la Terapia de Resincronización, Biomarcadores Plasmáticos y Supervivencia a Largo Plazo.

Tettamanti, M.E; Revilla Orodea, A; Arnold, R; López Díaz, J; de la Fuente Galán, L; San Román Calvar, J.A; Gómez Salvador, I; Rubio, J; Puerto Sanz, A; Nieto, M.L
Cardiologia, Insuficiencia Cardiaca y Transplante, Htal Clinico Universitario de Valladolid, Valladolid, Valladolid, España / Cardiologia, Unidad de Imagen, Htal Clinico Universitario de Valladolid, Valladolid, Valladolid, España / Inst. de Biología y Genética Molecular, IBGM, Valladolid, Valladolid, España

Objetivo: Estudiar relación entre respuesta a la terapia de resincronización (TRC), biomarcadores plasmáticos (BMK) y supervivencia a 3 años.
Métodos: 21 pacientes (P) TRC.Respuesta a TRC: aumento ≥ 10% en 6'WT 6 meses post implante y ausencia de eventos (ingresos por insuficiencia cardiaca, muerte cardiaca o transplante) durante ese periodo.Se midieron fracción de eyección (Fey) y: propéptido natriurético cerebral B (proBNP), troponina T (TnT), proteína C reactiva (PCR), iInterleukina 6 (IL6), proteína ligadora de ácidos grasos específica del corazón (HFABP) y propéptido del procolágeno tipo I carboxiterminal (PICP).
Resultados: P seguidos por 25 meses (20,2 – 30,1). 6 de 18 P murieron durante el seguimiento, todos no respondedores (noR). Los respondedores (R) seguían vivos, p 0,025. R tuvieron niveles de IL6 más bajos que noR: 4,2 (2 – 5,2) vs 14,9 pg/ml (10 – 17), p 0,007. Hubo 5 R de 7 P con TnT < 0,01 ng/ml vs 1 R de 9 P con TnT > 0,01 ng/ml, p 0,035.Fey basal mayor en R que en noR: 33 ± 2,7 vs 26,6 ± 6,3 %, p 0,035. P con niveles más bajos de proBNP y TnT sobrevivieron más: 100% vs 50% debajo o encima de 2119 (1135 – 3014) pg/ml (p 0,025)y 88 vs 50% para TnT debajo o encima de 0,01 ng/ml (p 0,07).Los P fallecidos tuvieron niveles más altos de proBNP que los vivos: 3009 (2596 – 3995) vs 1587 (877 – 2741) pg/ml, p 0,06.No hubo asociacion significativa entre IL6, HFABP or PICP y supervivencia, pero P muertos tendieron a tener niveles más altos de PICP: 217,3 ± 74 vs 133,6 ±103 ug/l, p 0,09.P con Fey > 29% (89%) sobrevivieron más que P con Fey < 29% (44%), p 0,05. P fallecidos tuvieron Fey más baja que los sobrevivientes: 24 ± 7 vs 31,7 ± 3 %, p 0,04.
Conclusión: R sobrevivieron más tiempo que noR. IL6,marcador de inflamación, podría ser útil en selección de P para TRC. Supervivencia fue mayor en P con niveles más bajos de proBNP y TnT. PICP tendió a ser más alto en P que murieron: PICP,marcador de fibrosis, podría agregar información útil en este contexto

021 Prevalencia de Estenosis Aórtica Severa con Bajo Gradiente, Bajo Flujo y Función Sistólica Conservada.

Carlessi, C.A; Garello, E; Picolini, A
Departamento deEcodoppler cardiaco, Servicio de Cardiologia, Clinica de Nefrologia, Urologia y enfermedades Cardiovasculares, Santa Fe, Santa Fe, Argentina / Servicio de Ecocardiografia, Servicio de Cardiologia, Sanatorio San Geronimo, Santa Fe, Santa Fe, Argentina / Departamento de Ecodoppler Cardiaco, Servicio de Ecografia, Diagnostico por imagenes, Santa Fe, Santa Fe, Argentina

Background. La estenosis aortica severa con bajo gradiente, bajo flujo y función sistólica conservada (bajo flujo paradojal) (EASBFP)es una entidad que involucra hasta el 30% del espectro de la estenosis aortica severa(EAS) según varios reportes.
Objetivos: Determinar la prevalencia de (EASBFP) y analizar las variables distintivas de dicha entidad.
Métodos: Se analizaron en forma prospectiva todas la EAS (area valvular indexada menor de 0.60 cm2/m2) durantes 6 meses. Se las dividió en cuatros grupos de acuerdo al gradiente medio (GM) (menor o mayor a 40 mmHg) y al indice de volumen sistólico(IVS) (menor o mayor a 35 ml/m2). GI: GM ≥ a 40 mmHg e IVS ≥ a 35 ml/m2. GII: GM menor a 40 mmHg e IVS ≥ a 35 ml/m2 GIII: GM a ≥ 40 mmHg e IVS menor a 35 ml/m2 GIV: GM menor a 40 mmHg e IVS menor a 35 ml/m2 (EASBFP).
Análisis Estadístico: Las variables dicotomicas se presentan como porcentajes, las numéricas se presenta como media con rangos y desvios estandar. Para el análisis comparativos de las variables numericas gaussianas en los diferentes grupos se realizo test ANOVA de 1 via y para las no gaussianas el de Kruskall Wallis
Resultados: Se analizaron 30 pacientes con EAS, siendo el 53.3% del GI, 26.7% del GII, 3.3% del GIII y 16.7% del GIV. La media de resistencia valvuloarterial (ZVa) fue de 3.8294 mmHg/ml/m2 en el GI, 3.8822 mmHg/ml/m2 en el GII y 4.6080 mmHg/ml/m2 en el GIV (p=NS). El área valvular fue de 0.76, 0.98, 0.91 cm2 en los GI, GII, GIV respectivamente (p=NS). La resistencia valvular fue mas alta en el GI (p=0.0001). La relación VTITSVI/VTIAO fue similar en los cuatros grupos.
Conclusión: La EASBFP no es tan frecuente en el espectro de la EAS, siendo el GI el más prevalente. El GII que se presenta en 1 de cada 4 pacientes, representaria la discordancia de los diferentes parámetros de severidad de la estenosis aortica (gradientes/area). El GIV es expresión de alta impedancia vascular y total (Zva).

026 Predicción de Riesgo de Preeclamsia-Eclampsia en Embarazadas por Medio de Variables Clínicas Sencillas

Perna, E.R; Rivero, M.I; Pizzorno, J.A
Servicio de Insuficiencia Cardiaca, Instituto de Cardiología J. F. Cabral, Corrientes, Corrientes, Argentina / Servicio de Tocoginecología, Hospital A. Llano, Corrientes, Corrientes, Argentina / Servicio de Terapia Intensiva, Hospital A. Llano, Corrientes, Corrientes, Argentina

La estimación sencilla del riesgo de preeclampsia / eclampsia (PE) ayudaría a identificar pacientes que requieran cuidados especiales. El objetivo fue desarrollar una herramienta de fácil aplicación para estimar riesgo de PE.
Método: Análisis retrospectivo de 15469 partos consecutivos asistidos en el período Nov-98/Jul-08. Se definió como pre-eclampsia a tensión arterial ≥140-90 (2 tomas) más proteinuria, y eclampsia con convulsiones asociadas. Se realizó un análisis de regresión logística múltiple y luego se construyó un árbol de clasificación y regresión (CART), dividiendo la población al azar en una cohorte de derivación (CD,N=7663) y otra de validación (CV,N= 7806).
Resultados: PE fue identificada en 623 casos, con similar prevalencia en las 2 cohortes (4.3 y 4.3%, p=ns). Las variables asociadas con PE fueron: primípara, edad ≥35 años, hipertensión previa, embarazo múltiple, obesidad, inter-genésico ≥3 años, tabaquismo y aborto previo (todas p<0.0001). En CD, el CART indicó que los mejores predictores fueron: edad ≥35 años, obesidad, primípara, tabaquismo y gestación múltiple. Cuatro grupos de riesgo fueron identificados: 1-bajo (58.9% de pacientes): edad <35, no primípara, gestación única; 2-intermedio-bajo (26.5%): edad <35, primípara, no tabaquista, y edad ≥35, no obesa, 3-intermedio-alto (12.4%): edad <35, primípara, fumadora, y 4-alto (2.2%) edad <35, no primípara, gestación múltiple, y edad ≥35, obesa. La prevalencia de PE en grupos 1 a 4 fue 2.5, 4.2, 9.7 y 12.2% (p<0.0001), con un riesgo de 1, 1.7, 4.3 y 5.5 (p<0.0001), respectivamente. En CV, la proporción en grupos 1 a 4 fue: 58.4, 26.8, 12.3 y 2.4%; con una prevalencia de PE de 2.6, 4.7, 7.5 y 12.7% (p<0.0001), y riesgo de 1, 1.8, 3 y 5.4 (p<0.0001).
Conclusión: La clasificación de embarazadas de riesgo bajo, intermedio y alto para PE puede realizarse usando datos de la historia materna y del embarazo. Para ello, este árbol de clasificación provee una una herramienta práctica, sencilla y validada.

034 Manejo Hemodinámico del Shock Séptico en Pediatría

Banille, E; Cacciamano, A; Paz, G; Ballaco, M; Luján, L; Resino, C; Lazzarin, O; Peirone, A
UCIP, Cardiología, Hospital de Niños, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: La disfunción endotelial del shock séptico afecta el tono vasomotor y/o al miocardio. Las variables derivadas del oxígeno y la presión arterial diastólica (PAD) permiten deducir la resistencia vascular sistémica (RVS). SvcO2 bajas y Dsat a-vO2 y del IeO2 elevadas indican tránsito capilar lento (>RVS), SvcO2 elevadas y disminución de DsatA-vO2 y PAD señalan < RVS.
Objetivos: Identificar el perfil hemodinámico y evaluar el manejo de drogas inotrópicas y vasoactivas en el shock séptico.
Material y Métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo, observacional. Entre Enero 2008 hasta Enero 2009 se monitorizaron en la UCIP 35 pacientes (p) con shock séptico, 12 mujeres y 23 varones, edad promedio de 14 meses (r: 1 mes a 15 años).
Resultados: Grupo A (shock frío): 24 p, 17 presentaron disfunción contráctil y 3 hipovolemia. 10 p hipovolemia sin alteración contráctil. PAS < P5 y PAD > P50. SvcO2: 53,4%; la Dsat.a-vO2: 40,9; IEO2: 0,49. La T° diferencial (> 3°C), Da-vCO2: 10,7 mmHg y > lactatos. Se realizó fluidoterapia (10-60 mL/kg) e inodilatadores (dobutamina: 6 p, dopamina más milrinona: 8 p y 4 p adrenalina). 8 p cambiaron al grupo B, 3 respondieron a noradrenalina, 3 a azul de metileno y 2 a terlipresina. Fallecieron 5 p del grupo A. Grupo B (shock caliente): 11 p, 5 con alteración de la contractilidad y 3 con hipovolemia. PAS normales y PAD < P 5; SvcO2: 75,3%; Dsat. a-vO2: 19,9; IeO2:0,21; Da-vCO2: 9,1 mmHg y lactatos. La T° fue variable. Se indicó inoconstrictores (dopamina más noradrenalina). Los 5 p con disfunción contráctil refractarios, respondieron al azul de metileno. Fallecieron 3 p. Mortalidad total: 22,8% (FMO).

Variable	GrupoA	GrupoB	valor p
SvcO2	53,4 ± 5,25	75,3 ± 1,25	0,00001
Dsat.a-vO2	40,9 ± 3,02	19,9 ± 1,53	0,00001

Conclusiones: La SvcO2 y variables derivadas del oxígeno permiten evaluar la microcirculación y detectar acidosis tisular en shock. Los patrones hemodinámicos permiten manejo racional de drogas y reposición hídrica ajustada a la volemia. El azul de metileno emerge como agente de rescate en el shock caliente.

040 Anemia en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio

Macin, SM; Villegas, E; Perna, ER; Reyes, ML; Insaurralde, F; Acevedo, P; Comisario, R; Aristimuño, G; Lange, JM; Echeverria, F
Unidad Coronaria, Cardiologia, Instituto de Cardiologia JF Cabral, Corrientes, Corrientes, Argentina

Objetivo: Evaluar incidencia de anemia y evolución en pacientes (ptes) con STEMI.
Métodos: Estudio prospectivo, observacional de 458 pacientes (ptes) consecutivos con IAM con ST, ingresados a unidad coronaria del Instituto de Cardiología de Corrientes entre el 01/01/06 al 31/12/09, dentro de 24 horas del inicio de los síntomas. La edad media fue 64,4 ± 12 años. La anemia fue diagnosticada de acuerdo con los criterios de la Organización Mundial de la Salud sobre la base de la hemoglobina (Hb) en los valores de ingreso (<12 g/dL para mujeres, <13 g/dl para hombres).
Resultados: La anemia fue diagnosticada en 55 (12%) pacientes: grupo A. Los pacientes anémicos eran mayores (72 frente a 62 años, p <0,001), tenía menor peso corporal (62 vs 78 kg, p =0,001) y mayor puntuación de riesgo TIMI (5 vs 3, p =0,0001). Tuvieron mayor deterioro renal (filtración glomerular 61,8 vs 76,2 ml / min, p=0,003). No hubo diferencias significativas en la FE y nivel basal y pico de TnTc y CK-MB. Durante el tratamiento, en ambos grupos, se observó una disminución significativa en los niveles de Hb 11,9 a 11,0 g/dl en Grupo A (p <0,0004) y de 14,3 a 13,3 g / dl en grupo B (p <0,001). Mientras que el FG no cambió significativamente en los anémicos, hubo un aumento significativo en no anémicos 76,2 a 80,9 ml/min (p =0,001). La mortalidad hospitalaria fue de 3.8%(17ptes): 12 (8,2%) en el grupo A, y 5 (0,6%) en el grupo B (p <0,001). El grupo A tuvo mayor incidencia de complicaciones (35% vs 15%, p=0,003). En el multivariado, la edad >70(OR:2.3 IC1.4-3.1,p=0.002), la presión arterial sistólica al ingreso (OR 1.008IC 1.004-1.06,P<0.001)y el recuento de glóbulos blancos >10.000 cel/mm3 (OR1.7 (IC 1.2-2.9,p=0.001)se asociaron con un mayor riesgo de muerte.
Conclusiones: Los pacientes con anemia que presentan STEMI son una población de alto riesgo con mayor mortalidad hospitalaria. La anemia al ingreso debe ser tratado como un factor de riesgo adicional

043 Fibrilación Auricular en el Postoperatorio de Cirugía Cardíaca. Influencia en la Mortalidad a Mediano Plazo

Contreras, A; Ferrero Guadagnoli, A; Brenna, E; Pogonza, P; Paladini, G
Cardiologia, Hospital Privado CMC, Cordoba, Cordoba, Argentina / Cirugia Cardiovascular, Hospital Privado CMC, Cordoba, Cordoba, Argentina

Introducción: La fibrilación auricular (FA) es una complicación frecuente en el postoperatorio de cirugia cardiaca y podria ser un predictor independiente de incremento de mortalidad postoperatoria a corto y mediano plazo.
Objetivo: Comparar la mortalidad a corto y mediano plazo entre pacientes con y sin FA en el postoperatorio de cirugia cardiaca
Material y Métodos: Estudio retrospectivo. Se analizaron historias clinicas de pacientes operados entre enero/06 y noviembre/08. Se dividió a la muestra en dos grupos; grupo (GFA) a los que tuvieron FA en el postoperatorio y grupo (GNFA) a aquellos pacientes que no tuvieron la arritmia hasta el momento del alta médica. Se tuvo en cuenta la mortalidad hospitalaria y a tres años de seguimiento. En los casos que no hubiese seguimiento en la historia clinica, se realizo telefonicamente. Las variables categóricas se expresan como porcentaje y las continuas como media ± desviación estándar. Se uso Chi cuadrado y test T para la comparación de las variables respectivamente entre ambos grupos (GFA vs GNFA), curva de Kaplan-Meier y Long rank test para comparar la sobrevida en el tiempo. Valor de p < a 0,05 se considero estadísticamente significativo.
Resultados: Se incluyeron 165 pacientes. La edad media de los pacientes fue 64,2 ± 9,5 años, con predominio del sexo masculino. El tipo de cirugía fue principalmente Bypass (62,8%). La FA fue la complicación más frecuente (23,6%). Seguimiento de 3,38 ± 1,2 años. Mortalidad global hospitalaria y en el seguimiento de 4,8% y 10,3% respectivamente. Al comparar la mortalidad hospitalaria y en el seguimiento, esta fue de 1,2% y 3% (GFA) vs 3,6% y 7,3% (GNFA), (p= 0,92 y 0,55 respectivamente). En el seguimiento la sobrevida fue de 90,48% (GFA) vs 87,18% (GNFA) Log Rank 0,54.
Conclusión: En nuestra experiencia, la FA en el postoperatorio de cirugía cardiaca no influyo significativamente en la mortalidad hospitalaria y a mediano plazo.

048 Fast-Track en Cirugía Cardiovascular

Rodriguez Campos, JF; Medeot, NJ; Juri, R; Rios, M; Barcudi, R; Farias, C; Vega, H; Bueno, G; Villagra, M
Cirugía Cardiovascular, Unidad Cardiovascular, Sanatorio Mayo, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción y Objetivos: Analizar la evolucion de los pacientes sometidos a cirugia cardiovascular coronaria y valvular colocados en un protocolo de Fast- Track postoperatorio.
Material y Métodos: Desde Enero de 2004 a Enero del 2011 ingresaron en el protocolo de Fast- Track la cantidad de 286 pacientes, que aceptaron dicho protocolo que consta de : 1) Aceptación y entendimiento previo del paciente y familiares de la externacion y deambulacion precoz. 2) Kinesioterapia y fisioterapia previa para condicionar su de ambulación precoz.3) Domiciliarse en la ciudad.- 4) Restriccion perioperatoria de fluidos intravenosos. 5) Extubacion dentro de las primeras 6 horas postoperatorias. 6) Limitar la interacción en la UCO a 24 horas. (+ - 6) 7) Deambulacion precoz a las 3 horas de extraer los drenajes toracicos.- 8) Pase a sala comun si cumple con las siguientes condiciones : Afebril, Ritmo sinusal, Analítica normalizada, SO2 > 95 %.- 9) Sala comun con deambulacion y kinesioterapia intensiva.- Externación hospitalaria con Kinesio a domicilio y control a la semana, 15, 30 y 45 dias.
Resultados: La mortalidad fue de 2,5 % (7 pac.) de los 279 restantes el 23,5 % (66) prolongó su estadia entre 24 a 48 hs, y el 76,5 % se fué de alta hospitalaria a las 48 hs.- El promedio de internación postoperatoria fué de 58 horas. y las reinternaciones fueron del 7 % en su mayoria por coleccion pleural, arritmia tipo FA y Ins. Cardiaca.-El análisis estadístico se realizó mediante Student't test, x 2 test, y desviación standard.- No se agregó morbimortalidad en los paciente que se reinternaron.
Conclusión: El protocolo de fast-track puede ser realizado con éxito en la practica diaria de la Cirugia Cardiovascular, y los principales recaudos son la restricción de fluidos y la extubación y deambulación precoz.

054 Estratificación en Categorías de Riesgo de Enfermedad Tromboembólica en pacientes con Fibrilación Auricular

Isa Massa, G; Serrano, A; Oporto, L; Gerez Albaca, A; Sosa Tomada, M; Chain, S; Luciardi, H; Mercau, G; Pireda, A; Muntaner, J
Cardiología, Unidad Coronaria, Centro Modelo de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina / Cardiología, Servicio de Ecocardiografía, Centro Modelo de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

El score de CHADS2 es el mas utilizado para predecir el riesgo de eventos tromboembólicos en pacientes con Fibrilación Auricular Crónica(FA). Una modificación del mismo fue introducida recientemente con nuevos factores de riesgo, el CHA2DS2 VASC.
Objetivo: Evaluar ambos scores para detectar el riesgo de complicación tromboembólica en pacientes con fibrilación auricular.
Material y Métodos: Análisis retrospectivo que incluyó en 101 pacientes, 45% mujeres con edad promedio de 70 años; con FA ingresados al servicio de cardiología del CMC de diciembre 2009 a diciembre de 2010. Para estratificar el riesgo de embolia se usaron ambos score, CHADS2 y CHA2DS2-VASC en todos los pacientes.
Resultados: Con la utilización del score CHA2DS2-VASC respecto al CHADS2 se observó: Aumento del n de pac. de alto riesgo (26%) ($p<0.001$); Disminución del n de pac. riesgo intermedio (25%) ($p<0.001$); Aumento de n de pacientes con indicación de ACO (33%) ($p<0.001$);En la población bajo estudio 25 % de los pacientes incluidos en riesgo intermedio según score CHADS2 pasaron al grupo alto riesgo según CHA2DS2-VASC; El 2% de los pacientes incluidos en bajo riesgo en el score CHADS2 representaron alto riesgo en CHA2DS2-VASC; Esta recategorización del grupo se vió a expensas de las variables edad y sexo.
Conclusión: Con la utilización del score CHA2DS2 VASC vs. el score CHADS2 se produjo:1) Aumento significativo de los pacientes que se ubicaron en la categoría de alto riesgo. 2) Disminución significativa de los pacientes con riesgo intermedio.3) Los pacientes con bajo riesgo pasaron a riesgo intermedio. Comparando la población con ambos scores se observó un mayor porcentaje de pacientes con indicación de anticoagulación según el score CHA2DS2 VASC de modo significativo.

056 Efecto del Tratamiento con Benznidazol (Bzl) sobre Sistemas de Biotransformación y Excreción de Drogas en la Línea Celular Hepg2.

Rigalli, JP; Perdomo, VG; Villanueva, SSM; Echenique, CG; Mottino, AD; Ruiz, ML; Catania, VA
Instituto de Fisiología Experimental, CONICET, Rosario, Santa Fe, Argentina / Parasitología, FCByF, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina

BZL, utilizado en la enfermedad de Chagas, suele combinarse con otras drogas. El hígado tiene un rol crucial en la detoxificación de fármacos. Intervienen sistemas enzimáticos de biotransformación (ej: UGTs, GSTs) y proteínas de excreción (ej: MRP2) que se encuentran regulados coordinadamente, siendo el receptor de pregnanos X (PXR) un mediador clave. La modificación de la función de estos sistemas por BZL podría afectar su propia biodisponibilidad y acción terapéutica y/o la de drogas coadministradas. El objetivo del trabajo fue evaluar el efecto de BZL sobre la expresión y actividad de enzimas de biotransformación y del transportador canalicular MRP2 y la mediación de PXR en la línea celular humana HepG2, que retiene propiedades de los hepatocitos. Las células fueron expuestas a BZL (2-200 μM, 48h). Se determinó el contenido proteico de MRP2, GST (α, μ y π) y UGT1A por immunocuantificación observándose inducción a 200 μM en GSTπ (+75%) y MRP2 (+75%), $p<0,05$, n=3. Se observó también aumento en la actividad enzimática de GST total (+104%) y de transporte de MRP2 (+81%), medidas por conjugación y eflujo de un sustrato modelo respectivamente, $p<0,05$, n=3. La inducción tiene correlato en el ARNm para MRP2 (+137%) y GSTπ (+78%), determinado por Real Time PCR, $p<0,05$, n=4-8, pudiendo sugerirse un mecanismo transcripcional. Para evaluar el rol de PXR, se disminuyó su expresión mediante ARN de interferencia. Se observó una prevención de la inducción por BZL de ambas proteínas, confirmándose la mediación de este receptor nuclear y asociándose por primera vez al BZL como activador del mismo. Los resultados indican que el tratamiento con BZL podría desencadenar interacciones droga-droga que demandarían especial atención en el diseño de las estrategias terapéuticas.

059 Benznidazol (Bzl) Modifica la Expresión de Proteínas Transportadoras de Drogas en Hígado e Intestino de Rata

Perdomo, VG; Rigalli, JP; Luquita, MG; Villanueva, SSM; Ruiz, ML; Mottino, AD; Echenique, CG; Catania, VA
Instituto de Fisiología Experimental, CONICET, Rosario, Santa Fe, Argentina / Parasitología, FCByF, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina

La expresión y actividad de proteínas transportadoras de drogas presentes en tejidos con relevancia farmacológica (ej: hígado, intestino y riñón) puede modificarse por el tratamiento con distintos compuestos generando interacciones droga-droga. Se desconoce si BZL, empleado para el tratamiento de la enfermedad de Chagas, modula la expresión de proteínas transportadoras de drogas, pudiendo afectar su propia excreción.
Objetivo: Evaluar el efecto de BZL sobre la expresión de proteínas de eflujo de drogas en hígado, intestino y riñón de rata. Para ello, ratas Wistar macho adultas recibieron BZL (25; 50 ó 100 mg i.p./kg/día, 3 días; n=3) o vehículo. Se determinó la expresión de las proteínas P-gp y Mrp2 por western blotting. Los resultados obtenidos a la mayor dosis de BZL fueron (veces respecto al control; $p<0,05$): a) Hígado: aumento de la expresión de P-gp (5) y Mrp2 (10); b) Yeyuno: aumento de P-gp (20) y de Mrp2 (13); c) Ileon: aumento de P-gp (2). Mrp2 no se detectó en íleon. No se observaron cambios significativos en riñón. Utilizando una línea celular humana que retiene propiedades de hepatocitos (HepG2) se evaluó si BZL es transportado por P-gp y/o MRP2. Las células se incubaron con BZL (0,1 mM, 2 h, n=3) en presencia o ausencia de verapamilo (inhibidor de P-gp, 100 μM) o probenecid (inhibidor de MRP2, 1 mM). El contenido intracelular de BZL fue mayor en las células incubadas con verapamilo (420±60 vs 330±10 pmoles BZL/1000000 células, $p<0,05$), indicando que su eflujo es parcialmente dependiente de P-gp. No hubo participación de MRP2 en la excreción de BZL.
Conclusión: BZL indujo expresión de P-gp y Mrp2 a nivel hepático e intestinal. Considerando que estos transportadores son responsables de la excreción de diversos fármacos, incluyendo BZL, el fenómeno observado podría tener implicancias clínicas al modificar la biodisponibilidad de drogas co-administradas e inclusive la del propio BZL. Esto último derivaría en pérdida de eficacia en tratamientos prolongados

066 Resultados de Intervenciones Cardíacas Percutáneas en pacientes menores de 3 Kg de peso

Daghero, F; Diaz, J; Banille, E; Bueno, N; Lazzarin, O; Loconte, M; Juaneda, E; Peirone, A
Cardiología Pediátrica, Cardiología, Hospital Privado, Córdoba, Córdoba, Argentina

Objetivo: El peso del paciente que requiere una intervención cardíaca percutánea es considerado una variable de riesgo independiente que incrementa su morbi-mortalidad. El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados de pts sometidos a cateterismo cardíaco intervencionista (CCI) con un peso menor a 3 kg al tiempo de la intervención.
Métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo, observacional. Desde enero de 2007 hasta febrero 2011, 18 pts recibieron CCI con un peso inferior a los 3 kg. 13 pts (72%) arribaron a la sala de hemodinamia ventilados previamente.
Resultados: La mediana y rango de edad y peso fueron 9,2 días (1 - 57) y 2,42 kg (1,9 - 2,9) respectivamente. La edad gestacional media fue 36 semanas (34-39) y hubo 61% de varones. En 18 pts se realizaron 23 intervenciones cardíacas percutáneas que incluyeron: septostomía auricular 8 pts, estrategia híbrida del síndrome de corazón izquierdo hipoplásico 6 pts, valvuloplastia por estenosis pulmonar crítica 3 pts, por estenosis aórtica crítica 2 pts y por estenosis pulmonar severa 1 pt; rescate de catéter percutáneo embolizado a rama pulmonar derecha 1 pt, repermeabilización de arteria pulmonar derecha post cerclaje de la misma 1 pt y repermeabilización de anastomosis sistémico-pulmonar 1 pt. Se colocaron 7 stents: 6 en el ductus arterioso y uno en una anastomosis sistémico-pulmonar izquierda. En 7 pts se realizaron dos intervenciones cardíacas percutáneas durante el mismo acto. Todos los procedimientos finalizaron habiéndose cumplido el objetivo inicial excepto 1 pt con síndrome de corazón izquierdo hipoplásico que falleció durante la colocación del stent ductal debido a shock cardiogénico y arritmia. Durante el seguimiento inmediato, sólo 1 pt tuvo pérdida del pulso arterial que requirió manejo clínico conservador.
Conclusiones: El CCI realizado en pts con un peso inferior a 3 kg es un procedimiento seguro y eficaz aunque técnicamente exigente, con resultados inmediatos satisfactorios.

068 Registro Tandilense de Angioplastia Primaria 2009 /2010

Thomas, J; Bazan, J; Cicco, L; Maccarone, P; Miguel, M; Funaro, F; Suasnabar, R
Hemodinamia, Departamento. Cardiovascular, Clin. Chacabuco, Tandil, Buenos Aires, Argentina

Objetivo: Actualizar las características y resultados de los pacientes (p) de nuestra ciudad y su zona de influencia con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCASEST) tratados con angioplastia primaria (AP), continuando el trabajo presentado en el XXVIII Congreso FAC `09.
Material y Métodos: Registramos en forma consecutiva 94p con SCASEST tratados con AP dentro de las 12 hs de evolución entre el 01/01/2009 y el 31/12/2010.
Resultados: Con una edad promedio de 63.9 años, 33p (35.1%) eran diabéticos. 54p (57.4%) fueron derivados de otros centros. Ingresaron en clase Killip y Kimball (KK) A 64p (68%), KK B 16p (17%), KK C 5p (5.3%) y KK D 9p (9.57%). El tiempo dolor-balón fue en promedio de 7.44hs con un tiempo puerta-balón en promedio de 59 min. Arterias Culpables: Descendente Anterior en 43p (45.7%), Coronaria Derecha en 33p (35.1%), Circunfleja en 12p (12.7%), Tronco de Coronaria Izquierda en 1p (1.06%). Diagonal 1p (1.06%) Mamaria Izquierda en 1p (1.06%) y dos vasos en 3p (3.1%). Se obtuvo flujo TIMI III en 82p (87.2%), II en 4p (4.2%) y 0-I en 8p (8.5%). Resolvieron rápidamente el supradesnivel del ST 56p (59.5%). La mortalidad fue del 7.4% (7p).
Conclusiones: Nuestro regustro muestra altas tasas de flujo TIMI III y de resolución del supradesnivel del ST con una mortalidad comparable a las de otros registros (nacionales e internacionales) en los p con SCASEST tratados con angioplastia primaria.

077 Efectos de la Melatonina Sobre la Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI) por Constricción Aórtica

Lake, M; Ennis, IL; Mosca, SM; Pinilla, OA; Cingolani, HE; Pérez, NG
Centro de Investigaciones Cardiovascular, Facultad de Ciencias Médicas de La Plata, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina

El efecto hipertrofiante de las especies reactivas del oxigeno (ROS) ha sido recientemente establecido. Existen kinasas redox-sensibles que forman parte de las señales intracelulares que llevan a la HVI. Por otro lado, es sabido que la angiotensina 2 (A2) al activar la NADPH oxidasa produce ROS que disparan esas señales intracelulares y que la A2 es liberada al espacio extracelular por los miocitos sobrecargados (Sadoshima et al. Cell 75:977, 1993). En un modelo de HVI por constricción aórtica transversal (TAC) en ratón estudiamos la producción de HVI ("TAC") y la acción sobre esta de la melatonina (MEL, 10mg/Kg/día) administrada en el agua de bebida ("TAC+MEL"). Un grupo de animales operados sin TAC sirvió de control ("sham"). Luego de 7 semanas los animales fueron estudiados ecocardiográficamente y sacrificados para determinar peso del VI (PVI). Se midió la longitud de tibia (LT) para expresar la relación PVI/LT e IMVI, parámetros usados como índices de HVI. También se estimó estrés oxidativo mediante TBARS. La TAC provocó HVI evidenciada por el aumento del IMVI de 3.82±0.14 (sham) a 5.28±0.50 (TAC, $P<0.05$ vs sham) mg/mm, efecto que fue prevenido por MEL (4.02±0.30 mg/mm). El cociente PVI/LT corroboró estos resultados [6.38±0.38 (sham), 8.11±0.63 (TAC, $P<0.05$), 6.34±0.31 (TAC+MEL) mg/mm]. La HVI disminuyó el acortamiento endocárdico de 61±2 (sham) a 54±1.8 % (TAC, $P<0.05$) y la disminución de la HVI en TAC+MEL no mostró diferencias significativas vs TAC (58±2.9%) a pesar del probable aumento del estrés parietal. La potente acción antioxidante de MEL se evidenció por el descenso de la lipoperoxidación miocárdica (TBARS) de 0.35±0.02 (TAC) a 0.25±0.02 (TAC+MEL, $P<0.05$) nmol/mg de proteína. La acción de la MEL sobre la HVI, presumiblemente por su potente acción antioxidante, sin repercusión funcional miocárdica, permite proponer que la A2 liberada por la TAC induce formación de ROS que inician señales que llevan a una HVI maladptiva que es inhibida por MEL

082 Reactividad Plaquetaria en la Estratificación de Riesgo de los pacientes en que se sospecha un Síndrome Coronario Agudo

Sala Mercado, JA; Darling, CE; Collard, ML; Tecco, GF; Quiroga Castro, WA; Zelaya, FR; Conci, EC; Sala, JP; Michelson, AD; K. Przyklenk, K
Instituto Cardiovascular, Facultad de Medicina, Wayne State University, Detroit, Michigan, EE UU / Departamento medicina de emergencia, Facultad de Medicina, University of Massachusetts, Worcester, Massachusetts, EE UU / Unidad de Cuidados Intensivos, Servicio de Terapia Intensiva, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: El diagnóstico precoz de los síndromes coronarios agudos (SCA) [infarto agudo de miocardio (IAM) o angina inestable (AI)] continúa siendo problemático debido al periodo de ventana de elevación de los marcadores de necrosis miocárdica. La oclusión coronaria se produce por ruptura de una placa y consiguiente activación-agregación plaquetaria, evento que precede a la liberación de enzimas cardíacas.
Objetivos: Evaluar en los pacientes que consultan por dolor precordial, si una "precoz valoración de la función plaquetaria" puede: (i) contribuir al diagnóstico rápido de SCA y/o (ii) facilitar una conducta expeditiva con los pacientes que presentan dolor torácico no cardíaco (DTNC).
Métodos: Se incluyeron 434 pacientes (adultos). En la consulta, se evaluó la reactividad plaquetaria mediante el PFA -100 ® (Siemens) el cual circula sangre por una abertura recubierta de colágeno-ADP y mide el tiempo necesario para ocluir la abertura (TO). En base al diagnostico definitivo se separo a los pacientes en tres grupos (i) IAM, (ii) AI, o (iii) DTNC, para la comparación de la reactividad plaquetaria obtenida al momento de la consulta.
Análisis Estadístico: Se utilizo Kruskal-Wallis no paramétrico ANOVA + post-test de Dunn para comparación de las medianas y chi-cuadrado para las distribuciones.
Resultados: Si bien el TO fue significativamente menor en el IAM, (no asi en la AI), con respecto a los pacientes con DTNC (82 seg**, 94 seg y 92 seg respectivamente; ** $p<0,01$ vs DTNC), la distribución de los pacientes aporta un mayor beneficio en lo que respecta a la estratificación de riesgo: la proporción de pacientes con TO> 120 seg fue del 0% **, 15% y 20% en el IAM, la AI y el DTNC; mientras que el porcentaje de pacientes con TO> 145 seg fue del 0%**, 0% **, y 10%, respectivamente (** $p<0,01$ vs DTNC).
Conclusión: La "evaluación precoz de la reactividad plaquetaria" puede ayudar en la estratificación de riesgo de los pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo.

090 Cuatro Años de Experiencia Multidisciplinaria en Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP)

Durá, J; Diez, A; Cadars, L; Fusilieri, M; Meiriño, A; Chichizola, N; Zapata, G; Cursack, G
Hipertensión Pulmonar, Cardiología Clínica, Instituto Cardiovascular Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina / Hipertensión pulmonar, Neumonología, Instituto Cardiovascular Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es un término que define una variedad de condiciones progresivas que tienen en común un incremento en la resistencia arterial pulmonar que evoluciona a la insuficiencia cardíaca derecha y a la muerte. En la última década ha mejorado considerablemente la morbilidad y la mortalidad de la HAP por la organización de equipos multidisciplinarios de trabajo, que permitieron avances en el conocimiento y tratamiento de la enfermedad.
Objetivo: Realizar un análisis descriptivo de las características clínicas, métodos diagnósticos y el tratamiento empleado de los pacientes con HAP derivados a nuestro equipo.
Métodos: Se evaluó el registro prospectivo de pacientes de una institución monovalente que incluyó a personas con diagnóstico de HAP desde Enero de 2006 hasta Diciembre de 2010. Resultados: se incluyeron 29 pacientes, siendo la edad media de 61 años, con un rango de edad de 26-85 años. El 58 % fueron mujeres. La etiología de la HAP fue idiopática en el 13,8%. Se asoció a insuficiencia cardíaca en el 24,1%, a patología valvular en el 24,1%, a enfermedad tromboembólica pulmonar en el 17,2%, a cardiopatía congénita en el 10,3%, a enfermedad del tejido conectivo en el 3,4%, a hipertensión portal en el 3,4% y a EPOC en el 3,4%. El 58,6% estaba sintomático por disnea en CF III-IV de la NYHA en el momento del diagnóstico. Como método diagnóstico se realizó cateterismo derecho en el 44,8% y test de vasoreactividad pulmonar en el 27,6%, resultando positivo en el 6,2% de los casos. En cuanto al tratamiento empleado el 60,7% recibió sildenafil, el 21,4% anticálcicos, el 17,2% iloprost y el 3,4% epoprostenol.
Conclusión: En nuestro registro de HAP la enfermedad cardíaca constituye la etiología más frecuente, más de la mitad de los casos llegan al diagnóstico con síntomas avanzados y el sildenafil es el tratamiento más utilizado.

094 Pronóstico y Tratamiento Contemporáneo de los pacientes con Infarto Agudo de Miocardio "Que Llegan Tarde"

Escalante, J; Hominal, M; Taborra, S; Chichizola, N; Meiriño, A; Lasave, L; Paolasso, A; Zapata, G
Unidad Coronaria, Cardiología Clínica, Instituto Cardiovascular Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: La demora en la llegada a un centro de salud es la primera causa de no reperfusión en el IAM (pacientes tardíos o fuera de ventana). Esto tiene una tremenda influencia en los resultados y pronóstico a corto y largo plazo. A partir del año 2005 estudios han modificado las guías en relación al tratamiento antitrombótico.
Objetivo: Analizar el tratamiento y pronóstico hospitalario de los IAM no reperfundidos por fuera de ventana en dos etapas diferentes según las recomendaciones de las guías internacionales comparado con los pacientes reperfundidos.
Métodos: Estudio descriptivo, de pacientes con IAM no reperfundidos de la base de datos ICR divididos en dos etapas. Etapa 1 (n=84) de enero 2005 a julio 2010 y Etapa 2 (n=202) Mayo 1995 a Enero 2005. En la Etapa 1 se compararon los resultados de los reperfundidos (Grupo I) vs. no reperfundidos (Grupo II).
Resultados: En la Etapa 1, el 74,6% fueron reperfundidos (Grupo I) y el resto sin estrategia de reperfusión (25,4%, Grupo II). No hubo diferencia en la característica basal de ambos grupos. El tiempo de comienzo de los síntomas fue de 6,82 hs para el Grupo I y de 22,18 hs para el Grupo II ($p<0,05$). No hubo diferencia en la utilización de AAS + clopidogrel entre los grupos (> 95%). Se utilizó Heparinas en el 23,7% del Grupo I vs 100% en el Grupo II ($p< 0,001$). Eventos combinados (APIAM + Re IAM + Muerte) grupo I 11,7% vs. grupo II 19% ($p= 0,09$). En relación a los eventos combinados no hubo diferencia en los pacientes no reperfundidos en la Etapa I (19%) vs Etapa II (19,8%), p=NS.
Conclusiones: Alta tasa de utilización de antitrombóticos (clopidogrel y heparina) según lo indican las guías en IAM tardíos a partir del año 2005. Eventos intrahospitalarios similares probablemente relacionado con el tamaño de la muestra.

098 Optimización de la Frecuencia Cardíaca en Insuficiencia Cardíada: Utilización de Betabloqueantes e Ivabravadina

Fusilieri, M; Durá, J; Cadars, L; Borda, V; Meiriño, A; Cursack, G
Insuficiencia Cardiaca, Cardiología Clínica, Instituto Cardiovascular Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: A pesar del indiscutido beneficio de los betabloqueantes (BB) en morbilidad y sobrevida en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC), no siempre se logra su adecuada indicación y titulación en la práctica diaria. Nuevos estudios demostraron el beneficio de bradicardizantes puros (ivabradina) en pacientes que no logran un adecuado control de la frecuencia cardíaca (FC).
Objetivo: Evaluar la utilización de BB e ivabradina en la optimización de la FC en ptes con IC.
Métodos: Evaluamos el registro del programa multidisciplinario de IC en una institución monovalente desde Septiembre de 2005 hasta Diciembre de 2010. La indicación y titulación de BB fue realizada por cardiólogos especialistas en IC según efectos colaterales limitantes (hipotensión sintomática en 3 o más oportunidades).
Resultados: Se analizaron 89 pacientes. El 29,2% eran mujeres. La edad media fue de 65 años (42-88), sin evidenciarse diferencias entre sexos. No hubo diferencias con respecto a los factores de riesgo cardiovascular como HTA y DBT. Etiologia de la IC: la causa isquémica se identificó en el 19,2% de las mujeres y en el 39,7% de los hombres ($p=0,47$); la falla diastólica en el 34,6% de las mujeres y en el 15,9% de los hombres ($p=0.05$). La FEy media en mujeres fue 44,7% vs. 33,4% en hombres ($p=0.02$). Respecto al tratamiento, el 93,3% de los pacientes recibieron BB y el 84,3% iECA o iATII. De los pacientes en ritmo sinusal (RS) el 9,8% recibió ivabradina. El 32,6% presentaba FA permanente. En los pacientes con RS, la FC promedio fue 71,4 lpm (49-104) y el 51,7% mostraba una FC >=70 lpm en el ECG.
Conclusión: En nuestro programa de IC, a pesar que el equipo multidisiplinario especializado en IC logró un alto porcentaje de indicación de BB, más de la mitad de los ptes no lograron un control óptimo de la FC y serían pasibles de tratamiento con ivabradina.

111 Determinación del Valor de la Intima Media en Recién Nacidos de Madres con Diabetes Gestacional

Yanguez, W; Serrano, A; Piredda, A; Klyver, J; Mercau, G; Muntaner, J
Cardiología, Prevención, CMC, Capital, Tucuman, Argentina / Cardiología, Servicio de Ecocardiografía, Centro Modelo de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

Introducción: Poco se sabe de la repercusión de la diabetes gestacional (DG)sobre el sistema vascular de los recien nacidos(RN) y del daño que este provocaria sobre su sistema vascular.
Objetivos: 1) comparar el espesor de la intima media(EIM) entre recien nacidos de madres con DG y madres sin DG .2) conocer si existe alteracion del flujo dopler en niños RN.3) determinar el valor de corte para considerar valores normales.
Material y Métodos: Estudio caso-control en el periodo de mayo a diciembre del 2010 en el servicio de ecocardiografia del CMC, a 20 niños RN ,divididos en dos grupos Grupo A:hijos de madres diabeticos macrosomicos, Grupo B: hijos de madres sin patologia con peso normal, se comparo el EIM y el flujo doppler arterial; se realizo el estudio con un equipo SYSTEM FIVE con transductor de 7,00 mhz, se midio la intima media desde la interfase entre la luz y la intima en la porcion mas distal de la carotida comun derecha, la medicion se realizo en mm, posterioriormente se relizo la medicion con doppler continuo, se realizo el analisis estadistico con el test de Kruskal Wallis para variables no parametricas.
Resultado: En los 20 RN evaluados la edad fue similar para ambos casos 10 dias, con respecto al peso el grupo A la mediana fue de 4500grs, y para el grupo B de 2750 grs, con respecto a los valores de la medicion de la intima media fue para el grupo A de 0,87 +/- 0,03 mm (mediana), para el grupo B fue de 0,45+/-0,012 mm cuando se realizo la asociacion de la variables fueron estadisticamente significativa con P= 0,0035 ,con respecto al fujo doppler tuvo una P 0,760.NS.
Conclusion: Se pudo observar 1- RN de madre con DG tienen valores de EIM mayor a RN de madres sin DG con PS. 2-En el doppler no hay alteraciones de flujo 3- en RN el corte del EIM podria ser 0,50 mm.

115 Utilidad en la Práctica Clínica del Monitoreo Ambulatorio Versus Domiciliario de Presión Arterial en Hipertensos Tratados.

Crespo, F; Arias, V; Volmaro, J; Moreyra, E; Orias, M
Cardiología, Cardiología, Sanatorio Allende, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: El Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA) y los dispositivos de autoregistro de Presión Arterial (PA) domiciliaria han ganado importancia en el manejo de la hipertensión arterial (HTA). Es incierto si la información aportada por el monitoreo de PA domiciliaria (MPAD) es comparable a la que provee el MAPA para tomar decisiones terapéuticas. El objetivo de este estudio fue establecer la correlación que existe entre ambos métodos y comparar la utilidad de la información brindada por éstos para tomar decisiones terapéuticas.
Materiales y Métodos: A pacientes hipertensos bajo tratamiento farmacológico, cuyo control adecuado en consultorio estuviese en duda, se les realizó MAPA de 24 hs y MPAD durante los 4 días subsiguientes (2 tomas matinales, 2 vespertinas, 16 en total). Se comparó la diferencia entre los promedios de presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD) determinada por ambos métodos. Se evaluó la correlación entre la PAS y PAD por ambos métodos los dos métodos. Finalmente un grupo de 5 expertos en HTA analizó en forma ciega la información obtenida de ambos métodos por separado en cada paciente. Según su criterio clínico, evaluó para cada método si la PA estaba controlada y si habría necesidad de cambiar el tratamiento. Se determinó cual método se asoció con mayor cantidad de modificaciones en el régimen de medicaciones antihipertensivas. El análisis estadístico de los datos se expresó en media ± DS y frecuencias absolutas (%). Se aplicó T-Student para comparación de promedios de PAS y PAD. Se calculó la concordancia entre los métodos con el índice de correlación interclase y el método Bland – Altman. Para la concordancia entre observadores se utilizó el índice kappa.
Resultados: Se incluyeron 100 pacientes, 59 hombres, edad promedio 55 ± 12 años. La PAS promedio diurna por MAPA fue 139,8 ± 16 y por MPAD fue 139.5 ± 14 ($p= 0,76$); la PAD fue 85 ± 13 y 83 ± 9 respectivamente ($p=0,07$). La correlación entre ambos métodos fue muy buena para PAS ($r= 0,91$; $p<0,05$; Bland – Altman 0,3) y buena para PAD ($r= 0,85$; $p<0,05$; Bland – Altman 2,7). Ambos métodos concordaron en que la HTA estaba controlada en 32 pacientes y que no lo estaba en 58, es decir que los resultados coincidieron en el 90% de los pacientes. En el 10% restantes no concordaron por uno u otro método, encontrando 6 pacientes con hipertensión arterial nocturna. Los expertos determinaron que sería apropiado hacer modificaciones en el tratamiento en 67% de los pacientes según resultados del MAPA comparado a 62% de los casos basado en el MPAD, es decir, una diferencia del 5% a favor del MAPA. La concordancia de opinión entre los expertos fue buena (índice kappa 0,68; $p= 0,001$).
Discusión: No hubo diferencias significativas en la medición de PAS y PAD entre ambos métodos. La concordancia para determinar si un paciente se encontraba controlado o no fue altamente significativa. La diferencia en la decisión de modificar el tratamiento antihipertensivo entre ambos métodos fue levemente a favor del MAPA, sobretodo por la evaluación de la PA nocturna que realiza este método. Se podría argumentar que la información brindada por MPAD es similar a la obtenida por MAPA, y que en la mayoría de los pacientes es útil y adecuado para decidir modificaciones en el tratamiento antihipertensivo comparado con el MAPA, que es un método más incómodo y costoso.

126 Utilidad del Eco 3D y Tisular en el Seguimiento del Fallot Alejado

Carugati, R; Saltimirys, R; Ackerman, J; Manso, P; Flores, E; Damsky Barbosa, J; Biancolini, F; Levantini, F; Seara, G; De Dios, AMS
Cardiologia infantil, Elizalde, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Introduccion: El análisis tridimensional de la remodelación del ventrículo derecho en la reparación de T. Fallot ha demostrado que el ventrículo derecho (VD) responde a la sobrecarga de volumen con dilatación en forma esférica y a la sobrecarga de presión con hipertrofia. El conocimiento del remodelamiento ventricular es importante para poder entender la respuesta del VD y dilucidar los mecanismos de la disfunción ventricular.
Material y Método: Fueron estudiados 42 pacientes operados de Tetralogía de Fallot evaluados con 2D y 3D eco, TDI, Strain y movimiento parietal para entender la repercusión hemodinámica que la insuficiencia pulmonar (IP) genera. En 2D se emplearon mediciones de: 4 cámaras (c) y eje menor, que sumadas son equivalentes al volumen en 4c del VI. En 3D se valoro el VD en 3 cortes sagital, coronal y eje menor par reconstruir volúmenes y comparar los resultados con grupo normal control.
Resultados: Se encontró que las madiciones por eco 3D correlaciona directamente con los hallazgos de la RMN ante dilataciones significativas del VD mucho mejor que el 2D. Que el TDI tisular y la excursión lateral de la válvula tricúspide son excelentes indicadores para el seguimiento del paciente con IP. Y que la alteración del IVA derecho e izquierdo así como la inversión E/A del TDI a nivel medial del VD sumada a la disminución de la excursión lateral, son índices límites para decidir el reemplazo de la válvula pulmonar.

130 Predictores de no Resolución del Segmento ST En Pacientes con IAM Sometidos a Angioplastia con Utilización de Tromboaspiración

Lasave, L; Damonte, A; Kozak, F; Rossi, M; Gamen, M; Arce, C; Belardi, J; Berrocal, D; Mendiz, O; Picabea, E
Hemodinamia, Cardiologia, Instituto Cardiovascular de Rosario, Rosario, S Fe, Argentina / Hemodinamia, Cardiologia, Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina / Hemodinamia, Cardiologia, Hospital Italiano, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

La falta de resolución del ST fue identificada como un predictor de eventos cardiovasculares luego de la terapia de reperfusión en pacientes (Pts) con IAM. La angioplastia primaria con stent (ATCP) ha demostrado ser el tratamiento de elección del IAM, además la utilización de tromboaspiración manual (TAM) puede mejorar los resultados de la ATCP. El objetivo fue determinar los predictores de la No resolución del ST en estos Pts sometidos a ATCP y tratados con TAM previo al implante de stent. Métodos: Se incluyeron 373 Pts con IAM (< 24hs) en un registro multicentrico. Se definió No Resolución del Segmento ST (NRST) al descenso <70% del ST entre el ECG basal y a los 60 min de la ATCP. El descenso >70% se considero resolución completa (RCST). Se evaluó un punto combinado de eventos intrahospitalarios (EIH): mortalidad, reinfarto, y nueva revascularización de la arteria responsable (ARI). Se comparó el grupo RCST vs NRST, con los métodos Chi cuadrado y T-student. Se realizó un análisis multivariado para identificar las variables capaces de predecir la NRST. Se incluyeron 373 Pts con IAM tratados con ATCP, 109 recibieron TAM (29.2%), 5 Pts fueron excluidos. El resto, 104 Pts conforman el grupo de estudio. Se observó NRST en 58 Pts (55.7%). Se observó diferencia en la edad (65.8±12 para NRST vs 59,1±9 para RCST, p=0.002) y Killip-Kimball (KK)> 1 de ingreso (58% NRST vs 17% RCST, p<0.001). La DA como ARI fue 55% en NRST vs 30.4%, p=0.02. La presencia de EIH fue 15.2% en NRST y 4.35% (p=0.12). Las variables capaces de predecir la NRST en el multivariado fueron: ARI DA (p=0.047, OR 2.6, IC95% 1.01-1.1) y KK >1 (p=0.0001, OR 6.86 IC95% 2.3-20.1). El test de Hosmer-Lemesh demostró aceptable ajuste y el área bajo la curva ROC fue 0.82 (0.73-0.89).
Conclusión: En este grupo de pacientes con IAM (<24hs) sometidos a ATCP con tromboaspiración manual, la edad, la DA como ARI y fundamentalmente el KK >1 de ingreso fueron predictores independientes de No resolución del segmento ST.

133 La Estimulación VVI Septal en Comparación con la Apical no mejora la Sincronía Ventricular Evaluada a largo plazo por Ecocardiografía.

Lange, JM; Pozzer, DL; Reyes, ID; Pantich, RE; Manzolillo, S; Parras, JI; Reyes, ML; Echeverría, RF; Chuquel, CH; Villegas, ED
Arritmias y Electrofisiología, Instituto de Cardiología Juana F. Cabral, Corrientes, Corrientes, Argentina. / Ecocardiografía, , Instituto de Cardiología Juana F. Cabral, Corrientes, Corrientes, Argentina

Introducción: en el implante de marcapasos VVI se ha sugerido que la estimulación ventricular en septum es más fisiológica que la tradicional en ápex del ventrículo derecho por la posibilidad de alterar menos la sincronia ventricular.
Objetivo: comparar el efecto a largo plazo de la estimulación septal versus apical en la sincronia ventricular evaluada por ecocardiografía.
Métodos: 19 pacientes se asignaron al azar a 2 grupos A: estimulación en septum, B: ápex. Dentro de las 24 hs se realizó un ecocardiograma completo con medición de la sincronía inter e intraventricular. Se repitió el eco a los 5 meses y luego de 2 años del implante. Se realizó un análisis de medidas repetidas con el sitio de estimulación como factor intersujetos.
Resultados: la edad media fue de 75 años(DS8), 11 fueron hombres. No hubo diferencias significativas en tiempo del procedimiento (A: 56 vs B: 48 min) ancho del QRS estimulado (A: 149 vs B: 156 ms), fracción de eyección (58 % en ambos), sincronia inter (A: 42 vs B: 46 ms) ni intraventricular (A: 23 vs B: 43 ms). El segundo eco de seguimiento se realizó a una mediana de 34 meses (entre 2 y 3,5 años). El análisis de medidas repetidas no mostró diferencias significativas en fracción de eyección (A: 59 vs B: 62%), sincronía inter (A: 24 vs B:26 ms) ni intraventricular (A: 52 vs B: 78 ms).
Conclusión: a largo plazo el sitio de estimulación VVI no altera en forma significativa la sincronía ventricular evaluada por ecocardiografía.

134 El Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (RAAS) Exacerbado Induce Apoptosis Cardíaca Vía Camkii en Diferentes Modelos de Hipertrofia.

Velez Rueda, O; Mattiazzi, A; Palomeque, J
Centro de Investigaciones Cardiovascular, Facultad de Ciencias Médicas de La Plata, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La angiotensina II (AngII) induce apoptosis activando la kinasa dependiente de Ca2+-Calmodulina (CaMKIIδ). Sin embargo, aun no ha determinado si la producción endógena de AngII in vivo induce apoptosis via CaMKIIδ.
Métodos: Para evaluarlo, se utilizaron dos modelos con el sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS) exacerbado: ratas espontáneamente hipertensas (SHR) y ratas tratadas con isoproterenol (ratas-Iso).
Resultados: Las SHR mostraron incremento de la presión arterial (84.2±2.6 mmHg sobre el control), de los niveles plasmáticos de aldosterona, como índice de la actividad del RAAS (211.2±25.8% desde el control); de la hipertrofia cardiaca [índice de masa ventricular izquierda, (LVMI) aumentado en 8.6±1.1 mg/mm] y apoptosis (aumento de Bax/Bcl-2 y de células TUNEL positivas), asociada a un incremento en la actividad de CaMKIIδ (P-CaMKII y P-Thr17 de fosfolamban) con respecto a sus controles. El tratamiento con enalapril (10mg/kg/día por un mes) disminuyó significativamente los parametros evaluados. Las ratas-Iso también mostraron un aumento en la presión arterial (29.6±7.3 mmHg), en los niveles de de aldoterona (585.8±29.6%), en la hipertrofia (LVMI aumentada en 3.1.8±1.1 mg/mm) y en la apoptosis asociada con un significativo incremento en P-CaMKIIδ (99.1±24.2%) y en P-Thr17 (151.3±24.8% desde el control), sustrato directo de la CaMKII. El manejo del Ca2+ intracelular en miocitos aislados fue similar entre los grupos. Sin embargo, las SHR y las ratas-Iso presentaron un aumento significativo en la generación de ·O2- (140.2±29.9 CPM/g) y en la peroxidación lipídica (0.282±0.05 nmol/L mg prot), con respecto a sus controles.
Conclusiones: Estos resultados indican que la activación exacerbada del RAAS induce apoptosis in vivo asociado con un incremento en la actividad de CaMKIIδ. Además, los resultados indican que la activación de CaMKIIδ fue independiente de aumentos en el Ca2+i y ocurrió asociada a un aumento en el estrés oxidativo.

139 Desarrollo y Validación de un Modelo de Decisión Médica de Estrategia Invasiva en pacientes con Síndrome Coronario Sin Elevación ST

De Abreu, M; Silberstein, A; Mariani, J; Gagliardi, J; Guetta, J; Trevisan, M; Charask, A; De Sagastizabal, D; Doval, H; Tajer, C
Investigación, Epi-Cardio, GEDIC (Grupo de Estudio, Docencia e Investigación Clínica), C.A.B.A., Argentina

Introducción: Existe discrepancia entre el riesgo estimado por los scores y la decisión de estrategia invasiva inicial (EI) en el síndrome coronario agudo sin ST elevado (SCA-noSTE).
Objetivo: Analizar los criterios asociados a la decisión de EI en la práctica, y evaluar si el modelo permite explicar la discrepancia entre los scores y la conducta.
Métodos: Se analizaron 3187p p ingresados consecutivamente a un registro nacional de 49 unidades coronarias con SCA-noSTE. Cohorte de desarrollo del modelo de decisión de EI: 1396p (años 2005-7). Cohorte de validación: 1791p (2008-10). Se comparó la predicción de EI del modelo con la del TIMI Risk Score (TRS).
Resultados: Edad: 63 a. (54-73), hombres 70,6%. Se indicó EI al 53,2% en la cohorte de desarrollo y 52% en la de validación. Se asociaron con EI en el análisis multivariado: en forma negativa la edad (OR 0,98/año), insuficiencia cardíaca previa (OR 0,4), y cirugía previa (OR 0,6). En forma positiva angioplastia previa (OR 1,6), hipercolesterolemia (OR 1,4), cambios ECG (OR 1,5), marcadores elevados (OR 1,4), recurrencia anginosa (OR 3,4), y hemodinamia en el centro (OR 1,7). El área ROC del modelo fue 0,68 vs. TRS 0,55; p<0,0001 en la cohorte de desarrollo y 0,68 vs. 0,58, p<0,0001 en la de validación. Fue similar considerando sólo las instituciones con hemodinamia.
Conclusión: El TRS tuvo una baja predicción de estrategia invasiva, superada por el modelo clínico desarrollado y validado. Las variables no incorporadas en el TRS que conformaron el modelo, en particular la relación inversa con la edad asociada al mayor riesgo de los procedimientos y la incorporación de la evolución clínica y respuesta al tratamiento pueden justificar en parte la falta de asociación entre los scores de riesgo y la indicación de EI. Contra las afirmaciones habituales en la literatura, esta discrepancia entre scores y conducta no indica necesariamente fallas en la conducta médica sino limitaciones en la concepción clínica del score.

141 Efecto Del Entrenamiento Físico durante un Ejercicio Submáximo de Fuerza Muscular en pacientes Coronarios.

Resnik, M; Ruffa, R; Maggio, D; Taurozzi, S; Ruffa, F; Bernal, C; Resnik, S; Abad Monetti, E
Ergometría, Cardiología, Sanatorio Dr.Julio Mendez, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina / Rehabilitación Cardiovascular, Cardiología, Athlete´s Gym, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina / Facultad de Medicina, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Objetivos: Analizar la respuesta cardiovascular con intensidades submáximas de fuerza muscular y el efecto del entrenamiento físico sobre las variables hemodinámicas analizadas.
Material y Métodos: Se evaluaron 30 pacientes (p) de sexo masculino, con enfermedad coronaria documentada, clínicamente estables con tratamiento médico, con una edad promedio 57,26 años. Se incorporaron al programa previa realización de una PEG en cicloergómetro, estratificándose a los p de acuerdo a su capacidad funcional (CF) en METS: baja (menor o igual a 5), moderada (5-6.9) y buena (mayor o igual a 7).Los p desarrollaron un primer test de fuerza muscular máxima (1RM) de extensión de rodillas (C) y un segundo test-retest submáximo (SM t) en C: 2 series de 15 repeticiones 40-60%1RM, de acuerdo a CF alcanzada en la PEG. Las cargas aplicadas en SM t eran del 40, 50 y 60% con baja, moderada o buena CF, respectivamente.Se realizaron mediciones promedio de frecuencia cardíaca (FC) mediante un cardiotacómetro, y de presión arterial (PA) por esfigmomanometría: en reposo(r), intraesfuerzo (reps. 7 y15) y post esfuerzo inmediato(pe). Luego de tres meses de entrenamiento, los p fueron reevaluados mediante un nuevo SM t. Se utilizó el test de rangos de Wilcoxon para datos pareados.
Resultados: Los p completaron el entrenamiento sin síntomas. Se observó una reducción significativa en los valores de PAS: 119±9,23 vs. 114,33±10,23(r); 142±14,061 vs. 133,5±9,57 (rep.7); 149±12,69 vs. 140,17±11,41 (rep.15); 125±11,6 vs. 120,83±9,92 (pe) p<0.05. En la PAD, observamos cambios similares en rep.7, rep.15 y pe: 90,67±8,07 vs 85,33±6,56; 92,83±6,78 vs. 88,17±6,63; 77,67±7,63 vs. 75,5±5,62, respectivamente. p <0,05.No se encontró diferencias significativas en la FC para cada período de tiempo, al igual que la PAD en reposo p>0.05
Conclusiones: Los ejercicios de sobrecarga muscular han demostrado ser seguros, utilizando cargas moderadas de trabajo, con una considerable disminución en la PA con el entrenamiento

147 Estudio de Marcadores Bioquímicas y Enfermedad Coronaria en Pacientes con Síndrome Metabólico.

Bayol, AP; Vallejos, JA; Romero, M; Peloso, RE; Aranda, MM; Medina, F; Brizuela, M; Sandoval, D; Popilovsky, S; Parras, J
Diagnóstico por Imágenes, Instituto de Cardiología "J.F.Cabral", Corrientes, Corrientes, Argentina / Prevención Cardiovascular, Instituto de Cardiología "J.F.Cabral", Corrientes, Corrientes, Argentina / Laboratorio, Instituto de Cardiología "J.F.Cabral", Corrientes, Corrientes, Argentina.

Introducción: El Síndrome Metabólico (SM) aumenta el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria ateroesclerótica (ECA), nuevos avances en bioquímica y diagnóstico por imágenes permiten identificar marcadores de ECA subclínica.
Objetivos: Evaluar la relación entre marcadores bioquímicos (MB) y ECA, evaluada mediante angiografía coronaria no invasiva por Tomografía Computada Multicorte (TCM) en pacientes (p). con SM.
Material y Métodos: Se evaluaron prospectivamente 59 p. con diagnóstico de SM según los criterios de la IDF (International Diabetes Federation) 36 hombres, edad : 48.4 años (+/- 9 años). La ECA fue diagnosticada por la presencia de placas ateroescleróticas (PA) calcificadas o no calcificadas evaluadas mediante angiografía coronaria por TCM de 64 detectores.Los MB analizados fueron: Colesterol Total(Col), Lipoproteina de Baja Densidad(cLDL), Lipoproteina de Alta densidad(cHDL),Triglicéridos(TG),Insulinemia(Ins), Fibrinógeno (Fib), Proteina C Reactiva ultra sensible(PCR us).
Resultados: Los niveles plasmáticos de los MB fueron:Col.:211 mg/dl +/- 63.4 ,cLDL: 122 mg/dl+/- 42.3,cHDL: 47 mg/dl+/- 12.5,TG: 275.3 mg/dl +/- 388.5,Ins.: 16.4 uU/ml +/- 10.5, fib.:314 mg/dl +/- 73.3, CRPus:3.53 mg/dl +/-5.4. Mediante TCM se encontraron PA predominantemente en los segmentos (seg.) arteriales proximales: Descendente Anterior (37%), Tronco de la Coronaria Izquierda (16%), Coronaria Derecha (15%). El 56 % de los p. tenia al menos una PA.,el resto no tenia ninguna.El análisis multivariado realizado para buscar una correlación entre los MB y los hallazgos anatómicos mostró que el cLDL fue el único predictor independiente de PA, analizado tanto para los seg. proximales como para todos los seg.(p: 0.002). El punto de corte analizado por curva ROC para cLDL fue de 135 mg/dl con un área bajo la curva de 0.71.
Conclusión: En p. con SM los niveles de cLDL se correlacionan con la presencia de PA.La ausencia de éstas por debajo de 135 mg/dl puede tener un importante valor pronóstico.

153 Taquicardia de la Unión en Cirugía Cardiovascular

Banille, E; Pedernera, E; Scausso, F; Resino, C; Cacciamano, A; Juaneda, E; Peirone, A
UCIP, Cardiología, Hospital de Niños, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: La taquicardia de la unión (TU) es una arritmia grave con compromiso de la perfusión coronaria secundaria a diástoles cortas por FC elevadas y falta de contribución auricular por disociación AV.
Objetivo: Describir la características de presentación de la TU en pacientes durante el postoperatorio (PO) de cirugía cardiovascular (CCV).
Material y Métodos: Estudio-retrospectivo, observacional. Desde diciembre 2000 hasta diciembre 2009, se incluyó 30 pacientes (p) con TU durante el PO de CCV.
Resultados: 30p con TU sobre 520 cirugías bajo circulación extracorpórea (CEC); incidencia 5,7%. 13 varones y 17 mujeres y edad promedio 23 meses (4-96). El diagnóstico se realizó por monitoreo continuo, ECG de superficie y aurículograma. FC promedio 180 lpm (r: 160-205). La arritmia se inició en quirófano en 7p y en los 23 restantes el tiempo promedio de aparición fue de 4 hs (1-16) del período PO. Al momento de la arritmia 22p (73%) requerían dopamina y milrinona y 8p (26%) necesitaban además adrenalina. Las patologías fueron: tetralogía de Fallot (15p), canal AVC (7p),CIV (4p), d-TGA (Swich) (2p), d-TGA (Senning) (1p), atresia pulmonar más CIV (1p). Tiempo de CEC: 133 minutos (r: 90-217), tiempo de clampeo: 91 minutos (r: 69-149). El tratamiento fue: 1) disminución de drogas inotrópicas; 2) hipotermia (34°C), en 14 p (46%); 3) amiodarona 22p (73%); 4) Marcapasos. Se obtuvo mejoría en 20p (66%) (disminución de la FC 25% y de la PVC, aumento PAM), en un tiempo promedio de 4 hs, (r: 2-18), 8p (26%) recuperaron ritmo sinusal durante las 2 primeras horas. 6p (20%) presentaron recurrencias. Fallecieron 4p (13%), 2 por sepsis y 2 por shock cardiogénico secundario a TU incontrolable.
Conclusión: La TU es una complicación grave en el PO de CCV, generalmente se acompaña de compromiso hemodinámico y alta mortalidad si no es tratada en forma precoz y adecuada. En nuestra experiencia la adopción de medidas combinadas fueron efectivas para controlar la arritmia.

165 Comparación de la Dinámica Contráctil del VI, entre sujetos sanos y pacientes con BCRIHH. Evaluación con Vector Velocity Imagimg (VVI).

Barbaglia, FG; Tazar, J; Casanova, M; De Rosa, R
Cardiología, Ecocardiografía, Instituto de Cardiología, S. Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

Introducción: El empleo del modo VVI para el análisis comparativo de la dinámica contráctil del VI, entre sujetos sanos y pacientes con BCRIHH No ha sido ampliamente difundido. En el presente se compara parámetros de la dinámica contráctil del VI, entre sujetos sanos y pacientes con BCRIHH, sin otra patología cardiovascular conocida.
Objetivos: Comparar los parámetros ecocardiograficos estándar, y de dinámica contráctil del VI, entre sujetos sanos y pacientes con BCRIHH.
Material y Métodos: Estudio Descriptivo de corte transversal sobre pacientes consecutivos con patrón electrocardiográfico de BCRIHH y patrones electrocardiográficos normales, que asistieron al servicio de ecocardiografia del instituto de cardiologia SRL de San Miguel de Tucuman para la realización de un ecocardiograma de Enero de 2010 a Enero de 2011. Se analizaron los siguientes parámetros: DFD, DFS, FE e IMVI. Se analizo velocidad tisular, strain y strain rate del tercio basal y medio de la pared lateral y septal del VI en una proyección apical de 4 cámaras.
Resultados: En los sujetos sanos se encontaron los siguientes valores:
Edad promedio: 45,9 años, Sexo: 59 % masculino. DFD: 48, DFS: 34, FE: 56%. Velocidad Septal Basal 3,23 cm/seg (DS 1,27), Velocidad Septal Medial 2,68 cm/seg (DS 1,37) Velocidad Lateral Basal 3,99 cm/seg (DS 1,67) Velocidad Lateral Medial 2,62 cm/seg (1,5). Strain Septal basal – 9,02% (DS7,93), Strain Septal Medial – 12,55 (DS 9,05) , Strain Lateral Basal – 16,05 (DS 8,17) Strain lateral Medial – 12,96 (DS 9,26). Strain Rate Septal Basal – 0,72 cm/seg-1 (DS 0,37), Strain Rate Septal medial – 1,05 cm/seg-1 (DS 0,63) Strain Rate Lateral Basal – 1,19 cm/seg-1 (DS 0,51) Strain Rate Lateral Medial – 1 Cm/seg-1 (DS 0,53) En sujetos con BCRIHH, se encontraron los siguientes valores: Edad promedio 43,9+10,1 años, Sexo 78% masculino, DFD: 49,6, DFS 34,6, FE: 56%. Velocidad: Septum Basal 4,16cm/seg (DS 1,31), Septum Medial 3,42 cm/seg (DS 1,01) Lateral Basal 4,67 cm/seg (DS 1,59) Lateral Medial 3,06 cm/seg (DS 1,24). B) Strain Septal Basal 9,79% (DS 7,48) Strain Septal Medial14,45 (DS 8,54), Strain Lateral Basal 18,38% (DS 9,11), Strain Lateral Medial 19,97 cm/seg (DS)10,53. C) Strain Rate Septal Basal 1,02 cm/seg-1 (DS 0,65), Strain Rate Septal Medial 1,03 cm/seg-1 (DS 0,51), Strain Rate Lateral Basal 1,17 cm/seg-1 (DS 0,62), Strain Rate Lateral Medial 1,39 cm/seg-1 (DS 0,52)
Conclusión: Se pudo observar que el patrón de la dinámica contractil del VI, de los pacientes con BCRIHH, es el mismo que en los sujetos controles. Si bien se pudo establecer una diferncia significativa en los valores de velocidad septal basal, strain lateral medial y strain rate lateral medial, a favor de los pacientes con BCRIHH, está solo se observó en el valor realtivo, sin que signifique un cambio en el patrón contractil. No hubo tampoco diferencia significativa en los datos epidemiológicos de la población estudiada.

167 Análisis de la Terapéutica en Insuficiencia Cardíaca Crónica. Registro IC Hospital Córdoba

Tosar, C; Sarjanovich, R; Scaro, G; Guzman, L
Insuf. Cardiaca, Departamento de Cardiologia, Hospital Cordoba, Cordoba, Cordoba, Argentina

Introducción: La Insuficiencia cardiaca (IC) es una de las causas que lidera la morbimortalidad en los adultos mayores de 65 años (1). Representa el origen principal de la admisión hospitalaria en este grupo y se incrementa en los países industrializados. A pesar que la IC es una condición altamente prevalente, presenta ciertas limitaciones en el diagnostico y tratamiento
Objetivo: Identificar las características de un manejo especializado en esta patologías y determinar el porcentaje de pacientes que alcanzan el objetivo terapéutico con drogas con demostrada eficacia en la sobrevida (IECA), espironolactona (β-Bloq).
Material y Método: Se realizo análisis observacional, descriptivo, retrospectivo de 118 pacientes extraídos de una base de datos computarizada (tabla Acces) en consultorio de IC del Hospital Publico que l funciona como consultorio de derivación desde el año 2004.
Resultados: Respecto a las drogas se observo: 84% IECA (n: 100), 6.7% ARA II (n: 8), 93.2% β-Bloq (n: 110), 79.6% Espironolactona (n: 94), 66.1% Diuréticos (n: 78), 30.5% digital (n: 36), 28.8% Acenocumarol-ACO (n: 34), 6.4% Amiodarona (n: 10), 4.2% Sildenafil (n: 5), 44.9% Ac. Acetilsalicilico (n: 53).
Conclusiones: Es notable el uso de BB sobre las otras drogas, seguido por el grupo de los IECA y la espironolactona respecto a otros registros.

180 Beneficios de la Revascularización Coronaria Completa en el Infarto Agudo de Miocardio.

Fiorucci, M; Costantini, R; Telayna, J
Hemodinamia y Terápeutica por Cateterism, Hospital Universitario Austral, Pilar, Bs.As., Argentina.

Introducción: En el infarto agudo de miocardio (IAM), la enfermedad de múltiples vasos coronarios (EMV) representa 50% de esta población. Existe falta de consenso, en aquellos pacientes (pts) que se presentan con IAM y hemodinamia estable, sobre cuando completar la revascularización (misma sesión o diferida). La presencia en la arteria no relacionada al IAM de estenosis (>50%) junto con al menos dos de las siguientes: a)ulceración; b) bordes irregulares; c)lesión angulada; d)trombo endoluminal; e) lesión >25 mm o f) lesión en bifurcación, representan un grupo de alto riesgo de eventos cardiovasculares.
Objetivo: Determinar los resultados de la revascularización completa (RC) en la misma sesión vs sólo del vaso culpable; determinando en éstos la presencia de lesiones no culpables complejas.
Materiales y Métodos: De 245 angioplastias coronarias primarias se excluyeron los ptes que ingresaron con shock y aquellos que sólo tenían afectado un vaso coronario. De los 129 pts que presentaban EMV, se realizó RC en la misma sesión (Grupo 1= 23ptes) y se optó por tratamiento sólo del vaso culpable en 106 ptes. Estos últimos fueron divididos según la presencia (Grupo 2= 33 ptes) de lesiones no culpables complejas o la ausencia de las mismas (Grupo 3= 73 ptes). Características basales, grupos 1, 2 y 3 respectivamente: edad promedio: 52; 60; y 58 años; diabetes 2, 2 y 6 ptes; IAM anterior 10, 10 y 23 ptes; Killip y Kimbal B/C 11, 4 y 15 ptes; uso de IIbIIIa 0, 5 y 16 ptes; longitud promedio total de stents (mm) 20, 20 y 21.
Resultados: Mortalidad intrahospitalaria 1, 1 y 0 ptes(NS); reinfarto 2, 0 y 0 ptes(NS). El seguimiento promedio fue de 30 meses, con ReATC/CRM 0, 12 y 13 ptes (p0.0007) y mortalidad extrahospitlaria 0, 2 y 1 pte(NS).
Conclusiones: La RC en la misma sesión durante el IAM con EMV no presentó eventos adversos mayores a corto o largo plazo. La revascularización incompleta con presencia de lesiones no culpables complejas presentaron un mayor riesgo de eventos.

182 Impacto de las Plásticas Complejas en el Tratamiento de la Endocarditis Infecciosa en Válvula Mitral Nativa

Zgrablich, C; Rudavega, P; Badr, JM; Cartasegna, L; Giachello, F; Beltrano, C; Martinez Demaria, D; Aramburu, C; Pastoni, D; Alonso, E
Cirugía Cardiovacular, Cirugía, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina / Unidad Coronaria, Servicio de Cardiología, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La endocarditis infecciosa sobre válvula nativa con indicación de tratamiento quirúrgico, es producida por una diversidad de defectos anatomopatológicos, para los cuales existen diferentes técnicas quirúrgicas que permiten su corrección.
Objetivo: Describir nuestra experiencia en el uso de diferentes técnicas de reparación de la válvula mitral para el tratamiento de la endocarditis infecciosa.
Materiales y Métodos: Entre agosto de 2006 y febrero de 2011 sobre un total de 610 cirugías cardíacas, 11 (1,8%) pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente por presentar endocarditis mitral aguda o sus secuelas, aislada o asociada a endocarditis en otras localizaciones. Todos los pacientes fueron operados con canulación bicava y ecocardiograma transesofágico intraoperatorio.
Resultados: Al 72,7 % se les realizó una plástica mitral (5 parches de pericardio en valva anterior; 1 resección de p2; 1 resección con deslizamiento de p2 y 1 transferencia de cuerdas) El 72,7 % tuvo una cirugía asociada (6 doble valvular, 1 triple valvular y un congénito) El 36,6 % presentaba endocarditis aguda, de los cuales 3 se encontraban en shock cardiogénico. La mortalidad operatoria fue del 18,2%, acorde con el Euroscore preoperatorio promedio (media: 24, 4%; rango 3,19%-70,1%).
Actualmente los pacientes en seguimiento se encuentran en clase funcional I –II y sin recidiva de la endocarditis.
Conclusiones: En nuestra experiencia la endocarditis mitral nativa es poco frecuente. Su resolución quirúrgica está asociada generalmente a dos inconvenientes: el primero es la alta incidencia de cirugías asociadas y la segunda es la necesidad de utilizar técnicas complejas para poder repararlas exitosamente.

188 Shock Refractario en el Postoperatorio de Cirugía Cardíaca

Escarain, MC; Bozovich, G; Varela Otero, P; Peradejordi, M; Barbieri, A; Abud, J; Dulbecco, E; Raffaelli, H; Favaloro, R
Cirugía Cardiovascular y Torácica, Hospital Universitario Fundación Favaloro, C.A.B.A, Argentina / Facultad de Medicina, Universidad Favaloro, C.A.B.A, Argentina.

Introducción: Una de las complicaciones del postoperatorio (POP) de cirugía cardíaca (CC) es el shock refractario (SR), asociado a mal pronóstico.
Objetivo: Analizar la prevalencia de los patrones hemodinámicos (PH) subyacentes al SR, factores predisponentes y morbimortalidad (MM) asociada.
Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de 690 cirugías cardíacas realizadas entre 01/2009 y 01/2010, 67 pacientes (p) (9.7%) presentaron SR (noradrenalina > 0.5 µg/kg/min) dentro de las 72 horas del POP. Se definió Shock vasopléjico (SV): presión arterial (PA) media < 50 mmHg, aurícula derecha (AD) < 5 mmHg, wedge < 10 mmHg, índice cardíaco (IC) > 2.5 l/min/m², resistencias vasculares sistémicas (RVS) < 800 dinas/cm/seg. Shock Cardiogénico (SC): PA sistólica < 80 mmHg, AD > 15 mmHg, Wedge > 18 mmHg, IC < 2.2 l/min/m², RVS > 800 dinas/cm/seg. Shock Mixto (SM): parámetros de ambas definiciones.
Resultados: No hubo diferencias en las características generales excepto por el deterioro de la función sistólica ventricular izquierda (dFSVI): 9 p (75%) del grupo SC, 15 p (34%) del SM, 1 p (9%) del SV (p= 0.02.). El PH subyacente fue en 44 p (66 %) SM, 12 p (18%) SC, 11 p (16 %) SV. El tiempo de circulación extracorpórea (tCEC) promedio fue de 181 minutos (m) en SV, 164 m en SM y 161 (m) en SC (p=0.32), con una relación exponencial entre SV y TCEC a partir de 160 m. Fueron politransfundidos 10 p (91%) del SV, 36 p (82%) del SM y 5 p (42%) del SC (p=0.007). Se observó un elevado porcentaje de complicaciones POP en todos los grupos. La mortalidad hospitalaria fue del 46% (75 % en SC, 41% en SM, 37% en SV, p= 0.08), con RR del SC crudo: 1.87 (I.C. 95% 1.18, 2.96) y RR ajustado (IRA, edad, tCEC): 5.8 (I.C. 95% 1.2, 27.7).
Conclusión: El SR en el POP de CC se asocia a una elevada MM. El SM fue el PH predominante. El dFSVI fue predictor de SC y la politransfusión de SV. El tCEC se asoció con SV. Se observó una tendencia a mayor mortalidad hospitalaria en el grupo de SC.

230 Predictores ecocardiográficos de falla en la plástica mitral

Castro, F; Ricapito, P; Avegliano, G; Sanchez, G; Vaccarino, G; Perea, G; Vrancic, M; Navia, D; Ronderos, R
Ecocardiografia, Servicio Cardiologia, ICBA, Ciudad Atónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: La evidencia a favor de la cirugia precoz en los (P) con insuficiencia mitral severa de origen degenerativa (IMSD) es extensa, aun en P asintomaticos. La tecnica de eleccion en estos casos es la plastica mitral (PM). A pesar de eso no en todos los P es posible realizar PM, especialmente en los P con Enfermedad de Barlow (EB), prolapso de valva anterior(PA)y/o calcificacion del anillo(CA). El objetivo de este estudio es analizar cuales fueron los predictores ecocardiograficos de falla en la PM.
Metodo: Se incluyeron 85P que fueron sometidos a cirugia de la valvula mitral por IMSD o post infeccioso, desde enero de 2008 hasta diciembre de 2010. Se analizaron los ecocardiogramas transesofagicos (ETE) preoperatorios y se describio la presencia de prolapso y rotura cordal para cada segmento valvular, presencia de CA, y EB definido como prolapso bi-valvar con tejido redundante y elongacion cordal. La disfuncion sistolica del VI se definio segun las guias de AHA para esta patologia valvular como Fraccion de eyeccion (FEY) < 60%. En todos los pacientes se realizo ETT y/o ETE para confirmar el resultado postquirurgico.
Resultados: La edad media de los P fue 61± 12 a, 59P (69%) sexo masculino. La FEY media 66%±8 y 13P (15%) tenian baja FEY. El DDVI medio 55±7mm y el DSVI medio 31± 6mm. La descripcion ecocardiografica de la valvula mitral fue en 63P (74%) de origen degenerativa prolapso (30%valva anterior y 70% posterior), 16P (19%) EB y 6º(7%) post infecciosa. Se realizo PM en 69P (81%), de este grupo 10P(15%) requirieron reemplazo valvuar (CRV) finalmente. Y en 16P(19%) se realizo CRV directamente. En el analisis multivariado la EB fue un predictor independiente de falla en la PM p=0.005(IC 2.2-85) y una condicion para decidir directamente el recambio valvular p=0.033(IC1.14-23). La CA y PA no fueron predictores de falla PM.
Conclusiones: La descripcion ecocardiografica de EB predijo la falla en la PM y la desicion de realizar CRV mitral.

240 Relación de Severidad y Composición de Placas Arterioescleróticas Coronarias Evaluadas con Tomografía Multicortes en Diabéticos

Pereyra Sueldo, C; Ledesma, C; Rubio, M; Rubio, C; Colque, R; De la Riva, J
Cardiologia, Cardiologia, Clinica P. Velez Sarsfield, Cordoba, Cordoba, Argentina / Hemodinamia, Hemodinamia, Clinica Privada Velez Sarsfield, Cordoba, Cordoba, Argentina

Se recolectaron 144 pacientes entre el 2008 y el 2010 a los que se realizo coronariografia por tomografia multicortes de 64 detectores, de los cuales el 72.8 % eran de sexo masculino, la edad promedio fue de 64.4 años, el 55.4 % eran hipertensos y el 23. 6% ademas eran diabéticos. Del total de los pacientes solo hipertensos el 39.3 % presento placas fibrolipidicas, de las cuales el 85 % se localizaban en Descedente Anterior (DA) y en un 48 % eran consideradas significativas (lesion mayor al 60 % por TMC64), el 14.3 se localizaban en coronaria Derecha (CD) con un 45% de significancia en dicha arteria. El 14. 3% fueron placas fibrocalcicas en Circunfleja (CX) de los cuales el 55% fueron significativas Del total de los pacientes diabeticos e hipertensos el 63 % presento placas fibrolipidicas en DA de los cuales el 35 .3 % fueron significativas. El 64.7 % presento placas fibrolipidicas en CX de los cuales el 64 % eran significativas. El 70.6 % tenían placas fibrolipidicas en CD de los cuales eran de significancia en un 42 %. El trabajo mostró una variabilidad importante en el score calcico de los pacientes diabeticos. De los datos analizados nace la conclusión de la gran compromiso de vasos coronarios con placas consideradas con alto componente lipidico y ende cierto grado de vulnerabilidad. El analisis de los estudios se realizo con un tomografo multicorte de 64 detectores toshiba con evaluacion de planos curvos y milimétricos axiales de cada arteria coronaria

001 Factores de Riesgo de la Cardiopatía Isquémica Severa en Adultos Jóvenes Menores de 45 Años.

Corradi, L; Rubio, M; Pereyra Suedo, C; Baldiviezo, F; De La Riva, J; Colque, R.
Cardiología, Unidad Coronaria, Clinica Velez Sarsfield, Cordoba, Cordoba, Argentina / Cardiología Intervencionista, Hemodinamia, Clinica Velez Sarsfield, Cordoba, Cordoba, Argentina

Introducción: En la población menor de 45 años esta entidad suele relacionarse con mayor frecuencia, a fenómenos de hipercoagulabilidad, vasculitis, vasoespasmo endógeno o mediado por sustancias tóxicas; subestimando o sin considerar los factores de riesgo principal para la enfermedad coronaria como génesis directa de causalidad en esta poblacion.
Objetivo: Describir las características clínicas y los factores de riesgo en pacientes menores de 45 años con diagnóstico de síndrome coronario agudo. Estudio observacional descriptivo de corte transversal; retrospectivo.
Materiales y Métodos: Se analizaron 458 cinecoronariografías (CCG) y de las cuales se separaron 41 casos que reunían edad inferior a 45 años con diagnóstico de cardiopatía isquémica severa, en un período de 2 años y 5 meses. Los datos se analizaron utilizando pruebas de chi cuadrado para determinar significación estadística a través del programa estadístico SPSS 15.0 para Windows®.
Resultados: Se analizaron 41 pacientes con edades comprendidas entre 26 y 45 años cumplidos, con una edad promedio de 40 años; 31 hombres 75,6% y 10 mujeres (24,4%). El motivo de ingreso a la institución más frecuente fue el ángor inestable (63,4%). La enfermedad coronaria de un solo vaso fue de 61%. El vaso más afectado fue la descendente anterior (70,7%). Ninguno de los pacientes tenía antecedentes de cirugía de revascularización miocárdica (CRM) previa. El factor de riesgo más frecuente fue la dislipemia (DLP) 56,1% en la forma de hipercolesterolemia aislada siendo el 46% personas del sexo masculino no resultando significativo estadisticamente.
Conclusiones: Los factores de riesgo para enfermedad coronaria arterioesclerótica, con mayor frecuencia son los responsables en el desarrollo y aparición del síndrome coronario agudo, siendo el tabaquismo, la hiperlipidemia y la hipertensión arterial los factores más importantes en este grupo etario. Estos hallazgos coinciden con lo encontrado en la revisión de la literatura mundial.

002 Comparación de pacientes Trombolizados y No Trombolizados en un período de 9 años consecutivos.

Capece, R; Borgo, J; Mosca, S; Gutierrez, O; Moglioni, N
Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, HIGA EVITA Lanus, Lanus, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Conocer cuantos pacientes (pac) acceden a la posibilidad de recibir tratamiento fibrinolítico, cuantos cumplen síndrome clínico de reperfusion + (SCR+), y como es la evolución de este grupo en relación a los no trombolizados en la etapa aguda.
Material y método: Estudio retrospectivo y descriptivo. Los datos se registraron en la base de datos del programa Access de Windows del sector, período junio/2001-diciembre/2010.
Resultados: Se internaron 769 pac con diagnóstico de sindrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST). Grupo SK n: 430 con SCR + 322 (74.8%) predominó el sexo masculino 361 hombres (86.9%) y la edad fue de 56.8±10.2 años. El grupo no trombolizado; Grupo NoSK n: 339 pac, edad de 59.9±11.4 (pNS), sexo masculino 252 (74.3%) p< 0.001. Estadía en UCO grupo SK 5.03±4.2, grupo NoSK 5.13±6.5 días (pNS). El Grupo No SK tuvo mas pac DBT 80 26.8% vs 71 17.4% p<0.01, mas hipertensos 211 62.4% vs 222 51.6% p<0.009 y mas dislipemicos 166 48.9% vs 176 40.9%. No hubo diferencias estadisticas significativas en tabaquismo, infarto previo y revascularización previa. Los eventos analizados fueron grupo SK; apiam 49 11.3% vs 31 9.1% pNS. Reiam 13 3% vs 5 1.5% pNS, TV/FV 43 10% vs 5 1.5% p <0.00001, BAVC 43 10% vs 24 7%, Bloqueos de rama agudos 36 8.3% vs 11 3.2% p< 0.005, insuficiencia Cardíaca KK B/C 100 23.2% vs 79 23.3% p NS, shock cardiogénico 46 10.7% vs 33 9.7% pNS, Muerte 38 9% vs 44 12.9%.
Conclusiones: El 44% de los pac con SCACEST no pueden beneficiarce de la terapia trombolítica, del 56% que se tromboliza un elevado número, 3 de 4 pac cumple SCR+, el grupo NoSK tiene un perfil de riesgo mayor y en el grupo SK se salvan 3.9 vidas cada 100 pac tratados.

005 Fragmentación del QRS en pacientes con Cardiomiopatía Chagásica (Estudio Fecha)

Femenía, F; Lopez Diez, JC; Muratore, C; Valentino, M; Retik, E; Galizio, N; Di Toro, D; Alonso, K; Hopman, W; Baranchuk, A
Cardiología, Arritmias, Hospital Español, Mendoza, Mendoza, Argentina / Cardiología, Arritmias, Hospital Militar, CAB, Buenos Aires, Argentina / Cardiología, Arritmias, Kingston University, Kingston, Ontario, Canada

Introducción: El cardiodesfibrilador automático implantable (CDI) ha demostrado ser una terapia eficaz para prevenir la muerte súbita (MS) en pacientes con cardiopatía chagásica (CCh). La identificación de predictores para le liberación de terapias apropiadas continúa siendo un desafío.
Objetivos: Determinar si la presencia de fragmentación del QRS (f-QRS) en el ECG de superficie en pacientes (P) con CCh predice un mayor riesgo de terapias por parte del CDI.
Material y Métodos: Estudio retrospectivo, incluyendo 14 centros de América Latina. Fueron analizados todos los P con CCh y CDI, siendo excluidos aquellos dependientes de estimulación ventricular. Se analizaron datos demográficos, clínicos, características del ECG y terapias ejecutadas por el CDI, realizándose un análisis bi y multivariado.
Resultados: 98 P fueron incluidos en el análisis. 63.8% varones, edad media: 55,4 ± 10,4 años (26/75), FEVI: 39,6 ± 11,8%. En el 71,3% la indicación del CDI fue por prevención secundaria de MS. 56 P (59,6%) presentaban f-QRS, cuya localización fue: 57,1% cara inferior, 35,7% cara lateral y 44,6% cara anterior. El patrón electrocardiográfico Rsr fue el más frecuente (57,1%). Los predictores de terapia apropiada en el análisis multivariado fueron: edad (p = 0,01), indicación por prevención secundaria (p = 0,01) y presencia de estimulación ventricular > 50% durante el seguimeinto (p = 0,004). El sexo masculino presentó una tendencia positiva (p = 0,07). La presencia de f-QRS, independientemente de la duración del QRS, no identificó P con mayor riesgo de presentar terapias apropiadas liberadas por el CDI.
Conclusiones: La f-QRS es altamente prevalente en P con CCh, pero es un pobre predictor de terapias apropiadas liberadas por el CDI.

007 Tilt Test con Protocolo no Sensibilizado: ¿Es útil para el diagnóstico de Síncope Neurocardiogénico?

Arce, M; Femenia, F; Palazzolo, J; Trucco, E; Uribe, W; Baranchuk, A
Cardiología, Arritmias, Hospital Español, Mendoza, Mendoza, Argentina / Cardiología, Arritmias, Universidad CES, Medellin, Medellin, Colombia / Cardiología, Arritmias, Kingston University, Kingston, Ontario, Canada

Introducción: El tilt test (TT) es un estudio no invasivo, sencillo y de bajo riesgo en la evaluación de pacientes (P) con síncope vasovagal (SVV). La utilización de protocolos no sensibilizados, sirve para acortar los tiempos de la prueba.
Objetivos: Determinar la utilidad del TT no sensibilizado y comparar los resultados con la probabilidad clínica pre-test.
Material y Métodos: Incluimos P ≥ 15 años, con síncope o presíncope y clínica sugestiva de origen vasovagal, utilizando para ello, la escala de la Universidad de Calgary. Realizamos pruebas de estadística descriptiva y de tendencia central, determinando la asociación de las diferentes variables dicotómicas y el resultado del test a través de tablas de contingencia utilizando las pruebas de Chi2 y Fisher. Se correlacionaron las variables a través de la prueba de Spearman, tomando como P con alta probabilidad pre clínica de positividad, a los que presentaban en la escala de Calgary una puntuación ≥ -1.
Resultados: Analizamos 70 P consecutivos, edad: 39 ± 20 años, 66% mujeres. El 94% de los pacientes presento una puntuación ≥ -1 pero sólo el 30% de los TT fueron positivos. Una puntuación ≥ -2 no se asoció con el resultado del TT. La mayoría de los P presentaron una puntuación de 1 (n=52) y 2 (n=11), resultando en TT positivos el 32% y 9%, respectivamente. En pacientes con probabilidad pre-test baja, hubo mayor número de TT negativos (100% con una puntuación de -2 y 50% con puntuación de -5).
Conclusiones: El estudio mostró que en pacientes con SVV, sugerido por la evaluación clínica, el TT no sensibilizado, no proporcionó información adicional, con un número significativo de falsos negativos.

010 Remodelamiento Eléctrico Inverso Auricular Inducido por CPAP en Pacientes con Severa Apnea Obstructiva del Sueño

Femenia, F; Arce, M; Pang, H; Redfearn, D; Simpson, CS; Fitzpatrick, MF; Palazzolo, J; Miranda, R; Trucco, E; Baranchuk, A
Cardiología, Arritmias, Hospital Español, Mendoza, Mendoza, Argentina / Cardiología, Arritmias, Kingston University, Kingston, Ontario, Canada

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) se asocia con dilatación auricular en respuesta a la alta presión arterial y pulmonar y al aumento del tono simpático. La presión de aire positiva continua (CPAP) es el tratamiento estándar y de elección para la AOS, aunque su impacto en el remodelado eléctrico auricular no ha sido investigado. La señal promediada de la onda P (SPP) es un método no invasivo cuantitativo que permite determinar la duración de la onda P, marcador aceptado relacionado con la remodelación eléctrica auricular.
Objetivo: Determinar si la CPAP induce remodelado eléctrico inverso auricular en pacientes con AOS.
Material y Métodos: Estudio prospectivo de pacientes (P) consecutivos, quienes fueron sometidos a estudio polisomnográfico. AOS grave fue definida como un índice de apnea-hipopnea (IAH) ≥ 30 eventos/hora. SPP se determinó antes y después de la intervención con CPAP. Los pacientes fueron tratados con CPAP durante un período de 4-6 semanas (valorada en el estudio de polisomnografía).
Resultados: 15 P fueron incluidos en el análisis, 11 de sexo masculino, edad: 49,4±11,7 años, índice de masa corporal: 34,3±4,2 kg/m^2, 33,3% hipertensos, 20% fumadores, y ningún P presentaba enfermedad cardíaca estructural. El IAH medio fue de 40,8 ± 12,8 eventos / hora (rango 30-60), la saturación de O^2 mínima 80,1 ± 7,3%, la duración de la SPP pre-CPAP: 131,4 ± 8.9ms y post-CPAP: 127.8 ± 8.3ms (p <0,001).
Conclusión: CPAP en pacientes con AOS grave, induce remodelado eléctrico inverso auricular, expresada por una reducción significativa en la duración de la onda P.

012 Evaluación de Factores de Riesgo Cardiovascular y Metabólicos en Niños con Sobrepeso y Obesidad

Laborde, M.E; Pereiro, M; Artana, C; Henrichsen, J; Cesarone, J.F
Cardiología Infantil, Pediatria, H.I.G.A. Pedro Fiorito, Avellaneda, Buenos Aires, Argentina / Nutricion Infantil, Pediatria, H.I.G.A. Pedro Fiorito, Avellaneda, Buenos Aires, Argentina / Laboratorio, Laboratorio Central, H.I.G.A. Pedro Fiorito, Avellaneda, Buenos Aires, Argentina

El sobrepeso y la obesidad se muestran como una verdadera epidemia del nuevo milenio afectando también a la población pediátrica. En este grupo poblacional la evaluación de los factores de riego tienen gran relevancia para encontrar soluciones en etapas tempranas.
Objetivo: Evaluar factores de riesgo cardiovascular en población pediátrica de edad escolar.
Materiales y Métodos: Durante el año 2010 se evaluaron pacientes pediátricos entre 6 y 17 años con sobrepeso y obesidad definido por IMC mayor a 25 o 30 respectivamente, los parámetros utilizados para evaluar el riesgo cardiovascular fueron los siguientes: Glucemia, insulinemia, índice HOMA, perfil lipídico, proteína C reactiva, ácido úrico, perfil tiroideo, antecedentes familiares de factores de riesgo cardiovascular, tensión arterial (TA) y electrocardiograma de superficie (ECG) calculándose el QT corregido (QTC). Se excluyeron los que tuvieron procedimientos quirúrgicos, traumáticos o presencia de infección en los últimos 6 meses
Resultados: Se evaluaron 57 pacientes provenientes de consultorios externos del Hospital Fiorito y otros 2 centros asistenciales de la zona, realizando su seguimiento en el consultorio de cardiología y nutrición infantil.Se los agrupó según IMC (N<25) (n:12), con sobrepeso (SP) (n:22) y obesos (O)(n:23) De los parámetros estudiados se observó una correlación positiva entre PCR e IMC (r:0.50), con diferencias significativas entre los grupos (p<0.05), N: 0,15±0,16; SP: 0,34±0,23 y O: 0,53± 0,27. En todos los grupos se encontraron niveles de triglicéridos por encima del valor deseable sin diferencias significativas entre los grupos 127±40mg%. No hubo niños con diagnóstico de diabetes pero sí con hipertensión arterial. El 100 % de los niños tenía algún antecedente positivo de riesgo: uno o los dos padres obesos, dislipidemia, diabetes, HTA.
Conclusión: Considerando los resultados hallados es necesario derivar al nutricionista en forma temprana para prevenir la patología cardiovascular.

013 Terapia de Resincronización, Resonancia Magnética Cardíaca Pre Implante y Mortalidad a Tres Años.

Tettamanti, M.E; Revilla Orodea, A; Arnold, R; Lopez Diaz, J; de la Fuente Galan, L; San Roman Calvar, J.A; Gomez Salvador, I
Cardiología, Insuficiencia Cardíaca y Transplante, Htal Clinico Universitario de Valladolid, Valladolid, Valladolid, España / Cardiología, Unidad de Imagen, Htal Clinico Universitario de Valladolid, Valladolid, Valladolid, España / Cardiología, Unidad de Estadistica, Htal Clinico Universitario de Valladolid, Valladolid, Valladolid, España

Objetivo: Conocer la relación entre respuesta clínica a la terapia de resincronización Cardíaca (TRC) y mortalidad con los volúmenes biventriculares y la masa necrótica evaluadas por resonancia magnética Cardíaca (RMC) pre implante.
Material y Métodos: De 21 candidatos a TRC enrolados entre Noviembre de 2007 y Noviembre de 2008,14 pacientes (P) fueron sometidos a RMC pre implante. Respuesta clínica a la TRC: aumento ≥ 10% en el test de la caminata de los 6 minutos 6 meses post implante y ausencia de eventos (ingresos por insuficiencia Cardíaca, muerte Cardíaca o transplante cardiaco) durante ese periodo de tiempo.
Resultados: Los P fueron seguidos por 25 meses (20,2 – 30,1). 6 de 16 P murieron a lo largo del seguimiento, todos ellos no respondedores. Todos los respondedores están vivos, p 0,025.Los P muertos tuvieron volúmenes de fin de sístole y de fin de diástole del ventrículo izquierdo más grandes que los sobrevivientes: VFDVI: 369 ± 42 vs 276 ± 41 ml, p 0,01; VFSVI: 311 ± 32 vs 198 ± 51 ml, p 0,004 y también una fracción de eyección (Fey) del ventrículo izquierdo menor que aquellos que están vivos: 15 ± 5 vs 29 ± 9%, p 0,039. También mostraron volúmenes de fin de sístole y de fin de diástole del ventrículo derecho mayores que los de los sobrevivientes: VFDVD: 177 ±21 vs 111 ± 33 ml, p 0,008; VFSVD: 128 ± 43 vs 56 ± 26 ml, p 0,004. Los P muertos tuvieron una Fey del ventrículo derecho menor que la de los que aun viven: 28 ± 20 vs 51 ± 15%, p 0,05 y mayor carga necrótica que los sobrevivientes: 39 ± 9 vs 15 ± 9 g/m^2, p 0,02, asi como mayor porcentaje de necrosis en relación a la masa Cardíaca: 23 ± 0,8 vs 10 ± 7 %, p 0,05.
Conclusiones: Los volúmenes aumentados y la Fey deteriorada biventriculares en una RMC preimplante, al igual que una mayor carga necrótica total y relativa, se asocian con falta de respuesta clínica a la TRC y mortalidad a largo plazo.La RMC preimplante parece ser una herramienta útil para distinguir a los P que podrían beneficiarse de TRC.

014 Insuficiencia Cardíaca y Terapia de Resincronización: Características Clínicas y Mortalidad a Largo Plazo.

Tettamanti, M.E; Revilla Orodea, A; Arnold, R; Lopez Diaz, J; de la Fuente Galan, L; San Roman Calvar, J.A; Gomez Salvador, I; Tapia Ballesteros, C; Mota Gomez, P
Cardiología, Insuficiencia Cardíaca y Transplante, Htal Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, Valladolid, España / Cardiología, Unidad de Imagen, Htal Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, Valladolid, España / Cardiología, Unidad de Estadística, Htal Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, Valladolid, España

Objetivo: Conocer características clínicas y mortalidad a largo plazo de un grupo de pacientes (P) con insuficiencia Cardíaca (IC). En P con terapia de resincronización (TRC), evaluar la relación entre respuesta clínica y mortalidad a largo plazo.
Material y Métodos: 33 P IC (21 TRC) fueron enrolados y seguidos en una consulta de IC por 6 meses. Se registraron la CF NYHA y la ocurrencia de eventos (ingresos por IC, muerte Cardíaca o transplante cardiaco). Se realizó una encuesta basal de calidad de vida (QOL) (Minessotta Living with Heart Faliure). La respuesta clínica a la TRC fue definida como el aumento ≥ 10% in 6'WT y la ausencia de eventos a los 6 meses del implante. En Noviembre de 2010 decidimos realizar un análisis de supervivencia de la cohorte.
Resultados: Los P fueron seguidos por 30,2 meses (26,6 – 33,9). 6 de 30 P murieron durante el seguimiento (20%), todos del grupo TRC y ninguno fue respondedor. Los P TRC fueron seguidos por 25,1 meses (20,2 – 30,1) y la supervivencia fue de 66,7 % vs 100% en los P con IC no TRC, p 0,034. En P TRC, los respondedores clínicos (n = 6) tuvieron una supervivencia del 100% vs 40% en no respondedores (n = 10), p 0,025.Los P que murieron fueron más añosos que los que viven (72,5 ± 3 vs 62 ± 9), y mostraron menor presión sistólica en la visita basal (98 ±10 vs 121 ±12 mmHg), p < 0,001 para ambos; refirieron ortopnea con más frecuencia que los que están vivos (67 vs 17%, p 0,029).Todos los P muertos estaban en CF NYHA III – IV vs los P no TRC que estaban en CF NYHA I – II en la visita basal, p 0,05. El score QOL fue más alto en P que murieron vs vivos (82 ± 5 vs 49 ± 19), p < 0,001.
Conclusiones: La mortalidad a 3 años para una cohorte de P con IC fue de 20%. Los P que murieron fueron más añosos y tenían CF NYHA más avanzada. Los P TRC, especialmente los no respondedores, tuvieron mayor mortalidad a largo plazo que los no candidatos a TRC.

015 Insuficiencia Cardíaca, Biomarcadores Plasmáticos y Supervivencia a Largo Plazo en una Cohorte de pacientes.

Tettamanti, M.E; Revilla Orodea, A; Arnold, R; López Díaz, J; de la Fuente Galán, L; San Román Calvar, J.A; Gómez Salvador, I; García Morán, E; Martín Montaña, R; Nieto, M.L
Cardiología, Insuficiencia Cardíaca y Transplante, Htal Clinico Universitario de Valladolid, Valladolid, Valladolid, España / Cardiología, Unidad de Imagen, Htal Clinico Universitario de Valladolid, Valladolid, Valladolid, España / Instituto de Biología y Genética Molecular, IBGM, Valladolid, Valladolid, España

Objetivo: Evaluar el comportamiento de los biomarcadores plasmáticos (BMK) en insuficiencia Cardíaca (IC) y supervivencia a largo plazo.
Material y Métodos: 33 P IC (21 recibieron TRC), fueron seguidos por 6 meses. Se midieron fracción de eyección (Fey) y niveles de: propéptido natriurético cerebral B (proBNP), troponinaT (TnT), proteína C reactiva (PCR),interleukina 6 (IL6), proteína ligadora de ácidos grasos específica del corazón (HFABP) y propéptido del procolágeno tipo I carboxiterminal (PICP).
Resultados: P fueron seguidos por 30,2 meses (26,6 – 33,9). 6 de 32 P murieron durante el seguimiento (19%), todos TRC.P TRC fueron seguidos por 25,1 meses (20,2 – 30,1). La supervivencia fue de 66,7 % vs 100% en los P no TRC, p 0,034.P con niveles más bajos de proBNP y TnT sobrevivieron más que P con niveles elevados: 100% vs 71% proBNP debajo y encima de 1274 pg/ml (692 – 2670), p 0,039, y 95% vs 50% TnT debajo o encima de 0,01 ng/ml (p 0,02). P muertos tuvieron proBNP más alto: 3009 pg/ml (2596 – 3995) vs 1135 pg/ml (620 – 2119), p 0,036. Entre P con TnT elevada (>0,01 ng/ml) hubo 5 muertos de 10 vs 1 de 20 P en el grupo con TnT <0,01 ng/ml (p 0,009). No hubo asociación significativa entre supervivencia y PCR, pero P que murieron tuvieron niveles más elevados: 5 (4 – 11) vs 3 (1 – 5,5) mg/l, p 0,09.No hubo asociacion significativa entre supervivencia y niveles de IL6, HFABP or PICP pero P que murieron mostraron niveles más elevados de IL 6 y PICP: 15,95 (9,6 – 29) vs 5,22 pg/ml (3,2 – 10,8), p 0,04, y 217,3 ± 73 vs 137,4 ± 81 ug/l (p 0,037).No hubo asociación significativa entre Fey y supervivencia en el análisis de Kaplan Meier, pero P que murieron tuvieron Fey más baja: 24 ±7 vs 30 ± 7%, p 0,07.
Conclusion: proBNP y TnT elevados se asociaron con una menor supervivencia a largo plazo; P fallecidos tuvieron niveles más elevados de PCR, IL 6 y PICP., IL 6, marcador de inflamación y PICP, de fibrosis, podrían agregar información sobre mortalidad a largo plazo en IC

017 Viabilidad Miocárdica en el Mundo Real. Evaluación de su indicación y detección con Método Disponible, Simple y Económico.

Novoa, C; Pierucci, M; Luisetti, D; Zurdo, P
Cardiología Nuclear, Medicina y Cardiología Nuclear, Centro de Imágenes Médicas. Clínica de Cámara Gamma, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: La miocardiopatía isquémica es consecuencia de una enfermedad coronaria severa, ocasiona disfunción del ventrículo izquierdo. Su mortalidad es elevada. Creemos que existe una subindicación de estudios para la detección de Viabilidad.
Objetivos: En este estudio prospectivo vamos a evaluar: A) Solicitud de detección de viabilidad en ptes derivados al Servicio de Cardiología Nuclear con secuelas de infartos extensos. B) Su detección con el Protocolo de estudio SPECT con Tc99m, stress y reposo post-nitritos.
Material y Métodos: Utilizamos este protocolo, dado que presenta sensibilidad y especificidad similares a otras técnicas de Cardiología Nuclear, ECO y RMN. Ingresamos al estudio 40 pacientes consecutivos con evidencia clínico y electrocardiográfica de secuela de infarto de miocardio de cara anterior (presencia de QS por lo menos en derivaciones V1 a V4), ECO, etc. Criterio de exclusión BCRI, infartos indeterminados, no localización anterior del infarto.
Resultado: Sexo= 31 Hombres y 9 Mujeres. Edad promedio 61 años, (entre 43 y 80). Solicitud de Viabilidad= 16 ptes. (40%) No solicitada 24 ptes. (60%) Detección de Viabilidad= 20 positivos (50%), 20 negativos (50%) Estudios con solicitud de Viabilidad= Test Positivos 11 ptes. (de 16) 68,75% Estudios sin solicitud de Viabilidad= Test Positivos 9 ptes. (de 24) 37,5 %
Conclusiones: Creemos que es baja la solicitud de estudios para la detección de Viabilidad, aún en pacientes seleccionados derivados para la realización de SPECT, con secuela de infarto extenso. Este método permite evaluar la presencia de Viabilidad Miocárdica, con bajo costo adicional, de manera práctica, segura y rápida, también en pacientes en que dicha detección no nos fue solicitada.

018 Score Integrado de Riesgo de Desarrollar Complicaciones Cardíacas en pacientes con Chagas en Período Cronico sin Patología Demostrable

Acuña, L; Gimenez, L; Tomasella, M; Nuñez Burgos, A; Mitelman, J
Chagas, Cardiología, Htal. Gral. de Agudos Teodoro Alvarez, C.A.B.A., Argentina / Investigación Clínica, Facultad de Medicina, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud - Fundación H. A. Barcelo, C.A.B.A., Argentina

Introducción: En la fisiopatología de la enfermedad de Chigas intervienen además del parasito, los trastornos del sistema nervioso autónomo, de la microvasculatura e inmunológicos.
Objetivos: El score (de desenlace clínico) tiene como objeto evaluar con nuevas herramientas, un conjunto de factores de riesgo asociados que permitirían detectar pacientes que desarrollarían complicaciones cardiológicas, posibilitando la utilización de nuevas estrategias terapéuticas en el futuro.
Material y Métodos: Fueron incorporados 167 pacientes seguidos durante 9 años con serología para Chagas positiva (2 a 3 reacciones) de ambos sexos. 137 hombres; edad entre 31 a 50 años (promedio 42 años). Excluidos los pacientes que presentaron factores de riesgo (diabetes, hipertensión arterial, dislipemia, obesidad y tabaquismo, alcoholismo, endocrinopatías, u otro tipo de enfermedad). A todos se les realizó examen clínico, exámenes de laboratorio, ECG de 12 derivaciones simultaneas, Rx. de Tx., dosaje de anticuerpos antireceptores muscarínicos y de trombomodulina, ecocardiograma bidimensional, Doppler cardiaco y braquial, Holter de 24 hs, potenciales ventriculares tardíos, estudio de la variabilidad de la frecuencia Cardiaca, dispersión de q-t. Todos firmaron el consentimiento escrito y se siguieron las normas de ética de Helsinki. Se utilizó un Score de riesgo de posible evolución a las complicaciones cardiológicas en los pacientes con enfermedad de Chagas en periodo crónico sin evidencia de patología demostrable desarrollado por Dres. Mitelman y Gimenez.

Exploración del sistema nervioso autónomo:	
Anticuerpos antireceptores muscarínicos	3 puntos
Ergometria	3 puntos
Variabilidad de la frecuencia Cardiaca	2 puntos
Análisis de la Dispersión del QT	2 puntos
Exploración del endotelio:	
Trombomodulina soluble	3 puntos
Eco Doppler braquial	3 puntos
Evaluación del sustrato anatómico miocárdico:	
Ecocardiograma bidimensional-Doppler-Tisular	4 puntos
Electrocardiograma de señal promediada	3 puntos
Score de riesgo:	
Leve	1 a 9 puntos
Moderado	10 a 18 puntos
Severo	19 a 23 puntos

Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes y las continuas se describieron como media más menos desvio estándar. Las diferencias entre grupos respecto de variables cualitativas fueron estudiadas a través del test de Chi2; las diferencias entre medias para dos muestras independientes de distribución normal se efectuaron a través del test t de Student. En caso de distribuciones no normales de variables cuantitativas se efectuó el test de Mann-Whitney cuando se tratara de dos grupos de datos. En el caso de comparaciones de tres grupos, para variables cuantitativas de distribución normal, se empleo el análisis de varianza de una vía (ANOVA), empleando el test t de Bonferroni como prueba post-hoc. La correlación univariada entre dos tests diagnósticos se efectuó a través del procedimiento no paramétrico de Spearman, La significación estadística se consideró para un nivel de $p<0.05$.
Resultados: de la aplicación del Score de riesgo No se verificó diferencia significativa en la distribución de sexos ni por edades. 12 pacientes fallecieron, el score de riesgo correspondía a 1 paciente grado leve, 4 al grupo moderado y 7 al severo. De los restantes 30 que presentaron lesiones; 7 fueron separados del estudio por desarrollar miocardiopatia (arritmias e insuficiencia Cardíaca) teniendo 3 score leve y cuatro moderado (continuando los controles periódicos). De los 148 pacientes, 21 presentaron score leve, 11moderado y 9 severo. Todos los pacientes fueron seguidos clínicamente trimestralmente efectuándoseles Ergometría, Eco Doppler y Holter cada 6 meses.
Conclusiones: La utilidad de este score para la detección de eventuales daños miocárdicos subclínicos deberán ser confirmados a través de estudios prospectivos.

019 Efecto del Carvedilol y Enalapril en Microalbuminuria Inducida por Bajas Concentraciones de Plomo

Feldman, G; Santos, N; Chain, S; Martínez Riera, N
Cátedra de Toxicología, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina-Universidad Nacional de Tucumán, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

Los modelos experimentales realizados con bajas dosis de plomo, son muy utilizados para extrapolar la contaminación ambiental a la que estamos expuestos los seres humanos por la existencia de poluentes en el medio ambiente. La exposición a plomo aun a bajas concentraciones produciría alteraciones de la función endotelial, la cual puede evidenciarse por microalbuminuiría (MA). Sus niveles, con valor pronóstico, son indicadores del estado vascular y del efecto de fármacos utilizados para disminuir el daño vascular y la enfermedad cardiovascular. Evaluar si se producen modificaciones en los niveles de microalbuminuria con la aplicación de carvedilol, enalapril y carvedilol- enalapril en ratones expuestos a bajas concentraciones de plomo. Determinar si el tiempo es un factor en el tratamiento.
Material y Método: Se trabajo con cinco grupos de ratas (n= 5); grupo 1: 0,5 ppm de acetato de plomo (AcPb) y carvedilol, grupo 2: 0,5 ppm AcPb y enalapril, grupo 3: 0,5 ppm AcPb, carvedilol y enalapril, grupo 4: 0,5 ppm AcPb, sin tratamiento y un grupo 5: libre de Pb y tratamiento. Se realizó la determinación de Plombemia, microalbuminuria por el método de turbidimétrico (látex) de Biosystems. Todas las muestras de orina fueron evaluadas con tiras reactivas para detectar proteinuria. Estadística: test de Mann Whitney. Se determinó la presión arterial en la cola de las ratas de todos los grupos.
Resultados: La proteinuria fue negativa en todos los grupos. Los resultados obtenidos muestran que los grupos tratados presentaron diferencias estadísticamente significativas $p < 0,02$. Microalbuminuria: grupo 1: 4,3± 0,3 mg/dl; grupo 2: 5,8±0,2 mg/dl, grupo 3: 3,1 ±0,3 mg/dl, grupo 4: 3,25± 1,05 mg/dl, grupo5: 2,4 ± 0,79 mg/dl. La asociación carvedilol y enalapril disminuyó significativamente los niveles de Microalbuminuria, se evidencian mayores beneficios al sostener el tratamiento en el tiempo. Este testudio permite evaluar daño vascular por contaminantes acumulativos.

020 Hallazgos Ecocardiográficos en pacientes con Insuficiencia Renal Terminal en Hemodialisis

Contreras, A; Cardozo, G; Douthat, W

Cardiología, Ecocardiografia, Hospital Privado CMC, Córdoba, Córdoba, Argentina / Nefrología, Hemodiálisis, Hospital Privado CMC, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: Alteraciones en la estructura y función del corazón son conocidas en pacientes con insuficiencia renal terminal (IRT) en diálisis.
Objetivo: Reportar los hallazgos ecocardiográficos en nuestra población en hemodiálisis.
Material y Métodos: Estudio descriptivo. Se analizaron estudios ecocardiográficos de pacientes en hemodiálisis. Los pacientes fueron estudiados entre agosto y diciembre del 2009. El ecocardiograma fue realizado por un operador y en la mayoría de los casos, posterior a la sesión de hemodiálisis. Se calculo la masa ventricular de acuerdo a la formula de Devereaux. La fracción de eyección (FE) fue estimada con el método de Simpson. El volumen auricular fue un promedio de del volumen en 4 y 2 cámaras. La función diastólica fue medida en 3 latidos y promediada. Las variables continuas se expresan en promedio y desviación estándar y/o rango y las variables categóricas en porcentaje.
Resultados: Se incluyeron 50 pacientes con IRT en hemodiálisis, promedio en diálisis de 43,4 meses (rango: 1-360 meses). Edad promedio de 55,8 ± 14,2 años y el 72% hombres. El 28,2% tenía antecedentes de enfermedad coronaria conocida y el 25% diabetes. En cuanto a los hallazgos ecocardiográficos, se observo que la FE promedio fue 51,1 ± 16,3% y el 44,7% tenía FE menor a 55%. Solo el 10,2% tenía índice de masa del ventrículo izquierdo normal. El índice de volumen auricular promedio fue 22,5 ± 10,8 ml/m2. El 36% tenía algún grado de calcificación de válvula aortica, anillo mitral o ambas. En cuanto a la función diastolica se observo: Onda E: 0,61 ± 0,23 m/seg, Onda A: 0,79 ± 0,32 m/seg, tiempo de desaceleración: 232,1 ± 78 mseg, Onda Ea septal: 0,05 ± 0,02 m/seg, Onda Ea lateral: 0,07 ± 0,04 m/seg, Relación E/Ea septal: 8,8 ± 6 y Relación E/Ea lateral: 6,7 ± 4,5
Conclusión: Encontramos una prevalencia elevada de alteraciones cardiovasculares. Aproximadamente la mitad de los pacientes tienen disminución de la FE.

022 Cirugía Cardíaca en Octogenarios. Nuestra Experiencia Análisis de 71 Casos

Quiroga Castro, W; Conci, E; Chiappe, M; Zelaya, F; Canestri, A; Alvarez, E; Tescione, S; Sala, J; Serra, C; Balestrini, C
Terapia Intensiva /internado, Internado, Instituto Modelo de cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina / Cirugía Cardiovascular, Cirugía, Instituto Modelo de cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina / Cardiología, Cardiología, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: El aumento de la expectativa de vida en la población ha producido un aumento en la Cirugía Cardíaca (c.c) en pacientes (p.) octogenarios, esta es nuestra experiencia.
Objetivos: Evaluar los resultados de C.C. en p. octogenarios, compararlas con cifras internacionales, identificar complicaciones habituales y predictores de riesgo.
Material y Métodos: En nuestra Institución se han realizado > 6300 C.C. y de las cuales 71 p. (1,3%) fueron en octogenarios, se evaluaron > de 40 variables clínicas perioperatorias y la evolución intrahospitalaria.
Resultados: Se operaron 71 p. Edad promedio (pr): 82 años (rango 80-90). Sexo Masculino 56% Cirugía de Revascularización Miocárdica (CRM): 38 p (54%) Cirugía Valvular (CV): 19 p (27%) Cirugía Combinada (CCO): 11 p. (15 %) Cirugía Ruptura Ventricular CRV: 1 p (1%) CRM con Plástica Ventricular 2 p (3%) Score de Higgins (pr): 6 (2-15) Parsonet: 27 (13-66). Fracción de Eyección (pr): 50 %. Clase funcional IV: 44p (63 %) Clase III: 13 p. (19%) Posoperatorio: Mortalidad Intrahospitalaria 7 p. (9,7 %). C.R.M.: 4 p (11%) C.V.: 2 p (11 %) C.C.O.: 0p. (0%) C.R.V. 1 p. (100%) Balon de Contrapulsación Aórtico (bcao): 14 p (20 %) Circulación Extracorpórea en CRM: 33 p. (87%) Fibrilación Auricular: 40 p. (59 %) - Bradicardias con necesidad de Marcapasos 14 p. (20 %).- Arritmias ventriculares 12 p (17 %) Reoperación por sangrado: 7 p. (10%). Disfunción Renal: 22 p (31%)- Infecciones Graves 7 p. (10 %) - Accidente Cerebrovascular Tipo I 1 p. (1,4%) - Días de internación (pr): 11,5 días. El bcao fue asociada a mayor mortalidad p < 0,004- OR: 7 (IC 95% 1,5-33).
Conclusión: La C.C. en octogenarios se puede realizar con cifras de mortalidad aceptables, similares a la bibliografía internacional. La Morbilidad es alta; Fibrilación Auricular, Disfunción Renal y la necesidad de Marcapaseo son frecuentes. El uso de Bcao fue predictor de mayor mortalidad.

023 Evolución de Parámetros Cardíacos, Respiratorios, Hematológicos en el Atleta de Fondo Postestimulo Hipoóxico (Eh) en Cámara Hipobárica (Ch)

Oliveri, P; De Benedetti, L; Ciancio, V; Di Giovan B., G; Buzzurro, M; Stracquadania, H
Serv. Cámara Hipobárica, Fac.Ciencias Médicas UNLP, Instituto de Medicina Aeronáutica Civil, Quilmes, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El entrenamiento del "atleta de fondo" es fundamental en el acondicionamiento de su físico. Produce cambios morfofuncionales, cardiovasculares, respiratorios y sanguíneos que son evolucionados en este trabajo. Este acondicionamiento físico depende de los planes de entrenamiento aplicados, destacándose los beneficios de aquéllos que se fundamentan en la expresión de los HIF-1 y que se expresan durante el desarrollo de actividad física en medio Hipóxico Hipobárico, en CH.
Objetivo: Presentar las modificaciones de parámetros cardiovasculares VFD, VFS, Fey, Flujo Sanguíneo Muscular de ejrcicio y hiperemia (FSMe y FSMh), cardiopulmonares, VO2máx, hematológicos, EPO, masa GR, Hb, Hcto, obtenidos post Estimulo Hipóxico (EH) enCH, en atleta ultramaratonista.
Material y Método: Se utilizó una CH controlada por instrumental aeronáutico, los parámetros biológicos se obtuvieron con oxímetro digital, ECG de 12 derivaciones, cámara gamma SPECT y detector portátil de radiaciones. Se efectuó EH 2 a 3 sesiones semanales, durante 30 semanas. El EH consistió en inducir progeresivamente SpO_2 entre 65% y 70%.Se evaluó VFD, VFS, Fey en reposo y esfuerzo, $VO_{2máx}$, UA, FSMe y FSMh en pierna derecha e izquierda, EPO, masaGR, Hb, Hcto.
Resultados: Se efectuaron 3 evaluaciones VFD (ml) en esfuerzo: 1ra 81, 2da. 97 y 3ra 96; VFS (ml) 1ra 36 2da 42 y 3ra 34; Fey (%)1r a 58,2da 58 y3ra 65; 2 evaluaciones del FSMe (ml/100grs/min) 1ra 34 (PD) y 30 (PI), 2da 38 (PD) y 36 (PI); FSMh (ml 100grs/min)1ra.32(PD) y 30 (PI), 2da 38 (PD) y 36 (PI); 3evaluaciones de EPO (mlU/ml) 1ra,12, 2da 19 y 3ra 47;GR (10x6/mm^3) 1ra 4.2, 2da 4.5 y3ra 4.8; Hb (gr/100cm^3)1ra 13.2 ,2da 14.5 y 3ra 16.8; Hcto (%), 1ra 37, 2da40 y 3ra 44; VO2máx(ml/100grs/min)1ra eval.51 y2da 49+ y UA (min)13 y16 respectivamente.
Conclusiones: 1-El entrenamiento conEH inducido en CH genera adaptaciones morfofuncionales cardiovasculares y hematopoyéticas. 2-Esta adaptación redunda en beneficio en la performance psicofísica del atleta" entrenamiento de calidad".

024 Estratificación del Riesgo en el Infarto Agudo de Miocardio Según el índice Leuco-Glucémico el "Killip Kimbal" de Laboratorio?

Quiroga Castro, W; Conci, E; Pacheco, G; Zelaya, F; Isa, M; Pagani, J; Sala, J; Serra, C; Collard, L; Chayep, J
Unidad Terapia Intensiva, Internacion, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina / Hemodinamia, Hemodinamia, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina / Dirección, Cardiología Clinica, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: La valoración del riesgo en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMc/ST) es de capital importancia en el manejo de los síndromes coronarios agudos.
Objetivos: Se propuso estratificar el riesgo inicial empleando el laboratorio basal de admisión del paciente (p.), combinando el recuento leucocitario y las cifras de glucemia, para conocer el la relación del índice leuco-glucémico (ILG) y la morbi-mortalidad intrahospitalaria.
Material y Métodos: En el período comprendido desde 01/01/2006 a 31/12/2010, 229 p. consecutivos ingresaron a nuestra Institución con diagnóstico IAMc/ST en las primeras 48 horas de evolución desde el inicio de los síntomas. El ILG se obtuvo multiplicando el valor de la glucemia (mg/dl) por el número de leucocitos en miles (leucocitos /1000), para establecer la relación entre este índice y el punto final combinado (Muerte e Insuficiencia Cardíaca).
Resultados: El análisis de las curvas ROC identifico el punto de corte óptimo (><1800) para el ILG. Los p. fueron divididos en 4 grupos según el ILG:
Grupo 1: <1800 16 % de eventos. Grupo 2: 1800-2700 35 % de eventos. Grupo 3: 2700-3600 48 % de eventos. Grupo 4: >3600 69 % de eventos. Existió diferencia estadísticamente significativa (p <0.0001) con el test de chi cuadrado entre la evolución intrahospitalaria de cada grupo y el ILG. Los valores de Odds-Ratio y Riesgo Relativo obtenidos cuantifican la importancia de la asociación entre las complicaciones y el valor del I LG >1800 (OR = 4. IC 95 %: 2,16 - 7,39).
Conclusión: El ILG puede constituirse en una herramienta útil para la estratificación del riesgo en la admisión y derivación de p. a centros de alta complejidad de los p. con IAMc/ST. El ILG >1800 presentó fuerte asociación con las complicaciones intrahospitalarias.

025 Análisis de la Indicación de Estudios de Perfusión Miocárdica (Spect) en la Ciudad de Rosario en un Centro de Derivación.

Novoa, C; Gaudencio, G; Ceballos, J
Cardiología Nuclear, Instituto de Tecnologías Especiales.ITE, Sanatorio de la Mujer., Rosario, Santa Fé, Argentina

Introducción y Objetivo: Se contabilizaron las indicaciones de los estudios de perfusión miocárdica (S.P.E.C.T.), en la ciudad de Rosario en un centro de derivación de alta complejidad.
Objetivo: Analizar las indicaciones de los mismos en un grupo numeroso de pacientes que confluyeron desde distintos escenarios.
Material y Métodos: Se revisaron 1665 estudios de perfusión miocárdica (S.P.E.C.T.), consecutivos, realizados entre enero de 2004 y diciembre de 2006, en el Instituto de Tecnologías Especiales (I.T.E.) del Sanatorio de La Mujer de Rosario, Argentina.
Las indicaciones de las exploraciones se clasificaron en 4 categorías: 1. Diagnóstico de cardiopatía isquémica 2. Valoración pronóstica de la cardiopatía isquémica 3. Detección de viabilidad miocárdica 4. Evaluación preoperatorio de cirugía mayor y vascular (no cardíaca)
Resultados: Se evaluaron 1665 pacientes, 847 (50,87%) hombres y 818 (49,12%) mujeres, siendo mayores de 65 años 1060 (63,66%) y menores de 65 años 605 pacientes (36,33%).
Estudios diagnósticos: 955 ptes. (57,35%) Estudios pronósticos: 682 ptes. (40,96%) Preoperatorio: 15 ptes. (0,90%) Viabilidad: 13 ptes. (0,78%)
Conclusión: El motivo más frecuente de las indicaciones de estudio de perfusión miocárdica (S.P.E.C.T.) fue el diagnóstico de la cardiopatía isquémica, el segundo motivo de indicación fue la valoración pronóstica. Siendo realmente baja la indicación de estudios para la detección de viabilidad miocárdica y estudios preoperatorios

027 Beta Bloqueantes Preoperatorios en Cirugía Cardíaca de Pacientes con Bajo Euroscore: Incidencia de Fibrilación Auricular y Mortalidad

Carlessi, A; Picolini, A; Alaguibe, E; Molinas, H; Botta, C; Ortiz, F; Heredia, G
Unidad Coronaria, Servicio de Cardiología, Clinica de Nefrología, Urología y enfermedades Cardiovasculares, Santa Fe, Santa Fe, Argentina / Servicio de Cirugía Cardiovascular, Servicio de Cardiología, Clinica de Nefrología, Urología y enfermedades Cardiovasculares, Santa Fe, Santa Fe, Argentina

Background: Los betabloqueantes preoperatorio (BBP) han demostrado disminuir la incidencia de Fibrilación auricular postoperatoria (FAP) y la mortalidad. No hay evidencias de su impacto en pacientes de bajo riesgo.
Objetivo: Evaluar el impacto de los BB en la incidencia de FAP y la mortalidad en pacientes con bajo Euroscore logístico (EUS).
Material y Métodos: Se analizaron en forma restrospectiva 351 ptes desde el año 1994 hasta el 2010 con Cirugía de revascularizacion miocárdica (CRM) y combinadas con reemplazo valvular (CRMCOMB) y EUS menor a 3, evaluando el impacto de de la utilización de BB preoperatorio en la incidencia de FAP y mortalidad junto a otras variables clinicas.
Análisis Estadístico: Se realizó análisis univariado a traves de chi cuadrado de la variables dicotomicas y Rank sum test de aquellas variables cuantitativas para la prediccion de eventos aquellas que resultaron significativas se analizaron en un modelo de regresion logistica para el analisis multivariado.
Resultados: Se analizaron 351 pacientes (312 CRM y 39 CRMCOMB). Los pacientes con BBP tuvieron menos IAM previo (p= 0.03), eran mas HTA (p=0.001), presentaban mas EPOC preoperatorio (p= 0.006). Al realizar analisis univariado de los predictores de mortalidad el uso de BBP disminuyo la mortalidad (P= 0.02). La FAP fue predictor de mortalidad operatoria en el analisi univariado. Al realizar un analisis multivariado solo la no utilizacion de BBP persiste como variable predictora de mortalidad.
Conclusión: En pacientes sometidos a CRM y CRMCOMB con bajo riesgo quirúrgico la utilización de BBP disminuye la mortalidad independientemente del desarrollo de FAP.

028 Ensayo Clínico del Efecto del Ejercicio sobre la Función Endotelial, el Fitness, el Tipo de Parto y la Edad Gestacional en Gestantes

Ramírez-Velez, R; Mosquera, M; Guillermo Ortega, J; Echeverri, I; Salazar, B; Aguilar De Plata, A.C
Grupo de Nutrición, Departamento de Ciencias Fisiologicas, Universidad del Valle, Cali, Valle del cauca, Colombia

Objetivo: Evaluar el efecto del ejercicio fisico aerobico (EFA) en primigestantes sobre la función endotelial, nivel de Fitness por VO_{2max}, tipo de parto y edad gestacional.
Métodos: Ensayo clínico controlado, enmascarado y aleatorizado (investigador principal y evaluadores), realizado en 51 mujeres primigestantes, asignadas al azar en dos grupos. Grupo experimental (n=25): EFA entre el 55% y 75% de la FC_{max}, por 60 min., 3 veces por semana, durante 16 semanas. Grupo Control (n=26): actividad física cotidiana y control prenatal habitual. Se registraron en las maternas: Función endotelial por prueba Vasodilatación Mediada por Flujo (VMF), nivel de Fitness por Consumo de oxigeno (VO_{2max}), peso, talla, ganancia relativa de peso, presión arterial, semanas de gestación y tipo de parto. Se realizó análisis descriptivo univariado: frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión. Normalidad: prueba de Kolmogorov-Smirnov. Diferencias al inicio y al final de la intervención: ANCOVA test, en SPSS 15.0. Todas las gestantes que aceptaron firmaron consentimiento informado y el protocolo fue avalado por el Comité Institucional de Ética Humana UV.
Resultados: Las participantes que realizaron EFA presentaban mayores niveles de Fitness por VO2max ($p=0.023$), menor frecuencia Cardíaca en reposo y mayor VMF que el grupo control ($p<0.05$). Ambos grupos presentaron un aumento de la frecuencia Cardíaca en reposo, diámetro basal y diámetro post-hiperemia al final de la intervención ($p<0.05$). No se encontraron diferencias respecto al tipo de parto o edad gestacional ($p>0.05$), por grupos.
Conclusión: La práctica regular de EFA, mejora la función endotelial y la capacidad física en gestantes y no afecta al tipo de parto o la edad gestacional. Por esta razón, intervenciones como esta podrían ser una alternativa temprana y efectiva para fortalecer la prevención de patologías durante el embarazo asociadas a disfunción endotelial. Trial registration: NCT00741312

029 Impacto de los Inhibidores de la Renina Angiotensina en la Función Renal Pos Operatorio de Cirugía de Revascularización Miocárdica

Lange, J; Cacheda, H; Marini, J; De Tournemine, N; Parras, J; Laurino, R; Acevedo, P; Chuquel, H; Popilovsky, S; Onocko, M
Cirugía Cardiovascular Adultos, Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Recuperación Cardiovascular Adultos, Instituto de Cardiología de Corriente, Corrientes, Corrientes, Argentina / Anestesia, Instituto de Cardiología de Corriente, Corrientes, Corrientes, Argentina

Se desconoce el efecto de los inhibidores del sistema de renina angiotensina aldosterona (BRAA) en la función renal postoperatorio de Cirugía de Revascularización Miocárdica (CRVM).
Objetivo: Evaluar el efecto de la suspención de los BRAA en la función renal post operatoria de los pacientes sometidos a CRVM.
Métodos: Pacientes que eran tratados al meno un mes con BRAA asignados al azar en dos grupos: A persisten con BRAA hasta la CRVM, B suspensión los BRAA al menos 72 horas previas. Población: mayores de 18 años, en plan de CRVM. Exclusión: pacientes con cirugías combinadas, insuficiencia renal crónica dializados y con inestabilidad clínica. Resultados 88 pacientes totales, grupo A (n49), grupo B (n39). Se evaluó la creatinina basal y la filtración glomerular estimada por la fórmula MDRD. La edad media fue de 65 años (DS9), tenían antecedentes de hipertensión 90%, Tabaquismo 17%, Dislipidemia 63% y diabetes 43%. La fracción de eyección promedio fue de 56% (DS14). El 40% tenían infarto previo, 2% cirugía de by pass previo y 8% angioplastia previa. Se realizaron una media de 3 puentes por cirugía. El 72% fueron cirugías sin bomba. Los valores de creatinina y filtrado glomerular basales fueron similares. El análisis de medidas repetidas no encontró diferencias significativas en la creatinina o filtrado glomerular a las 72 hs post CRVM: 1,26 vs 1,39 mg%, 82 vs 72 $ml/m^2/1,73\ m^2$.
Conclusiones: La suspensión pre quirúrgica de BRAA no influye en la función renal pos operatoria de CRVM.

032 Disección Aórtica de Tipo B: Endoprótesis vs Tratamiento Médico, Evolución de los pacientes en el seguimiento a Largo Plazo.

Alvarez, OD; Chuquel, C; Aristimuño, G; Insaurralde, F; Babi, CA; Villegas, E; Echeverria, F; Zoni, R
Residencia, Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Staff, UCO, Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina

Introducción: La disección de aorta es un evento altamente letal. Es producido por un desgarro de la intima arterial. Las estrategias endovasculares han ganado un importante lugar en el manejo de esta patologia y actualmente representa en algunos casos una alternativa minimamente invasiva a la Cirugía tradicional.
Objetivos: Comparar la evolución en el seguimiento de paciente con disección aortica tipo B que recibieron tratamiento medico con la utilización de endoprotesis.
Método: Se realizó un análisis retrospectivo de 53 pacientes con diagnostico de sindrome aórtico agudo internados en nuestro centro entre 01/01/1992 y 01/06/2009. Se analizaron las variable clinica realacionadas a mortalidad intrahospitalaria asi como en el seguiminto. El seguimiento se realizo de manera telefonica.
Resultados: De los 53 pacientes, (92% diseccion vs 8% hematoma/úlceras). La mediana seguimiento fue de 42 meses. La mortalidad intrahospitalaria fue del 5,7% con una mortalidad en el seguimiento del 20%. De las disecciones 47% tipo B vs 53% tipo A. De las disecciones tipo B el 78% fueron hombres, con una media de edad de 58 años, 60% recibio tratamiento medico vs 36% recibio endoprotesis. En cuanto a las caracteristicas basales de los tipo B se observo (100% HTA, 32% TBQ, 20% IRC, 8% FA), no existieron diferencias en las carcteristicas basales de ambos grupos. En el analsis univariado se observo una tendencia a la significacion con el uso de inotrópicos (p=0,057) y con el no uso de beta bloqueantes al alta (p=0,054). Los paciente que recibieron endoprotesis presentaron mejor superviviencia en el seguimiento vs tratamiento medico de forma significativa (p=0,05).
Conclusión: Aquellos pacientes con disección tipo B a quienes se les realizó endoprotesis presentan una mejor supervivencia en el seguimiento de forma significativa. En tanto el uso de inotrópicos y el no uso de beta bloqueantes al alta se asocio con peor pronóstico en el seguimiento.

033 Correlación de Mediciones Hemodinámicas entre Catéter de Swan Ganz y Ecocardiograma Doppler en pacientes Post Operatorio de Cirugía Val

Alvarez, OD; Garcia, W; Parras, J; Garcia, E; Babi, CA; Comisario, R; Acevedo, P; Lange, JM
Residencia, Instituto de Cariologia de Ctes, Ctes, Ctes, Argentina / Ecografia, Staff, Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina

Introducción: La medición de las presiones de llenado del VI y la estimación de la presión capilar pulmonar por medios no invasivos es uno de los retos de la cardiología actual.
Objetivo: Comparar la estimacion de presion capilar, VM e indice cardiaco medida por ecocardiografia versus la obtenida por cateterismo cardiaco en pacientes post operatorio de Cirugía de reemplazo valvular aórtico.
Método: Se analizaron en forma prospectiva 27 pacientes consecutivos post operatorios de Cirugía de reemplazo valvular aórtico y Cirugías combinadas de los cuales se obtuvieron mediciones de presion capilar, indice cardiaco y volumen minuto mediante ecocardiografia y cateter de swang ganz.
Resultados: De los 27 pacientes analizados se observo como caractersiticas basales: 66,7% hombres, Hta (70%), DBT (18,5%), IRC (7,4%), tabaquista (14,8%). El 81% correspondio a CRV aortica, 18,5% Cirugía combinada, en tanto que 44% se utilizaron valvulas mecanicas y 55,6 % valv biológicas, se utlizo un tiempo de bomba promedio de 83,4 min con un clampeo de 61,1 min. La E/E´ promedio fue 11,09. El VM promedio fue de 6,5 y la media del IC de 2,4 obtenido por ecocardiograma. En cuanto al Swan Ganz la PC media fue de 13,11, la media del VM fue 9,5 y 2,4 la media del IC. Cuando se realiza la correlacion por coeficiente de Pearson fue del r (0,33) para la relacion E/E´vs PC, r (0,17) para VMsg vs VMeco y r(0,34) para ICsg vs Iceco.
Conclusión: La relacion E/E´posee una buena capacidad para estimar la presion capilar medida por swang ganz en pacientes post operatorios de Cirugía valvular. En tanto no se observo buena correlacion entre los valores de volumen minuto y indice cardiaco obtenidos por los distintos metodos.

035 Prevalencia y Características del Hábito Tabáquico en Adolescentes de La Plata. Estudio Alit I

Gulayin, P; Bruno, R; Rossi Dias, A; Brena, G; Gulayin, M; Urrutia, I; Marelli, D
Cardiología, Servicio de Cardiología, Hospital San Juan de Dios, La Plata, Buenos Aires, Argentina / Cátedra de Farmacología, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina / CESPI, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El tabaquismo (T) es uno de los principales factores de riesgo cardiovasculares y es considerado la principal causa de muerte prevenible.
Objetivos: Determinar: Prevalencia y edad de inicio de T, predictores de T, grado de dependencia (GD), motivacion para dejar de fumar (MDF).
Material y Métodos: En septiembre de 2010 se incorporaron 2003 alumnos de dos colegios secundarios de La Plata, edad 12 a 18 años, 54% varones. Se utilizó una encuesta anónima, estructurada y autoadministrada con los tests de Fagerström y de Richmond. Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas, utilizando los test de Chi-2 y "t" de Student según fueran datos discretos o continuos.
Resultados: La prevalencia de T fue del 8%, variando del 1% (12 años) al 29% (18 años). Edad promedio de inicio: 13.8 ±1.7 años. El GD resultó: bajo (b) 84.5%; mediano (m) 10.3%; alto (a) 5.2%. La MDF resultó: b 81.3%, m 12.3% y a 6.4%. Predictores:

	Mujeres	Edad Promedio	Vive con Fumadores	Madre Fumadora	Amigos Fumadores
Fumadores	57,42%	15.67 años	64.52%	55.46%	99.35%
No Fumadores	44,38%	14.23 años	48.77%	48.91%	74,49%
p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Conclusiones: La prevalencia de tabaquismo fue de 8%. La edad de inicio fue de 13.8 a ± 1.7 años. El GD fue mayoritariamente bajo. La MDF fue predominantemente baja. Predictores para tabaquismo: sexo femenino, edad, convivencia con un fumador, madre y amigos fumadores.

036 La Disfunción Endotelial y el Estado Redox Inducido por la Lipemia Post-Prandial es Neutralizado por el Ejercicio Aeróbico Intermitente

Ramirez-Velez, R; Guillermo Ortega, JG; Aguilar de Plata, AC; Agredo-Zuñiga, RA; Araujo, C; Escobar, C; Ramirez, JH
Grupo de Nutrición, Departamento de Ciencias Fisiologicas, Universidad del Valle, Cali, Valle del cauca, Colombia / Escuela de Rehabilitación Humana, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Valle del cauca, Colombia / Programa de Medicina, Facultad de Salud, Universidad ICESI, Cali, Valle del cauca, Colombia

Objetivo: Evaluar el efecto del ejercicio físico intermitente y continuo y una comida alta en grasa sobre la función endotelial y el estado redóx.
Métodos: Estudio experimental en 14 hombres sanos (edad 20 años) aleatorizados en tres ensayos. 1)-Control sin intervención con ejercicio. 2)- Una serie de ejercicio continúo de intensidad moderada (ECIM) de 60 min, y 3)- Una serie de ejercicio intermitente de intensidad moderada (EIIM) de 60 min. La función endotelial se evaluó mediante la prueba de dilatación mediada por flujo (DMF) en la arteria braquial y los niveles plasmáticos de nitritos y nitratos (NO2/NO3). Se determino la capacidad antioxidante total (CAT) como indicador del estado redóx. Todas las medidas se tomaron precedidas de 14 a 18 h de reposo (línea de base), y tras la una ingesta alta en grasas, 1h y 2h postprandial.
Resultados: Antes de la ingesta en grasa, la media de la DMF fue similar en todos los tres ensayos (5,1 ± 3,5 %), mientras que los niveles de NO2/NO3 fueron mayores en los ensayos con ECIM (84,4 ± 26,9 mmol/L) y con EIIM (99,2 ± 28,98 mmol/L) en comparación al control (74,8 ± 18,0 mmol/L), p<0,01. Luego de la ingesta, la media de DMF disminuyó sólo en el control (4,2 ± 2,9 %) y en el ECIM (4,3 ± 3,1 %), mientras que en el ensayo con EIIM se incrementó significativamente (6,4 ± 3,9 %) p<0,01 en los tiempos línea de base, 1h y 2h postprandial. Antes de la ingesta en grasas el estado redox determinado por la CAT fue mayor en el ensayo con EIIM en la línea de base (2,5 ± 0,4 m/M) frente al control (1,9 ± 0,4 m/M) y al ECIM (2,0 ± 0,2 m/M). Posteriormente, la CAT se incremento de manera significativa en el ensayo con EIIM, a las 2h postprandial (3,8 ± 1,1 m/M), p<0,01.
Conclusiones: Los resultados de este trabajo revelan un efecto protector y clínicamente relevante del ejercicio aeróbico de intensidad moderada e intermitente sobre la función endotelial, mecanismo estrechamente relacionado por la capacidad antioxidante indicador del estado redóx.

037 Angioplastia Coronaria en pacientes Ancianos.

Brocal, L; Rubio, M; Cisneros, M
Cardiología, Unidad Coronaria, Clinica Velez Sarsfield, Cordoba, Cordoba, Argentina / Servicio de Cardiología, Cardiología Intervencionista, Clinica Privada Velez Sarsfield, Capital, Córdoba, Argentina

Introducción: Los pacientes (p) ancianos son una población en crecimiento y un número cada vez mayor es derivado para revascularización coronaria percutanea.El objetivo fue determinar las características clínicas y describir los resultados de la Angioplastia Transluminal Coronaria (ATC) en pacientes ancianos (>70 años).
Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo, se incluyeron 277 p ancianos sometidos a ATC entre 2004 y 2010.Se valoró el éxito del tratamiento según flujo TIMI.
Análisis estadístico: Los datos fueron descritos por sus frecuencias relativas expresadas en porcentajes.Se utilizó para el análisis el programa SPSS 15.0.
Resultados: Del total de p (n=277) el 60% eran de sexo masculino (m) y el 40% femenino (f). Con un valor medio de edad de 83 años. El 2.8% (8p) eran tabaquista actuales, el 75% (6p) eran de sexo f.Los p Diabéticos representaron el 7.94% (22p), el 86% era de sexo f. El 54.87 % (152p) eran Hipertensos, el 54.6% era de sexo f. Del total de p el 12.27% (34p) eran Dislipemicos y el 55.88% eran de sexo m. El 3.6 % tenían antecedentes de Hipotensión Arterial; el 12.63% (35p) tenían antecedente de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) de los cuales el 60% era de sexo f. Solo el 4.3% (11p) tenían antecedentes de fallo renal. El 56.6% de los p no tenían lesiones coronarias, el 10.2% tenían lesión de 1 vaso, el 12.8% de 2 vasos y el 20.4% tenía lesión de 3 vasos. De los p con lesión de más de un vaso el 57.4% eran de sexo f. En relación al procedimiento terapéutico el de mayor porcentaje, tanto en el sexo f como m fue ATC electiva con STENT.Del total de p sometidos a ATC el 96.32 % de los de sexo f y el 93.64% de los sexo m tenia flujo TIMI III, el 1.84% de sexo f y el 3.64% de sexo m tenia flujo TIMI 0 (p: NS).La mortalidad fue del 3.24%.
Conclusión: Los p de sexo f tenían más antecedentes patológicos que los de sexo m, excepto la dislipemia. Se obtuvo éxito terapéutico en el 94.98% de los p con mejores resultados en el sexo f, p: NS.

038 Incidencia de Espasmo Radial Durante el Cateterismo Coronario con el uso de Material Específicamente Diseñado vs el de vía Femoral.

Monacci, F; Tamashiro, G; Goldsmit, A; Kantor, P
Hemodinamia, Servicio Cardiología, Sanatorio de la Providencia, Capital Federal, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La técnica por vía radial (VR) para la realización de cateterismo coronario (CC) ha ido en aumento en los últimos años debido al confort para el paciente, como a la reducción de complicaciones en el sitio de punción. Sin embargo, el espasmo de la arteria radial (ER) es el principal inconveniente.
Hipótesis: Mediante la utilización de materiales diseñados para la realización de cateterismo por VR, la incidencia de ER podría ser comparativamente menor que dicha técnica realizada con materiales desarrollados para la vía femoral.
Materiales y Métodos: Entre octubre de 2010 y enero de 2011 fueron evaluados prospectivamente en dos centros de BS. AS. todos los pacientes sometidos a un CC por VR. Se los dividió en dos grupos: GRUPO R: pacientes en los que se utilizaron materiales específicamente desarrollados para técnica radial (introductor radial, catéter Tiger 5Fr. que permite realizar cateterismo de la arteria coronaria izquierda y derecha sin necesidad de intercambio) y GRUPO F: pacientes en los que el cateterismo por VR se realizó utilizando materiales desarrollados para la vía femoral. Se definió ER al atrapamiento del catéter que impide la fácil manipulación del mismo o la presencia de dolor en antebrazo referida por el paciente.
Resultado: Se incluyeron en el análisis 166 pacientes. Las características de la población fueron: sexo masculino 67,46%, HTA 93,37%, DLP 66,87%, DBT 16,87%, síndromes coronarios estables 43,37%, angina inestable o IAM 56,63%. Presentaron ER en el grupo R el 23%, mientras que en el grupo F el 36,5% (p=0,041).
Conclusiones: La realización de CC por vía radial utilizando materiales específicamente desarrollados para esta técnica reduce significativamente la incidencia de ER

039 Registro de Síndromes Coronarios Agudos en "Hospital para la Comunidad de Arias"

Sangiorgi, J
Cardiología, Clinica, Hospital para la Comunidad de Arias, Arias, Córdoba, Argentina

El IAM es la principal causa de muerte en el mundo, en los EEUU, 1,5 millones de personas padecen un IAM. En nuestro pais, las enfermedades cardiovasculares constituyen tambien la principal causa de muerte y el IAM contribuye en gran parte. En Arias (Cba), no existen datos estadisticos de la cardiopatia isquemica aguda, por lo que se decidio como objetivo realizar un diagnostico de situacion. Se incorporaron al registro 33 pacientes con diagnostico de SCA, evaluados por guardia y luego Cardiología por un periodo de 34 meses. De los 33 pacientes, el 36% fueron Sindromes Coronarios con Supradesnivel del segmento ST y el 64% sin ST, de estos el 71% fueron Anginas Inestables y el 29% IAM subendocardicos. El 58% fueron hombres, la edad promedio fue de 63,5 años, 58 años en hombres y 66,7 en mujeres. El 78% tenian Obra Social de los cuales el 72% era PAMI. En cuanto a Factores de riesgo, el 78% era hipertenso, 16,5% diabético, 74% dislipidemico y 49% fumador. De los SCA CST (12), 5 recibieron tratamiento de reperfusión, 3 mediante Angioplastia Primaria con implante de Stent, con un tiempo Puerta-balon promedio de 77 minutos y 2 trombolisis en ventana. De los 21 casos de SCA SST, 13 fueron estudiados con hemodinamia (39%), de los cuales 10 recibieron Angioplastia con implante de Stent.
Como **conclusión**, se cumplió el objetivo y ademas destaco el tiempo puerta-balon en las AGPT primarias, relacionado a consulta precoz, cortas distancias el centro receptor, rapida decision de reperfundir y contacto directo con servicio de hemodinamia a 30 minutos de ambulancia. En poco tiempo contaremos con UTI en nuesro Hospital, lo que facilitara el tratamiento.

041 Impacto de la Función Renal en la Mortalidad y Eventos Cardiovasculares Mayores en el SCA.

Macin, SM; Villegas, E; Perna, ER; Reyes, ML; Insaurralde, F; Acevedo, P; Comisario, R; Aristimuño, G; Lange, JM; Echeverria, F
Unidad Coronaria, Cardiología, Instituto de Cardiología JF Cabral, Corrientes, Corrientes, Argentina

Objetivo: identificar características clínicas, tratamiento y pronóstico en pacientes con SCA y disfunción renal.
Métodos: Estudio observacional, prospectivo que incluyó 876 pacientes consecutivos hospitalizados en el Instituto de Cardiología de Corrientes. Se compararon dos grupos según tasa estimada de filtración glomerular: eGFR> o =60 ml/min (grupo A) y eGFR <60 ml / min (grupo B): 42%(368ptes). Seguimiento 24 meses.
Resultados: Los pacientes del grupo B fueron mayores (74.3±10.3 vs 62.1±12.1años, p<0.001), mayor prevalencia de mujeres (37.5 vs 18.4%,p=0.002), más frecuentemente diabéticos (29.1 vs 23.6%,p=0.001), mas IAM previo (22 vs 16%,p=0.03) y CRM previa (18.7 vs 8.2%,p=0.006). El grupo B eran más infarto sin elevación del ST (67 vs 50%,p=0.003), tenían al ingreso mayor nivel de glucemia (156 vs 98 mg/dl,p=0.001), mas alta frecuencia cardíaca (85 vs 70 lat/min, p=0.001), y menor FE(41 vs 54%,p=0.001). Los ptes del grupo B recibieron menos: IECA 72 vs 95%,p=0.001; beta bloqueantes 71 vs 94%,p<0.001; clopidogrel: 52 vs 93%, p<0.001) y menor estrategia intervencionista: CCG 74 vs 94 %, p<0.001 y angioplastia 38 vs 62%,p=0.001); este grupo también presentó mayor mortalidad hospitalaria (7,1 vs 2,9%, p <0,001). Durante el seguimiento clínico, la supervivencia y las tasas libres de eventos cardiovasculares mayores fueron significativamente inferiores en los pacientes del grupo B (75,6 vs 90,6%, p <0,001, y 68,2 vs 82,2%, p <0,001, respectivamente). El análisis multivariante mostró que eGFR <30 ml/min fue un predictor independiente de mortalidad hospitalaria (OR 6,92 IC2.2-8.4, p=0.001) y que la eGFR <60 ml / min fue predictor independiente de eventos en el seguimiento (HR 2,19 IC 1.18-3.8, p<0.001).
Conclusiones: La disfunción renal es frecuente en pacientes con SCA, y fue predictor independiente de mortalidad y eventos cardiovasculares mayores. Sin embargo, estos pacientes son sub-tratados, lo que puede contribuir a su mal pronóstico.

042 Registro de Acceso Venoso Central de un Servicio de Unidad Coronaria: Características Basales y Complicaciones.

Echeverria, RF; Coronel, ML; Aristimuño, CG; Comisario, RM; Insaurralde, F; Lange, JM; Chuquel, CH; Reyes Prieto, ML; Perna, ER; Macin, SM
Unidad Coronaria, Unidad Coronaria, Instituto de Cardiología, Corrientes, Corrientes, Argentina

El acceso venoso central (AVC) es una herramienta frecuentemente utilizada en la unidad coronaria (UCO) con fines diagnóstico/terapéutico.
Objetivo: Describir las características de la población que requiere AVC, los aspectos técnicos y las complicaciones relacionadas.
Método: Se evaluó el uso de AVC (excluyendo marcapasos) en pacientes admitidos a UCO en el período 01/09 al 08/10.
Resultados: De ... pacientes admitidos, 130 recibieron un AVC, 66 recolectados en forma retrospectiva y 64 prospectivamente. Las características de la población fueron: edad 69±12 años, varones 62%, hipertensión 77%, diabetes 26% y fallo renal 30%. El cuadro que motivó el AVC fue infarto 27%, insuficiencia cardíaca 41%, sepsis 15% y otros 17%. En 113 (86.9%) casos se colocó catéter de Swan-Ganz, en 5 (3.8%) catéter de diálisis y 12 (8.5%) catéter central. El acceso inicial elegido y el tiempo empleado fueron yugular posterior derecha 50% y 20±11 minutos (m), yugular posterior izquierda 14.5% y 36±25m, femoral derecha 13.6% y 8±7m, subclavia derecha 5.5% y 25±19m y yugular anterior izquierda 5.5% y 43±31, lográndose un procedimiento exitoso en el mismo en 94%. El operador inicial y final fue residente de 2°: 85 y 60%, de 3° 1.5 y 12%, de 4° 1.5 y 4%, médico del staff 12 y 24%, respectivamente. El número de operadores fue uno 67%, dos 21% y tres 12%, con un tiempo de colocación para el primer operador 17±11m, segundo 11±7m, y tercero 8±5m. Las complicaciones fueron infecciosas en 6%, punción arterial 6%, mecánicas 3.5% y arrítmicas 0.9%, con una mortalidad total de 24%. La tasa de complicaciones cuando la vía fue finalizada por el operador inicial vs otro fue de 17% y 46% (p=0,02).
Conclusión: El AVC es una herramienta de uso frecuente en UCO, en pacientes con perfil clínico grave y elevada mortalidad, con una tasa de complicaciones baja. El tiempo del procedimiento y los resultados depende del acceso seleccionado y del entrenamiento del operador.

045 Caracterización y Evolución de los Pacientes con Síncope en el Estudio Plasma.

Mariani, G; Ramos, JL; Gonzalez Zuelgaray, J; Tentori, MC; Pellizon, O; Muratore, C
Seccion Arritmias, Servicio de Cardiología, Hospital Italiano - Hospital Centenario, Rosario, Santa Fe, Argentina / Seccion Arritmias, Servicio de Cardiología, Sanatorio Trinidad, San Isidro, Buenos Aires, Argentina / Seccion Arritmias, Servicio de Cardiología, Hospital Fernandez, CABA, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El estudio PLASMA (Probabilidad de Sufrir Muerte Arritmica) es un ensayo observacional, prospectivo de cohorte diseñado para caracterizar el manejo de los pacientes (P) cardíacos en Latinoamérica (LA).
Objetivo: Evaluar las características de la población con Sincope (S) como motivo de ingreso en el estudio PLASMA, valorar el riesgo de mortalidad total de acuerdo a parámetros de Scores de riesgo habituales, considerar tratamientos y evolución.
Material y Método: Doce servicios de cardiología de referencia terciaria incluyeron 1958 P consecutivos internados (edad 64 años, 7-99; 1125 varones) En los P con (S) como motivo de ingreso se analizaron la incidencia de edad > 45 años, Electrocardiograma (ECG) anormal, presencia de enfermedad cardiovascular (EC) e historia de Insuficiencia cardíaca (IC) y/o arritmias ventriculares (AV) como factores de riesgo de mortalidad, tratamiento y evolución a 30 días.
Resultados: Se incluyeron 139 P con S (7%). 93 P (66.9%) tenian ECG anormal, 129 P (90.6%) edad>45 años, 84 P (60.4%) historia de IC y 89 P (64.0%) EC. 9 P (6.5 %) presentaron AV al ingreso (1 Extrasistoles ventriculares complejas, 6 Taquicardia Ventricular (TV) No Sostenida y 2 TV/ Fibrilación Ventricular). 63 P (45.3%) requirieron implante de Marcapasos (MP), 25 de ellos por Bloqueo Aurículo Ventricular de tercer grado y 7 Cardiodesfibrilador implantable. La mortalidad a 30 dias fue del 5% (7 P), 2 P por muerte cardíaca (Tromboembolismo Pulmonar y TV recurrente) y 5 no cardíaca.
Conclusión: Los P que ingresan por S en Latinoamérica de acuerdo a esta muestra, presentan criterios de alto riesgo de mortalidad total en un porcentaje significativo, con gran incidencia de trastornos de conducción e implante de MP y elevada mortalidad de causa no cardíaca.

046 Predictores Prequirúrgicos de Síndrome Confusional Agudo en el Postoperatorio Inmediato de Cirugía Cardíaca

Dogliotti, A; Bonaccorsi, H; Mendo, D; Garros, P; Cadars, L; Taborra, S; Arce, C
Recuperación Cardiovascular, Instituto Cardiovascular de Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina / Unidad de Epidemiología Clínica, Grupo Oroño, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: Los estados confusionales agudos tras la cirugía cardíaca son frecuentes y entrañan mayor morbilidad y estadía hospitalaria. Se los ha relacionado a efectos secundarios de la anestesia, supresión alcohólica, infecciones y circulación extracorpórea.
Objetivos: Identificar variables preoperatorias relacionadas al estado confusional de las primeras horas tras la cirugía cardíaca.
Métodos: Se incluyeron 513 pacientes temporoespacialmente orientados antes de la medicación preanestésica, que fueron luego sometidos a cirugía cardíaca con circulación extracorpórea. Se definió el síndrome confusional (SC) como el estado de desorientación temporoespacial con o sin excitación psicomotriz que ocurre en las primeras 24 hs. postoperatorias.
Resultados: Treinta y dos pacientes (6,24% IC 95% 4,15-8,33) presentaron SC. El análisis univariado reveló que las condiciones asociadas significativamente a SC fueron: uso previo de betabloqueantes, HTA y arteriopatía periférica. El análisis multivariado, en cambio, identificó a la edad (se incrementa la probabilidad de SC en 10,8% por año de vida. p<0,01), la presencia de diabetes mellitus (OR= 2,5 IC 95% 1,07-6; p=0,03) y la arteriopatía periférica (OR= 3,4 IC 95% 1,07-11; p=0,03) como variables independientes asociadas a SC.
Conclusiones: El SC se relaciona a condiciones clínicas asociadas al mayor compromiso vascular de los pacientes.

047 Asistencia Ventilatoria Mecánica Prolongada definida por Complicaciones en el Postoperatorio de Cirugía Cardíaca. Predoctores

Dogliotti, A; Bonaccorsi, H; Mendo, D; Garros, P; Cadars, L; Taborra, S; Arce, C
Recuperación Cardiovascular, Instituto Cardiovascular de Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina / Unidad de Epidemiología Clínica, Grupo Oroño, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: La asistencia respiratoria mecánica prolongada (ARMp) se ha definido arbitrariamente y sus predictores preoperatorios varían según la definición utilizada.
Objetivos: Definir ARMp como una función de las complicaciones postoperatorias e identificar variables predictoras prequirúrgicas para dos tiempos de ARM en el postoperatorio.
Métodos: Se incluyeron 492 pacientes sometidos a cirugía cardíaca con circulación extracorpórea. Los tiempos de ARM se enfrentaron a las complicaciones postoperatorias: necesidad de inotrópicos o vasopresores a dosis elevadas, síndrome confusional, sangrado excesivo y edema pulmonar. Se obtuvo el punto de corte de mayor sensibilidad (S) y especificidad (E) para el tiempo de ARM y su percentilo 75 (P75) . Un análisis de regresión logística identificó los predictores de ARM para esos puntos de corte.
Resultados: 8 hs definió la ARMp (ROC: 0,70; IC95% 0,66-0,74), S: 63% y E: 68% (p<0,001). El P75 fue 12 hs, S: 37,5% y E: 87,8%. Se asoció independientemente a ARM >8hs: contrapulsación preoperatoria profiláctica (OR= 3,5; IC95% 1,3-9; p= 0,008) y edad: aumenta 4%/ año la probabilidad de ARM >8 hs (<0,001); y a >12 hs: contrapulsación preoperatoria profiláctica (OR= 5; IC95% 2-13; p= <0,001), arteriopatía periférica (OR= 2,8; IC95% 1,1-6; p= 0,02) y edad: aumenta 3,4%/año la probabilidad de ARM >12 hs (p= 0,003).
Conclusiones: En este estudio una ARM >8 hs definió ARMp. Los diferentes puntos de corte no se relacionan con las mismas variables.

049 Análisis de Sobrevida de Pacientes con Hipertensión Arterial Pulmonar

Talavera, ML; Diez, M; Favaloro, LE; Cáneva, JO; Boughen, RP; Klein, F; Huerta, C; Favaloro, RR
Grupo de hipertensión pulmonar, Cardiología y Neumonología, Fundación Favaloro, Buenos Aires, Capital Federal, Argentina

Objetivo: Evaluar la sobrevida en el seguimiento de pacientes (p) con hipertensión arterial pulmonar (HAP) y determinar las variables asociadas a muerte o necesidad de trasplante.
Material y Método: De un total de 210p seguidos en el consultorio de Hipertensión Pulmonar (periodo 2004- 2010), se analizaron 91p con diagnóstico de HAP idiopática y asociadas a colagenopatías y cardiopatías congénitas. Se analizaron características demográficas, variables ecocardiográficas, funcionales y hemodinámicas. Se consideró significativa una p<0,05. Para el análisis de sobrevida se utilizó la curva de Kaplan y Meier.
Resultados: La media de seguimiento fue de 33,7 meses (IIC25-75% 19,6-51,1). La edad promedio fue de 34 (+/-15,7) años y el 81,3% de los p eran mujeres. En relación con la etiología, 51p poseían HAP idiopática, 25p asociada a colagenopatías y 15p a cardiopatías congénitas. Se registraron 29 muertes y 2p requirieron trasplante. La mediana de tiempo trascurrido desde el inicio de los síntomas a la muerte fue de 58,7 meses (IIC25-75 37,1-106,9). La sobrevida libre de muerte y/o trasplante a 12, 24, 36 y 48 meses fue del 94%, 88%, 83% y 78%, respectivamente. Las variables basales asociadas a mayor mortalidad fueron: clase funcional III/IV (48,2% vs 11,4%, p=0,0003), el deterioro moderado a severo de la función ventricular derecha (44,2% vs 20,5%, p=0,018) y la caminata de 6 minutos <332 metros (53,3% vs 22,5%, p<0,0001). No hubo diferencias significativas según la respuesta al test de vasorreactividad (p=0,78) o según las variables hemodinámicas (p=NS). En la evolución, la internación por insuficiencia cardíaca derecha se asoció a una mayor tasa de muerte y/o trasplante (69,2% vs 20%, p<0,0001).
Conclusiones: La supervivencia global observada fue comparable a la reportada por centros de referencia. En esta población, variables de fácil obtención y reproducción nos permitieron estratificar subgrupos de mayor riesgo de muerte en el seguimiento.

050 Utilidad del Dimero D Positivo en el Diagnóstico de Tromboembolismo Pulmonar (TEP)

Sosa Tomada, M; Isa Massa, G; Ochoa, V; Chain, S; Mercau, G; Muntaner, J
Cardiología, Unidad Coronaria, Centro Modelo de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina / Cardiología, Servicio de Ecocardiografía, Centro Modelo de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

Introducción: El TEP es una patología frecuente con una mortalidad del 30% sin tratamiento, por ello es importante su diagnóstico precoz. Ell Dimero D (DD) es de utilidad, pero su valor predictivo positivo es bajo. Esto obliga a realizar otras técnicas para confirmar TEP.
Objetivos: 1. Determinar la utilidad del DD +; 2. Evaluar la correlación de signos clínicos; y 3. Analizar el uso de tratamiento anticoagulante en el diagnostico de TEP.
Material y Métodos: Se analizaron 32 pacientes internados en UCO con sospecha clínica de TEP durante junio 2009–enero 2011 que presentaban DD +, a los que se realizó Gammagrafía V/Q (GG). Se valoraron factores de riesgo, características clínicas, GG (alta probabilidad confirma diagnóstico de TEP) y tratamiento con anticoagulantes orales (ACO) al alta.
Resultados: De los 32 pacientes que presentaban DD +, 16 (50%) tenían alta probabilidad de TEP en GG. En el análisis de los factores de riesgo y características clínicas, de los 16 pacientes con GG +, 12 (75%) presentaban factores de riesgo, 7 (43%) signos de TVP, 13 (81%) disnea, 1 (7%) dolor torácico, 7 (43%) taquicardia y 2 (14%) tos; y de los 16 pacientes con GG +, 8 (50%) presentaban factores de riesgo, 6 (37%) signos de TVP, 10 (62%) disnea, 2 (12%) dolor torácico, 6 (37%) taquicardia y 5 (31%) tos; sin diferencias significativas entre los dos grupos. De los 32 pacientes con DD +, 21 (66%) recibieron tratamiento con ACO al alta: 16 (100%) del grupo con GG + y 5 (31%) del grupo con GG -.
Conclusiones: 1. El DD + no predijo el diagnóstico de TEP (valor predictivo positivo del 50%), lo que demuestra la importancia de realizar GG para confirmarlo. 2. En el grupo con GG + no se observaron diferencias significativas en los factores de riesgo y cuadro clínico en comparación al grupo con GG -. 3. El tratamiento con ACO al alta tuvo relación con el diagnóstico realizado por GG y no con la presencia de DD +.

051 Relación entre Valores de Troponina T y Cinecoronariografía

Castillo, M.A.; Chain, S.; Ochoa, V.A.; Abdo, L.; Jerez Albaca, P.A.; Isa Masa, G.; Sosa Tomada, C.; Oporto, L.; Muntaner, J.
Cardiología, Unidad Coronaria, Centro Modelo de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina / Cardiología, Servicio de Ecocardiografía, Centro Modelo de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina / Cardiología, Servicio de Hemodinámica, Centro Modelo de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

Introducción: La Troponina T es un marcador pronóstico en pacientes con IAMSEST, este estudio evaluó si existe relación entre valores de TT y las lesiones anatómicas por cinecoronariografía (CCG).
Objetivos: 1) Determinar el porcentaje de pacientes (pc) Troponina (TT) positiva (>0,03) y CCG normal y anormal.2) Determinar el porcentaje de pc con TT–(<0,03) y CCG normal y anormal. 3) Determinar el porcentaje de pacientes con valores de TT de <0,03, el de 0,03 a 0,1, el de 0,1 a 1 y el de más de 1. 4) Establecer la correlación entre los distintos valores de TT y el resultado de la CCG que se clasificó en: lesión severa (+50%) de 1 vaso (L1V), de múltiples vasos (LMV), y lesión severa de tronco de coronaria izquierda (LSTCI).
Materiales y Método: Estudio prospectivo, se incluyeron 81 pc con IAMSEST que fueron a CCG de rutina, durante enero a Julio del 2010. Se los separó en 4 grupos según el valor cuantitativo de TT. Se correlacionó con resultado de CCG.
Resultados: 1) El 26% de los Pc presentó TT negativa de los cuales el 67% tuvo CCG normal y el 33% CCG anormal. 2) El 74% de los Pc presentó TT positiva de los cuales el 3% tuvo CCG normal y el 97% CCG anormal. 3) El 26% de los Pc presentó TT< 0,03, el 32% TT entre 0,03 y 0,1, el 26% TT entre 0,1 y 1, y el 26% > 1.) De los Pc con TT < 0,03 el 33% presentó CCG anormal de los cuales el 72% con L1V, el 14% con LMV y el 14% LSTCI. De los Pc con TT entre 0,03 – 0,1 el 92% presentó CCG anormal de los cuales el 33% con L1V, el 67% con LMV, y ninguno con LSTCI. De los Pc con TT entre 0,1–1 todos tuvieron CCG anormal de los cuales el 57% presentó L1V, el 43% LMV, y ninguno LSTCI. De los Pc con TT de >1 todos tuvieron CCG anormal de los cuales el 31% con L1V, el 69% con LMV y ninguno con LSTCI.
Conclusión: El hallazgo de TT <0,03 no exime a los Pc de lesiones coronarias ya que el 33% presentó CCG anormal. Fuerte tendencia a tener lesiones de más de 1 vaso a mayor valor de TT. TT>0,03 se relaciona significativamente con LMV (p 0,0001).

053 Rigidez Arterial Ambulatoria y Modificaciones Inducidas por Telmisartán (T)

Bendersky, MA; Vassallo, AV; Montrull, H
Cátedra Farmacología Aplicada, Facultad Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: Los hipertensos tienen mayor rigidez arterial. El MAPA permite obtener el Índice de Rigidez Arterial Ambulatoria (AASI), de buena correlación vs Veloc Onda Pulso, y es un marcador de peor pronóstico.
Objetivo: Analizar el efecto de T sobre el AASI en hipertensos esenciales
Material y Métodos: Se incluyeron 38 hipertensos esenciales, estadio 1, sin tratamiento 15 días, y sin trat concomitantes. Todos con TA ambulatoria diurna mayor de 135 y/o 85 mmHg (TAS y TAD, resp). Edad 56,6 años (50-59), 20 varones, IMC 28,4 (25-29). Se efectuaron 2 estudios MAPA24 hs (Spacelabs 90207-70 mediciones válidas), el 1ª sin tratamiento, y el 2ª postratamiento T 80mg, en monodosis matinal, 8 semanas, AASI: 1-slope TAD/TAS. Estad: test t apareado, dif significativas p<0.05.
Resultados

	TA consultorio	MAPA 24 hs	MAPA Dia	MAPA Noche	MAPA Dia Sd	AASI %
Basal	144/94	134/90	138/92	126/82	12.4/10.2	0.47±0.11
2 meses	136/86	130/80	132/82	122/74	10.8/9.8	0.32±0.12
p<	0.04/0.03	0.01/0.02	0.02/0.02	0.03/0.02	n.s./n.s.	0.03

Conclusión: Los valores de AASI están elevados en éste grupo, los valores de normalidad para ésta edad están debajo de 0.40. Telmisartan indujo un descenso tensional (consultorio y ambulatorio) significativo, sistodiastólico, con tendencia a menos variabilidad (Desv St de promedios). El AASI, descendió en forma significativa, evidenciando un impacto positivo de Telmisartan sobre la rigidez arterial, precoz, solo después de 2 meses

058 Infarto Agudo de Miocardio en Mujeres. Evolución Intrahospitalaria. Nuestra Experiencia.

Quiroga Castro, W; Conci, E; Serra, C; Zelaya, F; Isa, M; Pacheco, G; Sala, J; Balestrini, C; Collard, L; Chayep, J
Unidad Terapia Intensiva, Internación, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina / Hemodinámia, Hemodinamia, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina / Dirección, Cardiología Clínica, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: Se conoce que el sexo femenino (F) presenta características especiales en su evolución. Nuestra intención es evaluar su evolución intrahospitalaria. (E.IH)
Objetivos: Evaluar la E. IH. de los p. F con iam c/st de hasta 48 h. de evolución :valorar diferencias con respecto a p. Masculinos (M).
Material y Métodos: Desde 01/01/2006 hasta 31/12/2010 ingresaron 245 p. con diagnostico de iam c/st de los cuales 35(14%) fueron sexo F
Resultados: Edad Promedio: F 66 a. vs M 59 a. .Categorizando (cat) >< 65 años p< 0.0006 OR 3,56 IC = 95% (1,69-7,51) Índice Masa Corporal (IMC): F 26 vs M 29 Obesidad cat IMC >< 30 F: 10 % vs M 28 % p < 0.02 OR = 3,69 IC 95% (1.16-11.71). Diabetes: F 15 % vs M 14 % ns. Tabaquismo Activo: F 27 % vs M 41% n.s. Tabaquismo antecedente /activo: F 44 % vs M 73 % p < 0.001 OR 3.36 (1.6-7) Disfunción Renal: F 9 % vs M 14 % n.s. Antecedentes H. familiares (AHF): F 13% vs M 41% p < 0.001 OR 4.91 (1.7-13.8) Utilización Swan Ganz: F 15% vs M 9 % n.s. Balón Contrapulsación Aórtico: F 4% vs M 6% n.s. Asistencia Respiratoria Mecánica: F 20 % vs 14 % n.s. Función Ventricular < 35 %: F; 36 % vs M 24% n.s. Utilización de B.B. al alta: F 67 % vs M 89 % p < 0.01 OR 0,29 (0,11-0,78) Bloqueantes Cálcicos alta: F 19 % vs M 5 % p < 0.01 IC OR 4.91 IC 95% (1.38-17.47) Días Internación: F 6.6 vs M 6.8 ns. Reperfusión en Ventana: 87% vs 85 %. n.s. Mortalidad: 19.4 % vs 6.8 % p < 0,02 OR 3.15 IC 95 % (1.14-8.69) Mortalidad < 6hs evolución: F 4.8% vs M 4.5 % n.s.
Conclusiones: En nuestra serie las mujeres tenían en forma estadísticamente significativa, menor incidencia; menos IMC; Obesidad ; Tabaquismo; AHFy uso de BB al alta . Presentando mayor promedio de edad, uso de Bloq. Ca al alta y mortalidad, con respecto a los hombres

062 Evaluación Mediante Estudios de Perfusión Miocárdica Spect de Pacientes Portadores de Artritis Reumatoidea (Ar) y Dolor Precordial

Uriarte, M; Echazarreta, D; Letiz, I
Cardiología, Sala de Clínica, Hospital San Martín, La Plata, Bs As, Argentina / Cardiología, Insuficiencia Cardíaca, Hospital San Juan de Dios, La Plata, Bs As, Argentina

Introducción: En las dos décadas pasadas se ha demostrado que los sujetos con AR presentan una mayor mortalidad cardiovascular que la población de la misma edad y del mismo sexo. Esto se debe al desarrollo de aterogénesis acelerada.
Objetivos: Evaluar la presencia de isquemia miocárdica en una cohorte de p portadores de AR mediante estudios de perfusión miocárdica SPECT.
Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional y retrospectivo sobre 37 p derivados al servicio de cardiología del HIGA SM donde se realizaron estudios de perfusión miocárdica SPECT en forma consecutiva.
Resultados: n: 37 p mujeres Edad x: 56,94 años 9 hipertensas (HTA); 6 dislipémicas, 2 tabaquistas y 2 diabéticas. En tratamiento con: 14 p con corticoides, 21 p con antinflamatorios no esteroideos, 10 p con inmunosupresores y 7 p con agentes biologicos. Los resultados del SPECT demostraron la presencia de 25 p normales y 12 p isquémicos.
Conclusión: El 32,43% de la muestra seleccionada de pacientes portadores de AR presentaron territorios isquémicos, lo que confirma la estrecha relación entre la AR y enfermedad vascular.

063 Detección de Isquemia Miocárdica Mediante Estudios de Perfusión Miocárdica Spect en Pacientes Portadores de Sarcoidosis

Uriarte, M; Echazarreta, D
Cardiología, Medicina Nuclear, Instituto de Diagnóstico Cardiovascular La Plata, La Plata, Bs As, Argentina / Cardiología, Medicina Nuclear, Hospital Español, La Plata, Bs As, Argentina

Introducción: Es desconocida la presencia de isquemia miocárdica en pacientes (p) portadores de sarcoidosis.
Objetivos: Evaluar una muestra de p portadores de sarcoidosis mediante estudios de perfusión miocárdica (PM SPECT) para detectar la presencia de isquemia miocárdica.
Material y Métodos: Estudio observacional y retrospectivo de 12 p portadores de sarcoidosis, dolor precordial y disnea que ingresaran al servicio de cardiología para evaluación en el período 2005/2011.
Resultados: 12 p evaluados (11 p sexo femenino) evaluados por dolor precordial y disnea Edad x: 51±3 años 9 no isquémicos (FEVI x: 60±3% VFD:84 ml VFS:34ml Doble Producto X: 22100 6,1 metz) y 3 p isquémicos (FEVI: 54±3% VFD:98ml VFS:44ml DP: 21400 6,5 metz 2 con BAV 1 grado 1 HAI) Isquemia inferior (base a apex) Sumed Stress Score(SSS):6 Cinecoronariografía (CCG): lesión leve en arteria coronaria derecha, 1 apical y 1 septoapical y apical, SSS: 2 con Tomografía Computada Multislice (TCM) sin lesiones, 1septoapical y apical, SSS:3 y TCM sin lesiones
Conclusiones: En la muestra evaluada, el 25% de los p portadores de sarcoidosis presentaban isquemia miocárdica en los estudios de PM SPECT.

064 Evaluación Mediante Estudios de Perfusión Spect de una Población de pacientes portadores del VIH con Disnea y Dolor Precordial

Uriarte, M; Echazarreta, D
Cardiología, Sala de Clínica, Hospital San Martín, La Plata, Bs As, Argentina / Cardiología, Medicina Nuclear, Instítuto de Diagnóstico Cardiovascular La Plata, La Plata, Bs As, Argentina

Introducción: La aterosclerosis incrementa el riesgo cardiovascular y la posibilidad de desarrollar un infarto agudo de miocardio (IAM) o un ictus. Los pacientes (p) con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) presentan con frecuencia alteraciones morfológicas y alteraciones metabólicas (hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, resistencia insulínica y diabetes) que podrían incrementar el riesgo vascular.
Objetivos: Presentar una cohorte de p portadores del VIH evaluados mediante estudios de perfusión miocárdica (PM) SPECT portadores de disnea y dolor precordial.
Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional y longitudinal sobre una cohorte de 31 p portadores de dolor precordial y disnea evaluados en la sección de cardiología nuclear mediante estudios de PM SPECT en elperíodo 2001/2011.
Resultados: n: 31 p 13 mujeres, edad x: 46±2 años. Factores de riesgo: 5 adicción a drogas y tabaquistas, 2 hipertensión arterial, 10 dislipémicos, 2 diabéticos. De la muestra seleccionada 3 p presentaron isquemia miocárdica en el estudio de PM SPECT (correspondiente al grupo de adicción y tabaquismo), a saber: 1) Isquemia anteroapical, anteromedial, apical y septoapical (cinecoronariografía [CCG]: oclusión 90% de la arteria descendente anterior [DA]); 2) Isquemia apical, anteroapical, anteromedial, anterobasal, septoapical, septomedial CCG: se observó oclusión DA severa tercio medio); 3) Isquemia inferoapical, inferobasal, inferomedial e inferolaterobasal con arterial coronaria derecha ocluida en tercio medio de grado severo. Los tres p fueron sometidos a angioplastia transluminal percutánea (ATC) en forma exitosa.
Conclusiones: La muestra referida confirma la presencia una relación estrecha entre enfermedad vascular aterosclerótica y la presencia del VIH, hallando coronariopatía obstructiva severa al 9,67% de la población evaluada.

065 Valoración de la Función Ventricular Izquierda e Isquemia Miocárdica en pacientes sometidos al Implante de un Cardiodesfibrilador

Uriarte, M; Echazarreta, D
Cardiología, Medicina Nuclear, Instituto de Diagnóstico Cardiovascular La Plata, La Plata, Bs As, Argentina / Cardiología, Insuficiencia Cardíaca, Instituto de Diagnóstico Cardiovascular, La Plata, Bs As, Argentina

Introducción: Recientemente ha sido descripta la relación entre el deterioro de la función ventricular izquierda y el implante de CDI como consecuencia de los choques inapropiados, marcapaseo o progresión de la enfermedad coronaria.
Objetivos: Evaluar el impacto del implante de un CDI en p portadores de disfunción sistólica ventricular izquierda de grado severo y etiología isquemiconecrotica.
Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional y descriptivo con un seguimiento longitudinal sobre 17 p portadores de miocardiopatía dilatada de origen isquemiconecrotico portadores de CDI evaluados al inicio y a los 26 meses mediante un estudio de perfusión miocárdica (PM) SPECT gatillados.
Resultados: 17 p (15 varones) Edad X: 61,2±4 años, portadores de infarto previo. Factores de riesgo: 11 p tabaquistas, 8 p con hipertensión arterial, 9 p dislipémicos, 1 diabético y dislipémico. PM SPECT gatillado previo al implante: FEVI: 36±5% (rango:18-43), Volumen de Fin de Diástole (VFD): 178±12ml Volumen de Fin de Sístole (VFS): 102±8 ml Territorios implicados: 6 p con necrosis inferior (base a apex) e inferolaterobasal, 5 p con necrosis apical, anteroapical, septoapical,septomedial y anteromedial; 3 p con necrosis apical, anteroapical, anteromedial, anterobasal, septoapical y septomedial, 2 p con necrosis inferolateral basal, medial e inferobasal, 1 p con necrosis lateral, 2 p con necrosis apical anteroapical, 1 p con necrosis inferobasal e inferomedial, 1p con necrosis lateroapical y anterolateromedial. A los 26 meses se observó un descenso de la FE a 26±3% VFD: 221±4 ml VFS: 134±6 ml 2 p con isquemia (apical, anteroapical) y 1 p con isquemia inferobasal e inferomedial que evolucionan a patrón de necrosis. Se detectaron 2 choques apropiados y ningún inapropiado.
Conclusiones: En la muestra evaluada se observó un descenso de 27,7% de la FEVI entre el implante del CDI y el seguimiento a 26 meses.

067 Reversión de la Fibrilación Auricular con Amiodarona Tras la Cirugía Cardíaca. Ensayo Clínico Aleatorizado, Doble Ciego

Dogliotti, A; Bonaccorsi, H; Mendo, D; Garros, P; Cadars, L; Taborra, S; Arce, C
Recuperación Cardiovascular, Instituto Cardiovascular de Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina / Unidad de Epidemiología Clínica, Grupo Oroño, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción y Objetivos: La fibrilación auricular es una arritmia frecuente en el postoperatorio de cirugía Cardiaca. Muchos pacientes recobran espontáneamente el ritmo sinusal luego de algunas horas. Condujimos un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo en pacientes que fueron sometidos a cirugía (con circulación extracorpórea) de revascularización miocárdica, cirugía valvular o la combinación de ambas, cuyo objetivo primario fue determinar la eficacia de la amiodarona para convertir la fibrilación auricular de reciente comienzo a ritmo sinusal dentro de las primeras 12 horas de iniciado el tratamiento, y secundario: reducir la estadía hospitalaria.
Métodos: Se calculó la muestra para un aumento en la reversión a ritmo sinusal del 20%; β= 0,80 y 2α= 0,05. Cuarenta y cuatro pacientes recibieron amiodarona endovenosa y 37 placebo. La dosis de amiodarona fue 5 mg/Kg en 30 minutos seguida de 15 mg/Kg en 12 hs. o su placebo (solución salina) a igual velocidad de infusión. Ambas infusiones -sachets y tubuladuras- fueron enmascaradas, preparadas en farmacia y entregadas al enfermero/a para su administración conforme a la aleatorización por computadora.
Resultados: Las características basales fueron similares en ambos grupos. Se recuperó el ritmo sinusal en el 79,5 % y en el 62,2 % de los pacientes asignados a amiodarona y placebo respectivamente (HR= 1,76. IC 95% 1,01 – 3,08. p= 0,03.). La estadía hospitalaria en los tratados con amiodarona fue (Mna y p25-75) de 6 días (6-8) y 7 días (5-9) con placebo (p=0,4)
Conclusiones: La administración de amiodarona endovenosa en pacientes con fibrilación auricular de reciente comienzo tras la cirugía cardíaca aumentó la tasa de conversión a ritmo sinusal en las primeras 12 hs. y no redujo significativamente la estadía hospitalaria.

069 Frecuencia Cardíaca Ambulatoria, Diferencias entre Ambos Sexos, en Córdoba.

Cruz, M; Baroni, M; Della Mora, A; Nicolai, S; Sala, J; Bendersky, M
Dpto de Prevención Cardiovascular, Instituto Modelo de Cardiología Privado SRL, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: La frecuencia cardíaca (FC) elevada y la reducción de su descenso nocturno, muestra correlación con pronóstico de eventos cardiovasculares. No se conocen diferencias de sexo en Córdoba.
Objetivos: Valorar la diferencia entre ambos sexos en FC ambulatoria, por MAPA, en pacientes de Córdoba.
Material y Métodos: Se analizaron 1305 estudios MAPA (Meditech), al menos 70% de mediciones válidas, 62% hombres, 54 (15-93) años, 61% de los hombres y 73% de las mujeres con más de 50 años. IMC: 28,5 kg/m² hombres vs 26,2 kg/m² mujeres: Sobrepeso u obesidad: 77% de hombres vs 50% de mujeres. El 66% son hipertensos medicados, el 34% diagnóstico (12% normotensos, 22% nuevos diagnósticos de HTA).
Resultados: 1) A mayor edad, menor FC ambulatoria (r: 0,18, p<0.0001). 2) El % de descenso nocturno de la FC fue en los hipertensos controlados fue de 9,24%, en los no controlados de 8,36%, en los no hipertensos de 10,59% y en los nuevos hipertensos de 10,75%. 3) Las diferencias entre sexos, de día (d) y de noche (n) fueron: Grupo total FC d: hombres 72,11 ± 10,78; mujeres 74,71 ± 10,11, p <0,001. FC n: hombres 64,90 ± 9,83; mujeres 67,83 ± 9,75, p<0,001. Tratados con beta bloqueantes (BB), FC d: hombres 66,77 ± 9,49; mujeres 69,10 ± 9,12, p=0,017. Tratados sin BB FC d: hombres 74,17 ± 10,52; mujeres 77,17 ± 9,34, p <0,001. Tratados con BB FC n: hombres: 62,51 ± 9,59; mujeres: 64,68 ± 8,34, p= 0,023. Tratados sin BB FC n: hombres: 65,82 ± 9,80; mujeres 69,15 ± 9,80 p<0,001.
Conclusión: Las mujeres tienen mayor FC diurna y nocturna, diferencia que se mantiene en los tratados con BB. A más edad, menos FC. Ambas FC, diurna y nocturna, se vieron influenciadas por los BB (FC d sin BB: 75,26 vs con BB: 67,64 p<0,0001, y FC n sin BB: 67,05 vs. con BB: 63,25, p<0,0001). El descenso nocturno de la FC fue similar en ambos sexos.

070 Tensión Arterial Ambulatoria y Diferencias de Sexo en Córdoba.

Baroni, M; Cruz, M; Della Mora, A; Nicolai, S; Sala, J; Bendersky, M
Dpto de Prevención Cardiovascular, Instituto Modelo de Cardiología Privado SRL, Córdoba, Córdoba, Argentina

Objetivo: Describir diferencias de la tensión arterial (TA) Ambulatoria en ambos sexos, en Córdoba.
Material y Métodos: Se analizaron 1305 estudios MAPA (Meditech), al menos 70% de mediciones válidas, 62% hombres, 54 (15-93) años, 61% de los hombres y el 73% de las mujeres con más de 50 años. Indice de Masa Corporal 28,5 kg/m² hombres vs 26,2 kg/m² mujeres; Sobrepeso u obesidad: 77% de hombres vs 50% de mujeres. El 66% hipertensos medicados, el 34% diagnóstico (12% normotensos, 22% nuevos diagnósticos de HTA).
Resultados: 1) Sólo el 40% de los hipertensos medicados tenían su TA ambulatoria normal. 2) Las diferencias entre sexos fueron: hombres (n: 807) TA sistólica (TAS) diurna (d) 133,13, desvío estandar (DS) 12,12; mujeres (n: 498) 130,41, DS 13,63, p=0.0003; TAS nocturna (n) hombres 117,58 DS 13,66; mujeres 115,26 DS 14,46, p=0.0003; TA diastólica (TAD) d 81,21 DS 9,63; mujeres 76,11 DS 9,46, p <0,0001; TAD n 67,42 DS 9,43; mujeres 63,76 DS 8,82, p<0,0001; Presión de pulso (PP) d hombres 51,86 DS 10,34; mujeres 54,19 DS 11,71, p=0.0003; PP n hombres 50,27 DS 10,07; mujeres 51,56 DS 11,38, p=0.0397. Tanto de día como de noche, la TAS y la TAD fueron mayores en hombres, y en cambio la PP fue mayor en mujeres. 3) Se estudió un grupo (n 295), de hipertensos tratados, sin betabloqueantes (BB), entre 45 y 60 años, y las diferencias entre ambos sexos se mantienen. 4) Las mujeres hipertensas, sin BB, entre 45 y 60 años, mostraron mayor variabilidad tensional (DS de los promedios) (mujeres: 12,70 vs. hombres: 11,70, p=0,014), y mayor rigidez arterial ambulatoria (AASI) que los hombres (mujeres: 0,44 vs. hombres: 0,37, p= 0,0001).
Conclusiones: El MAPA permitió detectar un control subóptimo (60%) en los hipertensos tratados, la TAS ambulatoria tiene una clara tendencia a ser mayor en los hombres, la TAD ambulatoria es mayor en los hombres, la PP es mayor en mujeres y la rigidez arterial ambulatoria y la variabilidad tensional son mayores en las mujeres.

071 Características Basales y Diferencias Demográficas de los pacientes Implantados con un Dispositivo Cardíaco (Estudio Panorama)

Mazzetti, H; Ferreyra, R; Bochoeyer, A; Gant Lopez, J; Sanziani, L; Colombo Berra, F; Demas, M; Maloney, J; Muratore, C
Seccion Arritmias, Servicio de Cardiología, Hospital Fernandez, CABA, Buenos Aires, Argentina / Cardiología, S Trinidad Mitre, Buenos Aires, Argentina / Arritmias, Cardiología, C AMEPBA, Buenos Aires, Argentina

PANORAMA es un estudio de perfiles nacionales y datos epidemiológicos en pacientes (ptes) que utilizan dispositivos implantables Medtronic, incluyendo: 1) marcapasos (MP), 2) cardiodesfibriladores (CDI), 3) resincronizadores cardiacos sin cardiodesfibrilador (TRC-P) y 4) con cardiodesfibrilador asociado (TRC-D)
Objetivos: Evaluar las características basales de los ptes implantados con MP, CDI y TRC-P/D en la práctica clínica de rutina en Latinoamérica.
Métodos: PANORAMA es un estudio observacional en el mundo real, multicéntrico, prospectivo. Entre Octubre de 2007 y diciembre de 2010 se enrolaron 1019 ptes (edad x 68.4 ± 16.8; 56.8% hombres) quienes fueron implantados con un dispositivo en 40 centros de Latinoamérica (MP 818, CDI 99, CRT-P 27 y TRC-D 75). Los cálculos fueron realizados con los datos disponibles.
Resultados: La mayoría de los implantes realizados fueron de MP (80.2%). Quince por ciento de los ptes con MP y CDI cumplen los criterios para recibir TRC, según las guías internacionales clase I, sin embargo no fueron implantados. Comparado a los estudios clínicos y registros internacionales existen diferencias entre los ptes latinoamericanos y otros registros. En relación al implante de CDI/TRC los ptes latinoamericanos son mas jóvenes, con fracción de eyección del ventrículo izquierdo mas alta, menor incidencia de infarto de miocardio, diabetes e hipertensión arterial que los registros de USA y Europa. En nuestra población 25 ptes (25%) implantados con TRC estaban en clase funcional NYHA I o II.
Conclusiones: Las características clínicas de los ptes latinoamericanos son diferentes a los ptes internacionales. La práctica clínica latinoamericana relacionada al uso de dispositivos parece similar a la internacional. La utilización de TRC esta alineada con el resultado de los estudios clínicos y las guías europeas, si bien 15% de los ptes con MP y CDI pueden calificar para TRC.

072 Terapia de Resincronizacion Cardíaca en Pacientes con Insuficiencia Cardíaca en Latinoamérica: de las Guías a la Práctica Clínica.

Ferreyra, R; Bochoeyer, A; Garro, H; Mazzetti, H; Gant Lopez, J; Ramos, JL; Maloney, J; Demas, M; Muratore, C
Cardiología, S Trinidad Mitre, Buenos Aires, Argentina / Arritmias, Cardiología, C AMEPBA, Buenos Aires, Argentina / Arritmias, Cardiología, H Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina

Las guías internacionales consideran a la terapia de resincronización Cardíaca (TRC) una opción terapéutica de la insuficiencia Cardíaca (IC) en pacientes clase funcional III/IV de la NYHA con terapia farmacológica óptima, fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) ≤ 35% y una duración del QRS ≥120 ms. Una puesta al día de las guías europeas incluye pacientes con IC "leve" clase II de la NYHA.
Objetivo: Evaluar las indicaciones para el implante de la TRC en pacientes latinoamericanos.
Métodos: Entre enero de 2008 y diciembre de 2010 el estudio observacional, prospectivo, multicéntrico PANORAMA registró 102 pacientes implantados con TRC (27 TRC-P y 75 TRC-D, asociada a cardiodesfibrilador) en 21 centros de América Latina. Los cálculos fueron hechos con los datos disponibles.
Resultados: La edad promedio era de 62.5 +/-14.3 años, 74.5% hombres con FEVI promedio 23.4+/-7.5%. Las cardiopatías subyacentes fueron isquémica 26.6%, dilatada 64.9% o chagásica 8.5%. De los pacientes implantados 25% presentaban previamente clase funcional I/II de la NYHA y 22.2% tenían un QRS <120 ms. El tratamiento farmacológico para IC era beta bloqueantes 69.6%, IECA/BATII 81.3%, espironolactona 52%. Los pacientes con CRT-D presentaron una tendencia a menor FEVI (22.6+/-7.4% vs 25.8+/-7.2%; p=0.073), menor uso de IECA (52.0% vs 77.8%; p=0.02), mayores antecedentes de HTA (56.0% vs 25.9%; p=0.007) y tuvieron mayor incidencia de taquicardia ventricular espontánea (16.3% vs 0%; p=0.034) comparado con los pacientes con CRT-P.
Conclusiones: La práctica medica habitual en Latinoamérica refleja una diferencia entre la prescripción y el tratamiento recomendado de la IC. El tratamiento de pacientes en clase funcional II de NYHA está en línea con el resultado de los estudios MADIT CRT, REVERSE Y RAFT y reflejan lo recomendado por las guías europeas. Sin embargo, la terapia farmacológica parece subóptima

073 Experiencia en 150 Implantes Consecutivos de Resincronizadores Cardíacos

Del Rio, A; Telechea, JF; Guillen, R
Cardiología, Arritmias, Sanatorio Parque, Rosario, Santa Fe, Argentina / Cardilología, Arritmias, ICR, Rosario, Santa Fe, Argentina

La terapia de resincronización cardíaca (TRC) es un método útil en pacientes con miocardiopatía dilatada con baja fracción de eyección (FEY), bloqueo completo de rama izquierda (BCRI) y clase funcional III / IV de la NYHA. Esta terapia se basa en el implante de un resincronizador cardíaco. Esta intervención puede ser realizada por electrofisiólogos entrenados y esta descripta como laboriosa y con una lenta curva de aprendizaje. El objetivo del estudio es analizar los resultados obtenidos en una cohorte de pacientes sometidos a TRC por un equipo de electrofisiólogos en la ciudad de Rosario. Para ello se revisaron retrospectivamente desde el año 1999 hasta la actualidad 150 casos consecutivos de implante de resincronizadores. Se evaluó el éxito del procedimiento, las complicaciones, el tiempo quirúrgico y el de radioscopía, las distintas técnicas utilizadas y la evolución posterior de los pacientes con un seguimiento de 80 +/- 35 meses. Se concluye que la TRC puede ser realizada en forma segura y eficaz por un equipo de electrofisiólogos entrenados. El éxito del procedimiento se alcanzó en el 92% de los mismos en la primera intervención. El 76 % de los pacientes alcanzo una mejoría promedio de 10% en su FEY, con mejora franca en los índices de calidad de vida. El 23% de los pacientes eran previamente portadores de marcapasos definitivos. El 31% tenía cirugía de revascularización miocárdica previa. En el 43% de los casos el dispositivo fue cardioresincronizador. Las complicaciones se dieron en el 12%. La mayor fue el derrame pericárdico seguido del hematoma del bolsillo, pérdida de captura, infección del bolsillo y endocarditis.

074 Sedación con Midazolam para Cardioversión Eléctrica de Taquiarritmias Auriculares. Un Estudio de Seguridad y Eficacia.

Scaglione, L; Lucciarini, M; Visconti, G; Pellizzon, O; Beloscar, J; Davila, A
Carrera de Cardiología, F.C.M., U.N.R., Rosario, Santa Fe, Argentina / Jefe Unidad Coronaria, Servicio Cardiología, Hospital Centenario, Rosario, Santa Fe, Argentina / Epidemiología y Estadística, F.C.M., U.N.R., Rosario, Santa Fe, Argentina

La cardioversión eléctrica (CVE) en la FA y AA requiere habitualmente la asistencia del anestesiólogo, lo cual en un hospital (H) con mucha demanda genera problemas logísticos y retarda la implementación de esta terapéutica. Con el objetivo de optimizar esta práctica se ha sugerido el uso directo de midazolam por el médico cardiólogo (MC).
Material y Métodos: Se incluyeron pacientes ingresados en forma consecutiva al Hospital con estas patologias,con indicación de CVE. Protocolo 1 (P1): Al 44% de los pacientes se les administró midazolam EV en forma secuencial: un bolo de 2,5 mg/EV, una espera de 2 min. y la administración de 1 mg cada minuto hasta lograr la sedación. Protocolo 2 (P2): Al 56% de los pacientes se les administró un bolo de 0,1 mg/kg/EV (máximo 10 mg), y si no se obtuviera la sedación adecuada se administró 2 mg cada minuto hasta lograrlo.
Resultados: Se estudiaron 25 pacientes (ps), cuya edad media fue de 54,38 ± 13,85 años (76% varones).El peso medio fue de 85.32 ± 15.30 kg. 17 ps presentaron fibrilación auricular (53% persistente, 35% paroxística y 12% permanente) y 8 ps. presentaron aleteo auricular; la mayoría tenían antecedentes de hipertensión arterial y miocardiopatía dilatada, con un tiempo de evolución de 24 hs a 48 meses. El tiempo de sedación fue entre 2 y 120 min. con una presión arterial sistólica (PAS): 124,58±19,27 mmHg y una presión arterial diastólica (PAD): 80,65±15,54 mmHg pre sedación y una PAS: 113,26 mmHg±27,25 y PAD: 75±15,88 mmHg post sedación. Se realizo CVE exitosa en el 72% de los pacientes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de edad, peso, dosis total MDZ y duración en meses de FA/AA con respecto al tipo de protocolo que recibió el paciente. El tiempo promedio de sedación total fue significativamente menor en los pacientes del P1.
Conclusiones: La sedación con MDZ realizada por MC es una alternativa práctica factible de emplear en la CVE del paciente hospitalario.

075 Valoración de Isquemia y Función Ventricular en pacientes obesos en Pre y Postoperatorio de Cirugía Bariática (Cb).

Uriarte, RM; Sarti, M; Etchazarreta, D; Franco, OA; Létiz, MI
Cardiología, Medicina Nuclear, Hospital Español, La Plata, Bs As, Argentina / Cardiología, Medicina Nuclear, Instituto de Diagnóstico Cardiovascular La Plata, La Plata, Bs As, Argentina

Introducción: La prevalencia de la obesidad está en aumento y está asociada a mayor riesgo de hipertensión, diabetes tipo 2, enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular (ACV), enfermedad biliar, osteoartritis, apnea del sueño, y cánceres. El mayor peso corporal, IMC (índice de masa corporal- kg/m2), está asociado con mayor mortalidad. Los estudios que se han realizado con drogas para el tratamiento de la obesidad han demostrado una disminución del peso corporal pero no de los eventos cardiovasculares. Recientemente la CB ha demostrado una disminución de la mortalidad en pacientes con un IMC de 35 a 40 kg/m2, debido a la reducción de mortalidad por diabetes, enfermedad coronaria y cáncer.
Objetivo: Determinar la mejoría de la capacidad funcional, la función y volúmenes ventriculares tras la CB.
Material y Métodos: De 2008 a 2009 se reclutaron 10 pacientes obesos, con IMC de 39,49 kg/m2; 3 de sexo masculino y 7 de sexo femenino. Edad promedio 45,25 años. Todos se encontraban asintomáticos y sin antecedentes de enfermedad cardiovascular. Factores de riesgo: hipertensión arterial, dislipemia, y diabetes tipo 2. A todos los pacientes se les realizo estudio de perfusión miocárdica (EPM), esfuerzo-reposo en protocolo de un día, con Tc99m gatillado, previo a la realización de la CB y posterior a ella (dentro de los 3 y 6 meses siguientes). Resultados: Previo a la CB: Todos los EPM fueron normales, la capacidad funcional (CF) fue de 4,67 Mets. la FE (fracción de eyección) con deterioro leve, sin alteraciones segmentarias de la motilidad: VFD (volumen de fin de diástole) 157,5 ml y VFS (volumen de fin de sístole) 93 ml Posterior a CB: Todos los EPM fueron normales. La CF promedio fue de 6,61 Mets, la FE mejoró, mayor al 50%, sin trastornos de la motilidad. El VFD promedio fue de 110,54 ml y el VFS promedio fue de 70,2 ml.
Conclusión: En la población estudiada, se pudo observar una mejoría CF, FE y volúmenes ventriculares, tras la CB.

076 Estrategia en Prevención Cardiovascular en la Provincia de Entre Ríos "Campaña Semana Saludable"

Ibarzábal, U; Moine, D; Vierci, J; Moreno, C
Sociedad de Cardiología de Entre Ríos, Paraná, Entre Ríos, Argentina

Introducción: Difundir medidas de prevención cardiovascular, basada sólo en medios de comunicación, carece de la interacción, motivación e impacto que brinda el contacto personal. La institución científica, puede asumir éste rol y darle continuidad. Experiencia Sociedad de Cardiología de Entre Ríos.
Objetivo: Desarrollar una estrategia (E) de difusión de hábitos saludables desde una institución científica, a la población (p), priorizando el contacto personal.
Material y Métodos: (E): Intervención de duración semanal en ciudades pequeñas, con contacto personal y a través de medios de comunicación locales (mcl), empleando contenidos didácticos uniformes: "Campaña Semana Saludable" (CSS). Se eligieron ciudades con menos de 10.000 habitantes (h), en donde se llevaron a cabo, encuentros (e) con alumnos de 4° y 5° año del nivel secundario, (e) y talleres (t) con la (p) en general, difusión con cartelería, folletería, (mcl), caminatas, bicicleteadas y maratón. Organización: Reuniones (6-7, 60 días previos) con referentes de la comunidad, docentes, profesionales locales y (mcl). Distribución de los (e) y (t) entre los profesionales. Presencia en (mcl) y en las actividades físicas (af). Relevamiento y evaluación de datos.
Resultados: Se realizaron 4 (CSS), en las localidades de Cerrito (4653 h); Hasenkamp (4413 h); María Grande (7101 h); Viale (8939 h). Asistencia (e y t) y (af), (Contacto Personal). Cerrito: (e y t) 872 h, (af) 485 h; Hasenkamp: (e y t) 733 h, (af) 1080 h; María Grande: (e y t) 1176 h, (af) 354 h; Viale: (e y t) 790 h, (af) 208 h. Total: (p) 25106 h; contacto personal (e, t, af) 5698 h (22,69%).
Conclusión: Es factible desarrollar una (E) de difusión de Hábitos Saludables, desde una institución científica, realizando una intervención acotada en el tiempo, intensa, en poblaciones pequeñas, con participación de la comunidad en su organización y priorizando el Contacto Personal.

080 Resolución Completa de la Patología Congénita del Adulto por Miniesternotomía

Zgrablich, C; Rudavega, P; Badr, JM; Cartasegna, L; Giachello, F; Beltrano, C; Martinez Demaria, D; Aramburu, C; Pastoni, D; Alonso, E
Cirugía Cardiovascular, Cirugía, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina / Unidad Coronaria, Servicio de Cardiología, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El cierre simple de la comunicación interauricular (CIA) es la patología congénita del adulto más frecuente. Los abordajes por mini esternotomías o mini toracotomías son realizados generalmente cuando se presentan en forma aislada. Sin embargo frecuentemente se observan patologías asociados cuya resolución no debería ir en detrimento de los beneficios que aporta un abordaje menos invasivo.
Objetivos: Describir los procedimientos asociados realizados a nuestra serie de pacientes operados por mini esternotomía y portadores de CIA, y sus resultados.
Material y Métodos: Se analizaron datos recolectados en forma prospectiva de las cirugías consecutivas realizadas desde 2006 por nuestro grupo.
Resultados: Desde Enero de 2006 hasta agosto de 2010 se operaron 11 pacientes por miniesternotomía inferior, la edad promedio era 48 años (rango 22-70) y todas ellas excepto uno, eran mujeres. En 6 casos se realizó cierre simple de la CIA, y en el resto se realizaron cirugías asociadas: 3 plásticas tricúspideas, una de ellas asociada además a ablación de venas pulmonares, istmo cavo tricuspideo y cierre de orejuela. Otros dos casos se asociaron a patología mixomatosa de la válvula mitral, realizándose una plástica compleja y un reemplazo por prótesis mecánica. El promedio de tiempo de bomba fue 65 DS ±37 y de clampeo aórtico: 44 DS±32.
Conclusión: En pacientes que requieren cierre de CIA, la realización de procedimientos adicionales que proveen de una resolución completa de la enfermedad puede realizarse manteniendo los beneficios del abordaje por mini esternotomía.

081 Valva Anterior: Técnica y Resultados a mediano plazo

Zgrablich, C; Rudavega, P; Badr, JM; Cartasegna, L; Giachello, F; Belatrano, C; Martinez Demaria, D; Aramburu, C; Pastoni, D; Alonso, E
Cirugía Cardiovascular, Cirugía, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina / Unidad Coronaria, Servicio de Cardiología, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La plástica mitral es el tratamiento de elección para la insuficiencia Mitral. Sin embargo la patología de la valva anterior requiere técnicas más complejas y se ha asociado con menor tasa de éxito y de durabilidad en el seguimiento.
Objetivo: Describir nuestra experiencia y resultados con las plásticas de valva anterior.
Material y Métodos: Análisis retrospectivo de nuestra base de datos (formato de base de datos utilizado por The Society of Thoracic Surgeons). Entre marzo de 2006 y diciembre de 2010, sobre un total de 51 plásticas mitrales por insuficiencia mitral severa, 19 pacientes (37,2%) fueron operados en nuestro servicio por patología dependiente de la valva anterior: 63,25% de etiología mixomatosa, 31,5% por endocarditis infecciosa y 5,25% congénitas. El promedio de edad fue 51 años y el 58% eran mujeres. La técnica quirúrgica utilizada en caso de ruptura o prolapso fue la transferencia de cuerdas ó neocuerdas de Goretex ®, y en caso de perforación, parche de pericardio. En 17 pacientes se colocó hemianillo posterior. Recibieron procedimientos asociados 84% de los casos (1 CRM, 2 triples y 11 dobles valvulares, 2 ablación de fibrilación auricular y 2 cierres de CIA). Se realizó ecocardiograma transesofágico (ETE) intraoperatorio y seguimiento ecocardiográfico ambulatorio a todos los pacientes.
Resultados: Todas las válvulas fueron reparadas exitosamente (IM con trazas o ausente en el ETE intraoperatorio). 1 paciente falleció en el postoperatorio. En el seguimiento, ningún paciente fue reoperado por recurrencia de la insuficiencia mitral o endocarditis. Todos se hallan en clase funcional I o II, sin reinternaciones.
Conclusiones: La reparación de la válvula mitral insuficiente, aplicando diferentes técnicas en la valva anterior, es una técnica segura y reproducible con buenos resultados a corto y mediano plazo.

084 Utilidad del Pro BNP en Insuficiencia Cardíaca

Skibicki, J; Ochoa, V; Jerez, A; Chain, S; Mercau, G; Sosa, C; Castillo, A; Muntaner, J
Residencia, Unidad Coronaria, Centro Modelo de Cardiología, S M de Tucumán, Tucumán, Argentina / Ecocardiografía, Unidad Coronaria, Centro Modelo de Cardiología, S M de Tucumán, Tucumán, Argentina / Dirección residencia, Unidad Coronaria, Centro Modelo de Cardiología, S M de Tucumán, Tucumán, Argentina

Introducción: Los péptidos natriuréticos son hormonas involucradas en la homeostasia de volumen y remodelado cardiovascular, y han sido recomendados en el diagnóstico, pronóstico y como guia de tratamiento.
Objetivos: 1-Conocer la relación entre los valores de Pro BNP con función sistólica y diámetro de VI. 2- Determinar si existe relación entre valores de Pro BNP con dimensiones de la AI y el ritmo auricular.3- Evaluar la relación entre valores de Pro BNP y compromiso hemodinámica en relación a requerimiento de inotrópicos.
Material y Métodos: Se analizaron en forma consecutiva 59 pacientes con diagnóstico de insuficiencia Cardíaca descompensada, desde marzo a diciembre 2010. Se clasificaron los niveles de Pro BNP en: Bajo: <300 pg/ml, Intermedio: entre 300 y el valor de corte basado en la edad, Alto: valores > al corte de edad, hasta 2500 pg/ml y > 2500 pg/ml. Se incluyeron pacientes con dosaje de Pro BNP. Se analizaron con el test de chi2. Fue significativo diferencias <0.05.
Resultados: Presentaron VI dilatado: 13% de los pacientes con valor de Pro BNP intermedio, 62% con Pro BNP elevado ≤ 2500 pg/ml, 56% con Pro BNP elevado > 2500 pg/ml (p<0,05). FSVI deprimida: 25% Pro BNP intermedio, 68% Pro BNP ≤ 2500 pg/ml, y 63% Pro BNP > 2500 pg/ml(=NS). Dilatación de la AI: 75% Pro BNP intermedio, 88% Pro BNP ≤ 2500 pg/ml, 71% Pro BNP > 2500 pg/ml (=NS). Ritmo de FA: 25% para valores de Pro BNP intermedio, 18% Pro BNP ≤ 2500 pg/ml, 48% Pro BNP> 2500 pg/ml (p<0,05).Los pacientes con requerimiento de inotrópicos presentaron un valor de Pro BNP> 2500.
Conclusión: En los pacientes que presentaron Pro BNP elevado se observó una prevalencia de FSVI deprimida y VI dilatado respecto a los pacientes con Pro BNP intermedio. En los que presentaron Pro BNP elevado <2500 se observó un leve predominio de FSVI deprimida respecto al grupo elevado >2500. Se observó mayor prevalencia de FA en el grupo con ProBNP>2500 respecto a los restantes grupos.

087 Diferencias entre los pacientes sometidos a Cirugía Cardíaca en los Bienios 1998-1999 y 2008-2009

Mendo, D; Escalante, J; Santopolo, C; Chichizola, N; Bonaccorsi, H; Dogliotti, A; Camou, J; Geromini, H; Diodatto, L; Ameriso, JL
Recuperación Cardiovascular, Cardiología Clínica, Instituto Cardiovascular Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina / Cirugía Cardiovascular, Cirugía Cardiovascular, Instituto Cardiovascular Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: Los pacientes sometidos a cirugía Cardíaca (CC) varían en sus características, ya sea por las expectativas de vida en aumento, comorbilidades, mejoramiento de técnicas quirúrgicas, y tecnología.
Objetivos: Comparar las características de dos poblaciones operadas en los años 1998-1999 (grupo I) y 2008-2009 (grupo II).
Métodos: Se incluyeron retrospectivamente 988 pacientes sometidos a cirugía de revascularización miocárdica (CRM), valvular (V) y combinada (Cb). Se relevaron las variables de persona, comorbilidades, escores de riesgo, función ventricular y tipo de cirugía.
Resultados: El 60,32% se operó en los años 1998/9. En el grupo I fueron CRM el 61,1%; V 21,1%; Cb 17,8%. En el grupo II 48% (p<0,001); 25,7% (p=0,09) y 26,3% (p= 0,001) respectivamente. El grupo I mostró mayor prevalencia de tabaquismo (55,4%; p=0,002); CRM previa (4%; p=0,048), deterioro de la función sistólica (49,8%; p=0,001) y EuroSCORE elevado (4,4±3; p<0,01). En el grupo II hubo más HTA (73,2%; p<0,001), EPOC (9,4%; p= 0,03), y creatininemia mayor (1,1 mg/dl ±0,4; p= 0,03).
Conclusiones: Los pacientes sometidos a CC en el primer bienio mostraron en general características preoperatorias de peor pronóstico.

088 Cierre Percutáneo de Comunicación Interauricular con Dispositivo Amplatzer. Experiencia Inicial

Cadars, L; Sala (1), A; Macagno (1), M; Tuero, E; Orlandini (1), A
Ecocadriografía, Cardiología Clínica, Instituto Cardiovascular Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: El cierre percutáneo con dispositivo de Amplatzer es un procedimiento alternativo de la cirugía en el tratamiento de la comunicación interauricular (CIA) tipo ostium secundum. La morbimortalidad del procedimiento, descripta en series internacionales, es inferior al 1 % y el porcentaje de éxito primario cercano al 90%.
Objetivos: Describir la tasa de éxito y la incidencia de complicaciones del procedimiento en la experiencia inicial del Instituto Cardiovascular de Rosario.
Métodos: Análisis de los datos de los primeros 15 pacientes consecutivos sometidos a cierre percutáneo de una CIA tipo ostium secundum con dispositivo de Amplatzer (período 2001-2010). Se realizó previo al procedimiento una ecocardiografía transesofágica (ETE) para confirmar el diagnóstico, descartar otras anomalías asociadas, medir el defecto y la distancia de los bordes del mismo con las estructuras adyacentes; debiendo ser superior a 5mm para asegurar unos bordes de apoyo suficientes. Previo al alta se realizó ecocardiograma transtorácico (ETT). Se realizó seguimiento clínico para evaluar eventos cardiovasculares (ECV).
Resultados: Edad media: 36,4 años ±15,8. Mujeres: 75%. Tamaño medio de la CIA fue de 1,83 cm ±0,7 y Qp/Qs medio 1,51 ±0,42. El cierre se obtuvo en 13 de los 15 pacientes (86,6% de éxito primario).La causa de falla del procedimiento fue la incapacidad de los bordes para retener el dispositivo. La estadía media en horas fue de 33,6. La media de seguimiento en años fue de 4.05 ±3.3, sin ECV. En 7 pacientes se realizó un ETT alejado, con una mediana de 17 meses (P7-P24), evidenciandosé disminución de la PSAP de 48,89 +/- 8,99 mmHg a 32,83 +/- 5,12 mmHg sin presencia de complicaciones.
Conclusiones: La tasa de éxito primario del procedimiento es coincidente con las reportadas. Sin EVC intrahospitalarios ni alejados, con disminución de la PSAP en el seguimiento.

089 Exclusión de Aneurisma de Aorta Abdominal Mediante Implante de Endoprótesis Aórtica

Santopolo, C; Raúl, J; Chichizola, N; Arce, C; Rossi, M; Lasave, L; Gamen, M; Kozak, F; Damonte, A; Picabea, E
Hemodinamia, Cardiología Clínica, Instituto Cardiovascular Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: La prevalencia del aneurisma de aorta abdominal (AAA) se ha incrementado en las últimas décadas, en parte por el envejecimiento de la población. La complicación más importante es la ruptura del aneurisma, estando íntimamente relacionado con el diámetro del mismo. El tratamiento definitivo lo constituye la reparación, siendo ésta posible tanto mediante técnica quirúrgica como endovascular.
Objetivos: Describir las características clínicas, evolución intrahospitalaria y seguimiento de pacientes con AAA sometidos a implante de endoprotesis.
Métodos: Estudio descriptivo y observacional, donde se incluyó a 33 pacientes a los que se les implantó endoprótesis aórtica por AAA, desde Abril de 2001 hasta Febrero de 2011.
Resultados: Edad media: 72 años ±9. Predominio de hombres (93.9%). Factores de riesgo: HTA 75.8%, tabaquismo 66.7%, DLP 51.5%, obesidad 30.3% y DBT 9.8%. Antecedentes de cardiopatía isquémica en el 54.5%, Fey media de 56%, con deterioro de la Fey en el 24.2%. El 30.3% presentaban síntomas. Los diámetros medios fueron: transversal de 60.75 mm ±12.08, anteroposterior 59.66 mm ±10.67, con una luz de 40.48 mm ±15.82. Se utilizó para el diagnóstico: ecografía 81.8%, TAC 60.6%, TACMS 54.5%, aortograma 33.3% y RMI 3%. Dentro de las complicaciones inmediatas, presentaron sangrado con requerimiento de transfusión de 2 UGR el 12.12%. No se evidenciaron muertes intrahospitalarias. La mediana de la estadía hospitalaria fue de 2 días (rango2-23). En el seguimiento 1 paciente (3.03%) a los 10 meses, requirió reintervención con tratamiento endovascular por leak periprotésico tipo I. Otro paciente (3.03%) a los 4 años del procedimiento fue sometido a cirugía de corrección por fuga protésica.
Conclusión: La exclusión endovascular de AAA tuvo una baja morbilidad intrahospitalaria con una corta estadía y bajo porcentaje de reintervenciones en el seguimiento.

091 Insuficiencia Cardíaca en la Mujer. Epidemiología, Clínica y Tratamiento de un Programa Multidisplinario de Tratamiento de IC

Cadars, L; Fusilieri, M; Durá, J; Chichizola, N; Lasave, L; Zapata, G; Borda, V; Cursack, G; Meiriño, A
Insuficiencia Cardíaca, Cardiología Clínica, Instituto Cardiovascular Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: Las características específicas de la insuficiencia Cardíaca (IC) en la mujer han sido poco estudiadas. La proporción de mujeres incluidas en los grandes ensayos clínicos sobre IC es inferior al 20%.
Objetivo: Estudiar las características epidemiológicas, clínicas y el tratamiento de las mujeres incluidas en nuestro programa multidisiplinario de IC y comparar los resultados con los pacientes masculinos.
Métodos: Se analizó en forma prospectiva y consecutiva a todos los pacientes de nuestro registro del programa de IC. Se incluyó para este análisis descriptivo a todas las mujeres del programa multidisiplinario de IC en el período comprendido desde Septiembre de 2005 hasta Diciembre de 2010.
Resultados: Se analizaron un total de 89 pacientes, de los que el 29.2% eran mujeres. La edad media fue de 65 años (42-88), sin evidenciarse diferencias entre ambos sexos. No se observaron diferencias en lo que respecta a factores de riesgo como HTA y DBT. En cuanto a la etiología se observó un predominio de cardiopatía isquémica en el hombre (39,7% vs. 19,2%, p=0,47). Se evidenció un porcentaje significativamente mayor de falla diastólica en la mujer (34,6% vs. 15,9%, p=0,05).La fracción de eyección media en mujeres fue de 44,7% y de 33,4% en hombres (p=0,02).Para el diagnóstico etiológico en el 73% se realizó una CCG (23,1% eran mujeres, p=0,036). El 28,1% de los pacientes presentaron BCRI con QRS >= 120 ms (36% eran mujeres, p=NS). El 7,9% recibieron terapia eléctrica (RSC y/o CDI) (42,9% eran mujeres, p=NS).Respecto al tratamiento, el 93,3% de los pacientes recibieron betabloqueantes y el 84,3% iECA o iATII al alta, sin diferencias entre sexos.
Conclusión: En nuestro programa de IC, las mujeres representaron un tercio de los pacientes, en quienes la etiología isquémica fue menos frecuente que en hombres, predominando la falla diastólica. A los hombres se le realizaron más CCG y no encontramos diferencias significativas respecto al tratamiento con BB o iECA.

095 Valor Pronóstico de la Troponina en el Síndrome Coronario Agudo sin Elevación del ST de Alto Riesgo: Diabéticos

Hominal, M; Escalante, J; Taborra, S; Durá, J; Meiriño, A; Chichizola, N; Lasave, L; Zapata, G
Unidad Coronaria, Cardiología Clínica, Instituto Cardiovascular Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: La troponina (Tn) y la diabetes mellitus son predictores de eventos cardiovasculares a corto plazo en pacientes con síndrome coronario agudo sin supradesnivel del segmento ST (SCASST).
Objetivos: Evaluar las características de los pacientes diabéticos con SCASST y dividirlos según la presencia o ausencia de Tn, comparando métodos diagnósticos, tratamientos utilizados y evolución a corto plazo.
Métodos: Estudio descriptivo de pacientes diabéticos con SCASST ingresados en forma consecutiva durante 10 años, desde Abril de 2000 hasta Agosto de 2010. Se determinó Tn T cuantitativa (única determinación 12 hs. después del comienzo de los síntomas).
Resultados: 916 pacientes ingresaron con SCASST, el 23,9% eran diabéticos. Éstos se dividieron en dos grupos según la presencia o asencia de Tn. El 52,5% presentaron Tn + (Grupo I) y el resto con Tn - (Grupo II). No se encontraron diferencias en edad, sexo, factores de riesgo y antecedentes vasculares entre ambos grupos, aunque la revascularización miocárdica previa fue más prevalente en el grupo con Tn + (22,6% vs.10,9%, p= 0,023). El ECG basal no mostró diferencias entre ambos grupos. La insuficiencia cardíaca de ingreso fue mayor en el grupo con Tn + (17,4% vs. 5%, p= 0,001). Sin evidenciarse diferencias en cuanto al tratamiento empleado para el SCASST. Fracción de eyección (FEy) < 50% en Tn+ 47,1% vs 22,4% en Tn - (p=0,006). Eventos cardiovasculares (CVC) a 30 días: IAM en Tn + 19,1% vs. 4% en Tn - (p=0,001), AI 4,3% en Tn + vs. 0% en Tn - (p=0,034) y eventos combinados: Tn + 33,9% vs. 13,9 en Tn - (p=0,001).
Conclusiones: Un cuarto de los pacientes ingresados con SCASST fueron diabéticos y la mitad presentó Tn positiva. Este grupo se asoció con mayor prevalencia de insuficiencia cardíaca al ingreso, deterioro de la fracción de eyección y más eventos isquémicos a los 30 días

096 Valor Pronóstico de la Troponina en el Síndrome Coronario Agudo sin Elevación del ST de Alto Riesgo: Edad Avanzada.

Hominal, M; Durá, J; Taborra, S; Escalante, J; Meiriño, A; Chichizola, N; Lasave, L; Zapata, G
Unidad Coronaria, Cardiología Clínica, Instituto Cardiovascular Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: La troponina (Tn) en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASST) es un marcador de eventos cardiovasculares relacionada con una mayor carga trombótica. Por múltiples factores, la edad es un determinante de riesgo independiente, asociado a una mayor mortalidad en ésta población.
Objetivos: Determinar características de la población de SCASST > de 70 años según la presencia o ausencia de Tn, comparando métodos diagnósticos, tratamientos utilizados y evolución a corto plazo.
Métodos: Estudio descriptivo de pacientes > de 70 años con SCASST ingresados en forma consecutiva durante 10 años, desde Abril de 2000 hasta Agosto de 2010. Se determino Tn T cuantitativa (única determinación 12 hs. después del comienzo de los síntomas).
Resultados: De 916 pacientes que ingresaron con SCASST, 288 (31,4%) fueron > de 70 años. Éstos se dividieron seún la presencia o asencia de Tn. Presentaron Tn + el 53,8% de ellos. No se encontraron diferencias en edad, sexo, factores de riesgo y antecedentes vasculares entre ambos grupos. ECG de ingreso: cambios isquémicos en Tn + de 71,7% vs. 60,2% (p=0,04). Sin diferencias en el tratamiento empleado para el SCASST. Anatomía coronaria: CCG en Tn + 67,1% vs. 53,4% (p=0,023), con lesión de tres vasos en Tn + 33,65% vs. 25% (p=0,048). FEy < 50% por ECO en Tn+ 67,2% vs 34,4% (p=0,034). Eventos CVC a 30 días: IAM en Tn + 7,7% vs. 0,8% (p=0,004).
Conclusiones: En nuestra población un tercio de los pacientes ingresados con SCASST tienen más de 70 años y el 53,8% presentó una única determinación de Tn positiva al ingreso. Este grupo se asoció más comunmente con alteraciones en el ECG, enfermedad de tres vasos, deterioro de la Fey por ECO y más infartos a los 30 días.

097 Detección de Isquemia por Spect Cardíaca en pacientes asintomáticos de Edad Avanzada

Escalante, J; Hominal, M; Borda, V; Garros, P; Chichizola, N; Meiriño, A; Lopez, J; Pollice, A; Zapata, G
Cardiología Nuclear, Cardiología Clínica, Instituto Cardiovascular Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: La enfermedad coronaria es la principal causa de muerte en personas añosas, siendo el diagnóstico clínico en éste grupo más dificultoso, ya que la angina de pecho es menos frecuente. La detección de isquemia silente por SPECT cardíaca podría aportar información pronostica.
Objetivo: Analizar a los pacientes asintomáticos > de 75 años de edad sin enfermedad coronaria conocida derivados a SPECT cardíaca, describiendo características basales, resultados del estudio y eventos al año.
Métodos: Se analizaron en forma prospectiva y consecutiva 119 pacientes > de 75 años asintomáticos sin enfermedad coronaria previa en un período de 3 años. Se realizó seguimiento al año, evaluando los eventos cardiovasculares (CVC): IAM, angina inestable, revascularización y muerte.
Resultados: De 498 pacientes > de 75 años referidos para SPECT cardíaca, 119 (23,9%) eran asintomáticos, conformando la población del estudio. Se subdividió en dos grupos. Grupo I (GI) 84 (70,5%) con SPECT normal y Grupo II (GII) 35 (29,5%) con defectos de perfusión. Hombres: GI 54,8% vs. GII 80% (p= 0.01). SPECT gatillado: FEy <50% post esfuerzo 2,1% vs. 33,34% (p= 0,001), respectivamente. Seguimiento en el 91,6%. Eventos CVC: 11% (GI 3,89% vs. GII 28,12%; p= 0,001), IAM: 1,29% vs. 3,12%, AI: 1,29% vs. 9,37%, revascularización: 0% vs. 21,8% (p< 0,01) y muerte 2,59% vs. 6,25%, todos en GI vs GII.
Conclusiones: Nuestro estudio mostró alta tasa de SPECT anormales en > de 75 años asintomáticos sin enfermedad coronaria conocida. La presencia de una SPECT normal en esta población se relacionó con un pronóstico más favorable al año de seguimiento

100 Función Endotelial en niños obesos

Yanguez, W; Serrano, A; Muntaner, J; Mercau, G; Luciardi, H; Klyver, J
Ecocardiografia, Centro Modelo de Cardiología, Centro Modelo de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

Introducción: Se observo un aumento en el numero de niños con sobrepeso que genera un aumento en del riesgo de enfermedad cardiovascular.
Objetivo: 1) determinar la respuesta vasodilatadora en los niños normopeso y obesos .2) conocer la función endotelial en ambos grupos.3) determinar si existe asociación entre la disfunción endotelial y la obesidad.
Material y Método: Se realizo un estudio descriptivo caso y control en el centro modelo de cardiología en el periodo desde julio a diciembre del 2009 se incluyeron en forma consecutiva 30 niños divididos en dos grupos grupo A normopeso, grupo B sobrepeso, se evaluo la función endotelial con equipo systen five con un transductor 7 mhz se midió el diámetro en basal midiendo ambas paredes de dicha arteria luego se coloco un manguito del tensiómetro en el brazo se insuflo el manguito hasta 20 mmhg por arriba del valor máximo sistólico por el termino de 5 minutos se solto el manguito y se procedió a la medición entre los 0 y 60 seg. si se obtiene el valor de 4,5 de dilatación se considero con buena función endotelial. se realizo el análisis estadístico con el test exacto de fisher P<0,05
Resultados: Las características climicas de los pacientes en ambos grupos son similares; con respecto a la arteria en basal los valores no fueron significativos p=0,29; diferente a lo encontrado luego de provocado el estimulo donde los valores de vasodilatación fueron mayor para los niños normopeso con p< 0,0001 cuando se analizo la función endotelial los niños con sobrepeso presentaron disfunción endotelia p<0,005
Conclusión: Que los valores basales son similares, pero que la función del endotelio se encuentra altera en niños obesos

101 Prevalencia de Insuficiencia Renal en Pacientes Internados en Unidad Coronaria

Oporto, L; Chain, S; Ramallo, P; Ochoa, V; Serrano, A; Jerez, A; Issa Masa, G; Muntaner, J
Residencia, Residencia, CMC, Tucumán, Tucumán, Argentina / UCO, UCO, CMC, Tucumán, Tucumán, Argentina / Nefrología, Nefrología, Renal, Tucumán, Tucumán, Argentina

Introducción: En la actualidad se asume que los pacientes con patología Cardíaca tienen cierto grado de disfunción renal.
Objetivos: Determinar la prevalencia de Insuficiencia Renal y su estadío en pacientes que ingresan a UCO por patología cardíaca, usando el Clearence de creatinina teórico determinado por la formula de Cockcrof y Gault. Comparar el diagnóstico de Insuficiencia Renal usando la fórmula del Clearence de Creatinina teórico, la creatinina sérica sola y el filtrado glomerular por la fórmula de MDRD-4.
Métodos de Estudio: Estudio retrospectivo con 100 pacientes internados en UCO, entre el mes de abril de 2010 hasta junio de 2010. Los pacientes debían contar con los siguientes datos: Edad, peso, creatinina sérica. Fueron excluidos los que carecian de alguno de estos datos y los pacientes con antecedente de IRC o en diálisis. En todos los pacientes se realizo el calculo de clearence teórico de creatinina por la formula de Cockcroft y Gault y la determinación de MDRD-4. Se realizó comparación de la prevalencia del diagnóstico de IR entre los distintos métodos empleando el test de CHI 2. Se consideró estadísticamente significativo cuando el valor de P fue <0,05.
Conclusiones: La prevalencia de Insuficiencia Renal en pacientes Internados en Unidad Coronaria, determinada por el Clearence Teórico de Creatinina fue del 49%. La prevalencia de Insuficiencia Renal sugerida por cálculo del Filtrado Glomerular a través de la fórmula MDRD-4 fue del 75%. La prevalecía de Insuficiencia Renal sugerida por la Creatinina Serica fue de 31%.La creatinina sérica fue la que estimó menor prevalencia en el compromiso renal que presentan los pacientes internados en UCO. La fórmula de cálculo del filtrado glomerular MDRD-4 fue la que estimó mayor prevalencia del diagnostico de IR en los pacientes internados en UCO, en comparación con los otros métodos de modo significativo. (Determinado por el método de CHI 2.)

102 Correlación entre Variables Clínicas y Ecocardiagráficas en Cardiología Ambulatoria

Pozzer, PL
Consultorio Externo, Cardiología, Asistencia Médica Libres, Paso de los Libres, Corrientes, Argentina

Introducción y Obejtivo: Ante la escasez de datos acerca de datos de la población ambulatoria en el interior de la pcia de Ctes se decidió determinar las características clínicas y ecocardiográficas de los pacientes de consultorio de cardiología y determinar la prevalencia de alteraciones funcionales y estructurales.
Material y Métodos: Se incluyeron los 522 pacientes.Se utilzó test $\chi 2$ de Pearson, media (DS), Test de la T y ANOVA.
Resultados: Caract. clínicas: Edad 57,9 ± 13,5 años; TAS 144,3 ± 26,8 y TAD 88,48 ± 14,29 mm Hg; Sexo Mas 48%; DBT 13,4%; Obesidad 21,1%; HTA 71,5%; TBQ 15,5%. Caract. ecocardiográficas: Ao 32,8 ± 4,5 mm; AI 41,5 ± 6,8 mm; VIDD 47,1 ± 7,2 mm; VIDS 32 ± 7,7 mm; S 13,5 ± 3 mm; PP 11,8 ± 2,1 mm; VFD 81,3 ± 31 ml; VFS 37 ± 24 ml; VS 44 ± 16,6 ml; Fey 55,9 ± 13%; Masa del VI 242,7 ± 91,9 gr; EPR 0,51 ± 0,12; Ind Vol de AI 29,6 ± 10,6 ml/m2. Det Fey en el 18,1%; Alt Mot 26,8%; disfunción diastólica (DD) 38,5%; Ind masa de VI aumentado en 74,2% y 62,3% (H - M). Por quintiles de masa VI el % de DD fue: 3,2%; 6,6%; 9,8%; 7,9% y 11,1% y el % sin DD fue: 15,6%; 13,2%; 11,3%; 10,4% y 10,9% (quintil 1 a 5, respect.) [p<0,001]. Por quintiles de edad el % de DD fue: 1,6%; 6,3%; 6,3%; 12,5% y 11,8% y el % sin DD fue: 18,8%; 15,2%; 10,9%; 8,8% y 7,7% (quintil 1 a 5, respect.) [p<0,001]. La DD respecto a HTA fue de 5,9% y 32,7 % (no HTA, HTA); sin DD el 22% y 39,5% (no HTA, HTA) [p<0,001]. Regresión logística edad(p<0,001), HTA(p=0,005), masa VI(p=0,025) fueron los factores asociados a DD. Curva ROC la edad presentó un área de 0,73 y el punto de corte 59,5 años S 70% y E 68% para identificar DD.
Conclusiones: Alta prevalencia de FR y alt ecocardiográficas indicando un diagnóstico tardío en términos de alteraciones estructurales y funcionales.

104 Administración de Antioxidante Exógeno como Complemento de la Actividad Enzimática de la Superóxido Dismutasa en Estrés Oxidativo.

Baez, MDC; Tarán, M; Llorens, C; Scribano, M; Balceda, A; Campana, V; Moya, M
IICSHUM, Secretaria de Ciencia y Técnica, Universidad Nacional de la Rioja, La Rioja, La Rioja, Argentina / Cátedra de Física Biomédica/ Becario Fiorini, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba/Fundación Fiorini, Córdoba, Córdoba, Argentina / Cátedra de Física Biom, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de la Rioja, La Rioja, La Rioja, Argentina

Los mecanismos prooxidativos desencadenados por estrés oxidativo participarían en la progresión de la lesión aterogénica, responsables de eventos clínicos agudos. Como respuesta protectora, La superóxido dismutasa (SOD) neutraliza la acción de los radicales libres ya formados y la vitamina E anularía la propagación de estos. Se estudió en un modelo aterogénico inducido por hiperfibrinogenemia (HF), el efecto de las vitaminas E sobre la actividad enzimática de la SOD. Se utilizó ratas machos:A) control, B)HFx120ds y C)HF+vitEx120ds. La HF se indujo por inyección de adrenalina (0,1ml/día/rata) por 120ds. Vit.E: 2mg/día/rata durante 105ds posteriores a la 1ª inyección. Se determinó SOD y óxido nítrico (NO) por espectrofotometría. Estadística: MANOVA (p<0.05). En (B) NO (38,29±2,5) incrementó significativamente comparado con (A) (23,18±0,8) y (C) (25,51±1,14) (p<0,0001). Por otra parte, SOD incrementó significativamente en (B) (210,22±9,23) y (C) (323,90±6,9) respecto al grupo control (A) (138,5±3,68) (p<0,0001). La vitamina E, antioxidante exógena reforzaría la actividad SOD en su función antioxidante. Esta vitamina previene la oxidación de los ácidos grasos poliinsaturados de las membranas celulares, comportándose como una molécula liposoluble capaz de fijar radicales libres debido a su hidroxilo fenólico en el anillo cromano responsable de la reducción antioxidante con lo cual, aumentaría la disponibilidad del óxido nítrico mejorando las lesiones en la pared vascular. Estos resultados demuestran que la vitamina E se podría implementar como prevención primaria en pacientes con factores de riesgo positivos.

105 Prevalencia de Factores de mal Pronóstico Evolutivo en Pacientes Hospitalizados con Insuficiencia Cardíaca

Bustos, A; Tarán, M; Gigena, E
Clinica Médica, Clínica Médica, Hospital Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) aumentó su prevalencia, y representa una de las principales causas de internación en población añosa. Diversos registros de pacientes han hallado variables clínicas con valor predictivo de morbi-mortalidad, tales como hipotensión, hiponatremia, anemia, fracción de eyección baja, entre otros.
Objetivos: Conocer el perfil epidemiológico y clínico de pacientes admitidos por IC, analizar la evolución hospitalaria, observar la prevalencia de marcadores de mal pronóstico. Definir estado actual del problema en el Servicio.
Material y Métodos: Registro retrospectivo de pacientes internados por insuficiencia cardíaca aguda en el Servicio de Clínica Médica. Se analizaron variables vinculadas con la presentación y la evolución hospitalaria, con foco en predictores de mal pronóstico. Los resultados se analizaron con programa InfoStat para cálculo de medidas de resumen.
Resultados: Se incluyeron 44 pacientes, mediana de edad 62 años, 36% mujeres, 89% hipertensos, 43% diabéticos, 30% obesos, 34% fibrilación auricular crónica, 27% insuficiencia renal crónica, 23% EPOC. El 57% de etiología hipertensiva, el 25% isquémico-necrótica. El 45% tuvo internación en el último año por IC. Las causas de descompensación más frecuentes fueron suspensión del tratamiento y transgresión alimentaria (54%),e infecciones (36%). La mediana de permanencia fue de 8 días. El 45% tuvo una evolución complicada. La mortalidad hospitalaria fue del 7%. Se halló alta prevalencia de factores adversos: tensión disminuida 48%, hiponatremia 28%, anemia 41%, elevación de creatinina 48%, fracción de eyección disminuida 55%.
Conclusiones: La población estudiada presentó menor edad que la de otros registros, con una incidencia alta de comorbilidades. Muchas descompensaciones ocurren por factores prevenibles. La tasa de complicaciones es elevada. Los marcadores de mal pronóstico serían una herramienta para guiar el tratamiento y seguimiento posterior.

106 Variantes de Respuesta Inflamatoria Post-Ablación de la Fibrilación Auricular

Barja, L; Ortega, D; Montes, JP; Logarzo, E; Mangani, N; Bilbao, J; Bonomini, P; Hita, A
Electrofisiología, Cardiología, Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires, Argentina / Electrofisiología, Cardiología, Clínica San Camilo, Capital Federal, Buenos Aires, Argentina / FIBA, Buenos Aires, Argentina

Introducción: En subgrupos de pacientes (pts) sometidos a ablación por radiofrecuencia (ARF) de la fibrilación auricular (FA) se observa la presencia de respuesta inflamatoria. El objetivo de este trabajo es evaluar las distintos niveles de respuesta inflamatoria en los pts sometidos a ARF de la FA y definir predictores precoces de la misma.
Materiales y Métodos: Se define síndrome de respuesta inflamatoria post-ablación de la FA (PAIRS/AF) al síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) asociado a vasoplejía y cambios de laboratorio. Se analizaron 22 pts consecutivos sometidos a ARF de la FA en los últimos 13 meses. 15 con FA paroxística y 7 con FA persistente/permanente. Se realizaron análisis de laboratorio pre procedimiento y seriados en el seguimiento por un mes. Se analizaron parámetros técnicos, clínicos y hemodinámicos en iguales períodos. Los resultados fueron sometidos a análisis estadístico.
Resultados: Se obtuvieron 3 grupos: grupo 1 (n=9), pts solo con cambios mínimos de laboratorio sin clínica (NO-SIRS); grupo 2 (n=4), pts con SIRS leve; y grupo 3 (n=9), presencia de PAIRS/AF. Se observaron elevaciones estadísticamente significativas ($p<0,05$) de troponina T (TnT), ácido láctico, CPK y CPK-MB, con caída de la TSH, a las 24 horas post-ARF en los 3 grupos, y normalización a la semana del procedimiento. Estos valores séricos fueron mayores (más de un 20%) en el grupo PAIRS/AF con respecto al grupo NO-SIRS ($p<0,05$). El grupo PAIRS/AF presentó procedimientos más largos, con mayor número de aplicaciones de radiofrecuencia que el NO-SIRS. Luego de un análisis multivariado se elaboró un score predictivo de evolución a PAIRS/AF (VPP 71,42%, VPN 80%, S 83,3, E80%).
Conclusión: Todos presentaron cambios de laboratorio. El grupo 1, con menor injuria, no presentó clínica. Mientras que el grupo 3, asociado a mayor lesión por RF y FA permanente, presentó PAIRS/AF. El score elaborado predeciría precozmente una evolución más tórpida post-ARF.

107 Ablación por Radiofrecuencia de Taquicardias Auriculares

Robles, F; Galizio, N; Gonzalez, J; Medesani, L; Palazzo, A; Albano, F; Gargano, A; Carnero, G; Raña, R
Arritmias, Servicio de electrofisiologia, Hospital Universitario Fundacion Favaloro, Capital Federal, Capital Federal, Argentina

Objetivo: Evaluar la efectividad, complicaciones y evolución alejada de la ablación por radiofrecuencia en pacientes (pts) con taquicardias auriculares (TA).
Materiales y Método: Desde noviembre 2002 hasta febrero del 2010, se analizaron 81 pts, edad media 38,8 ± 20,3 (41 mujeres) que fueron sometidos a ablación por radiofrecuencia de TA. Forma de presentación: TA paroxística en 78 pts (96,2%) e incesante en 3 pts (3,8%). Localización: derechas en 58 pts (71,6%), izquierdas en 20 pts (24,7%) y multifocales en 3 pts (3,7%). Las localizaciones mas frecuentes en aurícula derecha (AD) fueron: zona perisinusal, región postero-septal y cresta terminalis. En la aurícula izquierda (AI) la mayoría se ubicaron en zona próxima a las venas pulmonares y orejuela izquierda. Cardiopatía estructural: 8 pts presentaban cardiopatías: 1 pt enfermedad de Ebstein, 1 pt dextrocardia con transposición corregida de los grandes vasos, 1 pt CIA mas cleft mitral mas insuficiencia tricúspidea, 2 pts miocardiopatía dilatada idiopática; 1 pt miocardiopatía dilatada periparto, 1 pt cardiopatía dilatada isquémico necrótico y 1 pt cardiopatía dilatada de causa arrítmica. Se utilizo técnica guiada por radioscopia (TR) en 74 pts (91%) y por sistema electroanatómico tridimensional (SEA-3D) en 7 ptes (9%). Seguimiento medio 46,9±23,5 meses
Resultados: La ablación tuvo un éxito global del 77,7% (63/81 pts). En AD el éxito fue del 84% (49/58 pts). En AI el éxito fue del 70% (14/20 pts). Por TR fue del 77% (57/74 pts) y por SEA-3D fue del 85,7% (6/7 pts); las ablaciones fueron no exitosas en18 pts (22,2%). Recurrencia: 4 pts (6,34%).
Complicaciones: Se observaron en 3 pts (2.4%) 2 derrames pericárdicos y 1 embolia cerebelosa.
Conclusiones: La mayoría de los pts presentó TA de localización derecha. El éxito global fue elevado, siendo mayor en las de localización derecha y por SEA-3D. Se observó una baja incidencia de complicaciones. La recurrencia se observaron en taquicardias con origen en AD.

108 ¿Es Posible Predecir la Reversión Espontánea en la FA de Reciente Comienzo?

Gonzalez, E; Peñafort, F; Sanchez, F; Gonzalez, V; Escudero, M; Limia, P; Miranda, R; Malfa, A; Piasentin, J; Gambarte, A
Unidad Coronaria, Servicio de Cardiología, Hospital Luis C Lagomaggiore, Mendoza, Mendoza, Argentina

Introducción: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más prevalente. La reversión espontánea (RE) de la FA de menos de 48 hs de evolución a ritmo sinusal es aproximadamente del 50%. La cardioversión farmacológica y eléctrica aumenta el éxito a más del 90%, pero no está exenta de complicaciones.
Objetivos: Evaluar las variables clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas relacionas con la RE de la FA aguda.
Material y Métodos: Se evaluaron en forma retrospectiva los pacientes (p) internados por FA de menos de 48 hs de evolución en la unidad coronaria del hospital L.C Lagomaggiore, Mendoza, Argentina; durante el período 2007-2010. Se analizaron variables clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas en relación a la RE. El análisis estadístico se realizó con el método de chi cuadrado, Fisher o t de test según corresponda.
Resultados: Se evaluaron 65p, edad media de 57 años, 58% varones; presentaron HTA 40 p(61.5%), diabéticos 7 p(10.8%) y tabaquismo 34 p(42.3%).Se registró cardiopatía estructural (CE) en el 60% de los pacientes (39p).Se le realizó ecocardiograma a 32 p, de los cuales 53.1 %(17p) presentaban dilatación auricular izquierda y 1,5 % (1p) deterioro de la fracción de eyección. La RE fue del 47.7% (31p); la ausencia de CE fue la única variable relacionada con la misma (61.5%vs35.9%p 0.042 OR 0.6 IC95% 0.35 a 0.99).
Conclusión: En nuestro estudio la ausencia de cardiopatía estructural en pacientes con FA de reciente comienzo aumenta la probabilidad de reversión espontánea de la misma.

109 Correlación entre la Estimación no Invasiva de la Presión Capilar Pulmonar con Doppler Tisular y el Cateterismo Derecho

Echeverria, RF; Villegas, ED; Aristimuño, CG; Comisario, RM; Insaurralde, F; Lange, JM; Chuquel, CH; Reyes Prieto, ML; Perna, ER; Macin, SM
Unidad Coronaria, Unidad Coronaria, Instituto de Cardiología, Corrientes, Corrientes, Argentina

La evaluación del estado hemodinámico en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada es una herramienta útil para optimizar el tratamiento. Sin embargo, el uso de catéter de Swan-Ganz (SG) no está exento de complicaciones, por lo que la estimación de la presión capilar pulmonar (PCP) por medio del Doppler tisular (DT) podría ser una alternativa no invasiva.
Objetivos: Evaluar la correlación entre la relación E/E' estimada por DT con la PCP medida por SG en pacientes internados en unidad coronaria.
Método: Se realizó un análisis retrospectivo de 25 casos que requirieron la colocación de SG para monitoreo hemodinámico, quienes fueron evaluados dentro de las 24 horas previas o posteriores al implante con DT.
Resultados: La edad media fue 65±13 años y 68% eran varones. La etiología fue isquémica en 36%, 20% presentaban fibrilación auricular (FA) y 40% tenían una fracción de eyección (Fey) ≤30%. La indicación del SG fue Insuficiencia Cardíaca en 16 casos, infarto en 2, sepsis en 6, y otras 1. Por DT la E/E' fue 19,3±8,3 (rango 6 a 35) y PCP fue 21,4±10,9 mmHg (rango 5 a 42 mmHg), con un coeficiente de correlación (Rho Spearman) de 0.625 (p=0.001) en la población global, 0.516 (p=0.049) en pacientes con Fey >30% y 0.289 (p=NS) con Fey ≤30%; con y sin FA, el coeficiente fue de 0,564 (P=NS) y de 0,674 (P=0,001). La concordancia (Kappa) entre la E/E' ≥18 y la PCP≥18 fue de 0,598 (P=0,003); en pacientes con Fey >30 fue de 0,70 (P=0,007) y en Fey< 30 fue de 0,15 (P=NS); con y sin FA: 0.55 (p=NS) y 0.60 (p=0.007), respectivamente. En pacientes con Fey >30% sin FA la concordancia (Kappa 0.74) p=0.011.
Conclusión: El DT resultó una herramienta útil en la estimación no invasiva de la PCP. Sin embargo su valor es limitado en pacientes con FA y deterioro severo de la función ventricular.

112 Shock Cardiogénico. Análisis Intrahospitalario. Nuestra Experiencia

Quiroga Castro, W; Conci, E; Zelaya, F; Pacheco, G; Pagani, J; Serra, C; Sala, J; Balestrini, C; Collard, L; Chayep, J
Unidad Terapia Intensiva, Internacion, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina / Hemodinamia, Hemodinamia, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina / Dirección, Cardiología Clinica, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: El Shock Cardiogénico (SC) es la más devastadora de las complicaciones del Infarto Agudo de Miocardio con elevación del ST (IAMST) Presentaremos nuestra experiencia en pacientes con IAMST y SC.
Objetivo: Analizar la evolución intrahospitalaria de los pacientes (p.) con SC, y compararlas con los p. sin SC de los últimos 245 p. que ingresaron con diagnóstico de IAMST a nuestra institución.
Material y Método: Se analizaron los últimos 245 p .con diagnóstico IAMST de hasta 48 hs. de evolución al ingreso y se evaluó, el grupo con SC 23 p. Utilizó programa infostat . Método chi cuadrado-tablas contingencia.
Resultados: De 245 p. 23 p. presentaron SC (9,4%). Edad promedio (p): p. con shock (P.S.C.) 60 años. p. sin shock (SS) 60 años. Diferencias no significativas (n.s.) Rango (P.S): 46-81 Sexo: Varones PSC 86% vs SS 86% n.s. Indice Masa Corporal (IMC) > 30: PSC 33 % vs SS 24 % p < 0.09 n.s. Diabetes I: PSC 5% vs SS 1% n.s. Diabetes I+II: PSC 15% vs SS 14% n.s. HTA: PS 91% vs SS 61% p< 0.005 Tabaquismo Activo: PS 40% vs SS 45 % n.s. Tabaquismo Activo + Ext: PSC 69% vs SS 50% n.s. Fibrilación Auricular (FA): PSC 18% vs SS 3 % p < 0.0008 . Disfunción Renal (DR): PSC 47% vs SS 9 % p< 0.0001. Balón de Contrapulsación Aórtico B.C.AO.: PSC 48% vs SS 1 % p< 0.0001 Días Uso p.: 3,5 Rango: (1-7) Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM): PSC 67 % vs SS 9 %. P< 0.0001 Días de internación UTI / Total p.: PSC 7/12 d. vs SS 3/7 d. Mortalidad: PSC 29% vs SS 7 % p < 0.0009 TIMI p. 9 p. Mortalidad esperada 39%. Mortalidad Tiempo evolución < 6 hs.: PSC 27 % vs SS 6 % p < 0.001.
Conclusión: La incidencia de S.C. es similar a las cifras internacionales. Los PSC presentaron en forma estadísticamente significativa Mayor mortalidad, Días de internación, F. A., H.T.A., Disfunción Renal., B.C.P.AO., A.R.M. La Mortalidad fue menor que la esperada por Score de TIMI o por diagnostico de shock cardiogenico.

113 Síndrome de Intervalo AH Corto un Paradigma con el Síndrome de Lown-Ganong-Levine?

Tauber, P; Mansilla, V; Corbalan, R; Maidana, G
Unidad Coronaria, Electrofisiología y Arritmia., Centro Modelo de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

Introducción: El Síndrome de Lown-Ganong-Levine (LGL) fué descripto en 1952 en la era de la electrocardiografia (ECG) con el advenimiento de la electrofisiología invasiva se pudo caracterizar diferentes entidades, como podría ser el Síndrome de intervalo AH corto.
Objetivo: Evaluar las diferentes entidades que se incluyen en la clásica descripción del Síndrome LGL.
Material y Método: Estudio observacional restrospectivo.Se reportaron 6 pac.3 sexo M y 3 sexo F,edad promedio 39 años,con taquicardia paroxistica supraventricular (TPS) sin enfermedad Cardíaca estructural remitidos para estudio electrofisiologico (EEF) y ablación (ABL). Todos los pacientes con un intervalo AH corto (menor a 70 ms); 1 con PR menor a 100 ms constante, 2 con PR variable entre 90-140 ms y los 3 restantes con PR variable igual o mayor a 120 ms.
Resultados: Características basales: El PR fué variable en 5 pac. con conducción AV acelerada (CAVA).Mientras que uno tenía fisiología de Haz Aurículo-His con un PR estable menor a 100 ms.De los 5 pac. que mostaron CAVA, 2 tenían CAVA más fisiología dual nodal. Características electrofisiológicas: el paciente con Haz Aurículo-His mostró un PR corto y constante (98 ms) con un intervalo AH basal más corto y fijo durante la estimulación programada de aurícula derecha alta (ADA) y un intervalo HV muy corto y fijo (24 ms), los 2 pac. que tenían CAVA con fisiología dual del Nódulo aurículo ventricular (NAV) el intervalo AH basal fué menor de 70 ms (45 a 68 ms) pero más largo, que en aquel con haz y un PR normal o corto variable.
Conclusiones: En base a nuestras observaciones los pacientes con intervalos AH y PR "cortos-estables" con haces aurículo-his o nodales corresponderían al Síndrome de LGL propiamente dicho.Debería reservarse el término de Síndrome de AH corto sólo para aquellos con CAVA con o sin fisiología dual nodal y PR normales o "cortos-variables."

116 Reporte de Casuística de Quimioembolización Hepática (QEH)

Torres, RF; Ludueña, S; Guzzanti, D; Ambrossi, A; Scanio, M; Nieto, L; Larribau, MA
Servicio de Hemodinamia, Dpto. Cardiovascular, Htal Español/Cl.De Cuyo, Mendoza, Mendoza, Argentina

Introducción: El hepatocarcinoma (HCC) es la quinta neoplasia más frecuente en el mundo. Se estima una incidencia anual de 3% a 5% en pacientes cirróticos. La QEH es una alternativa en estos pacientes, logrando una mayor concentración de quimioterpia con menos dosis y luego obtener necrosis por oclusión arterial con material de embolización.
Objetivos: Demostrar que en un servicio del Interior del país se pueden desarrollar de manera segura y eficiente terapias quimioembólicas en hepatocarcinomas como alternativa terapuetica.
Material: Se realizó procedimiento de quimioembolización a tres pacientes, con doxorrubicina y posterior embolización de la arteria responsable de la irrigación tumoral.
Método: Se seleccionaron pacientes con diagnostico de hepatocarcinoma, con Child A o B, excluyéndose los C y diametro tumoral por TAC mayor a 7 cm. Se optó por este método como puente para transplante en todos los casos. El procedimiento se realizó por punción de la arteria femoral, con profilaxis ATB con cefalotina 1 gr, se realizó angiografia basal y una vez identificado el tumor, se inyectó selectivamente 50 mg de doxorrubicina y 6 ml de lipiodol y posterior embolización arterial.
Resultados: Se hizo seguimiento tomográfico a las 48 hs y a los 3 y 6 meses, controlando además valores de transaminasas y alfa feto proteina. Se constató una buena impregnación con material de contraste en el 100% de los casos. Se observo una reducción del diametro tumoral en dos pacientes (66%) Los valores de alfa feto proteína bajaron en el 100% de los casos (entre el 5% y 30%). Un paciente presentó síndrome post embolización (fiebre y vómitos), el cual luego evolucionó con falla hepática que se recuperó con tratamiento médico. Un paciente presentó severo deterioro de la función sistólica de VI atribuible al efecto cardiotóxico de la doxorrubicina.
Conclusión: La QHE es una alternativa que debe ser considerada en el algoritmo de DHC y HCC, ya sea como opción definitiva o puente al transplante.

117 Estudio de Perfusión Miocárdica en la demostración de Isquemia en pacientes diabéticos Post- Revascularización Coronaria Percutánea

Redolatti, M; Erriest, J; Plastino, ML; Vigo, G; Arregui, V; Camilletti, J
Seccion Medicina Nuclear, Servicio de Cardiología, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: Los pacientes diabéticos, presentan un mayor riesgo de desarrollar enfermedad coronaria (EC) y una mayor prevalencia de isquemia asintomática. Los estudios de perfusión miocárdica (EPM) identifican la presencia y gravedad de la coronariopatia y determina el pronostico. La reestenosis es un problema en diabéticos post angioplastia coronaria percutánea (ATC). El análisis de los síntomas mostro dificultades para identificar a estos de pacientes (p).
Objetivos: 1) Establecer la utilidad de los EPM en los p diabéticos post-ATC. 2) Evaluar la incidencia de isquemia silente o sintomática en los p diabéticos post-ATC.
Métodos: Se evaluaron p DBT post-ATC, referidos a un EPM SPECT gatillado Tc99m. Se analizó el perfil clínico. Se dividió la población de acuerdo al estado sintomático y se evaluaron las imágenes de perfusión según el score de stress de suma (SSS), el de suma en reposo (SRS), y el de suma de diferencia (SDS).
Resultados: Se incluyeron 256 p diabéticos post-ATC, a los cuales se les realizó un SPECT gatillado, se encontraban asintomáticos (grupo 1) n 151 (58 %) y sintomáticos (grupo 2) n 105 (42%) p NS. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables clínica, ergométricas entre los grupos: edad 65+/- 11 G1 y 66+/-10 G2; HTA 70% G1 y 75% G2; dislipemia 63% G1 y 68% G2; antecedentes de IAM 40% G1 y 38%G2; METS 6,3+/-2 G1 y 5+/-2 G2; estudio de perfusión anormal 68% G1 y 79% G2 p NS; SSS 9,4+/- 8,1, SDS 4,5 +/- 4,4 G1 y SSS 7,5+/-6, SDS 4,5 +/- 3 G2 p NS. De los 256 p diabéticos evaluados post-ATC, el 50% (129) se demostró isquemia miocárdica. El 49.6% n 64 se encontraban asintomáticos y 50,4% n 65 se encontraban sintomáticos p NS.
Conclusiones: Los EPM son útiles para identificar isquemia en los p diabéticos post-ATC, mostrando un alto porcentaje de estudios anormales, independientemente de los síntomas. Según nuestras observaciones cerca de la mitad de los p que estaban isquémicos se encontraban asintomáticos

118 Evaluación de Riesgo Isquémico con Spect en pacientes con Cirugía de Revascularizacion Miocárdica a los 5 Años

Rojo, J; Vega Hidalgo, J; Mujica, R; Delgado, F
Cardiología Nuclear, Medicina Nuclear, Clinica Viedma, Viedma, Rio Negro, Argentina

Objetivio: Evaluar e identificar factores de riesgo cardiovascular (FRC) persistentes, síntomas y riesgo isquémico por perfusión miocárdica (PM) en pacientes (p) a los 5 años de cirugía de revascularización miocárdica completa (CRM).
Material y Métodos: Análisis prospectivo de 124p que recibieron CRM completa referidos para estudio de PM SPECT.Se analizaron antecedentes personales, FRC persistentes,síntomas y resultado de la PM SPECT. Se analizo con modelo de 17 segmentos, clasificando los defectos en fijos, reversibles y parcialmente reversibles en cada territorio vascular. Se estratifico riesgo en bajo, moderado y alto con el Score de suma del stress y la diferencia.
Resultados: Edad media 64 años ± 10(42-85); sexo masculino 96p (77,4%); antecedentes personales: IAM 41p (33,1%), angina inestable 23p (18,8%), PTCA 20p (16%). FRC: hipertensión arterial 94p (75,8%), dislipemia 99p (79,8%), tabaquismo 80p (64,5%), 34p(27,4%), stress 37p (29,8%), sedentarismo 71p (57,3%), 58p(46,8%). Síntomas: asintomáticos 98p (79%), angor 4p (3,2%), angor atípico 7p(5,6%),disnea 10p (8,1%),dolor incaracterístico 2p (1,6%). perfusión anormal: 71p (57%), defectos fijos 31p (25%); en territorio descendente anterior (DA)10p, coronaria derecha (CD) 12p, circunfleja (CX) 9p, reversibles 23p (18,5%); DA 14p, CD 6p, CX 3p; parcialmente reversibles 17p (13,5%) DA 12p, CD 6p, CX 4p; fracción de eyección 53%±14%. Riesgo bajo 86p (69,4%), moderado 22p(17,7%), alto 16p (12,9%).
Conclusiones: En la población analizada se observó predominio masculino con alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular no controlados. La población mayoritariamente se encontraba sin síntomas. El SPECT detecto elevada prevalencia de pacientes con fenómenos isquémicos siendo en su mayoría de riesgo leve a moderado

119 Mitocondrias de Corazón y Linfocitos como Marcadores de patología en la Etapa Crónica Indeterminada de la Enfermedad de Chagas

Báez, A; Lo Presti, S; Rivarola, W; Bazán, P; Guzmán Mentesana, G; Paglini, P
Cátedra de Física Biomédica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina

El ingreso del T.cruzi en miocardiocitos genera procesos inflamatorios que dañan las mitocondrias, organela indispensable para la función cardíaca y que demostramos podría ser marcador de patología y evolución de esta miocardiopatía. Por otro lado es indispensable contar con marcadores tempranos en la etapa crónica indeterminada, ya que en general es silente. Es por ello que se estudió las mitocondrias de corazón y linfocitos de ratones infectados con tripomastigotes de T. cruzi (50/ratón) cepas Tulahuen (G1, n:10) y aislamiento SGOZ12 (G2 n: 10) a los 75 días post-infección (etapa crónica indeterminada), analizando la actividad enzimática de la citrato sintasa (CS) y del complejo III (CIII) por espectrofotometría. Se realizaron electrocardiogramas de control antes de la infección y en el momento del estudio. Se estudió un grupo de ratones no infectados NI, n:10). Se utilizó ANAVA, test de Fisher y se consideró $p<0,05$ como valor significativo. La actividad de CS (umol/min.mg de proteína) disminuyó en las mitocondrias de miocardio de G1 y G2 (G1:0,01±0,004; G2:0,01±0,002; NI: 0,43±0,20) $p<0,05$; en linfocitos la actividad de G1 y G2 se mantuvo similar a NI (0,42±0,21) $p<0,05$. La actividad del CIII en mitocondrias cardíacas disminuyó en G1 (0,01±0,0003) y fue similar a NI (0,43±0,20) en G2 (0,11±0,003); comportamiento similar a este se observó en linfocitos $p<0,05$. Los electrocardiogramas demostraron que el 50% de G1 y el 65% de G2 no presentan alteraciones, pero en ambos se observó disminución de la frecuencia Cardíaca en el 100% de los ratones. Estos resultados indican que las mitocondrias son marcadores tempranos de patología, que en la etapa crónica indeterminada ya se verifican alteraciones aún con electrocardiografía normal y que por la correlación hallada entre los cambios de la actividad enzimática de mitocondrias de corazón y linfocitos con una simple obtención de sangre se podría inferir el estado del miocardio en la fase crónica indeterminada de la enfermedad

120 Estudio de la Asincronía del Ventrículo Izquierdo en el Análisis de Fase del GSPECT en Estudios Normales, Isquémicos e Infartados

Solodky, A; Gutstein, A; Mats, I; Zafrir, N

Nuclear Cardiology, Cardiology Department, Rabin Medical Center, Petach Tikva, Israel

Introduccion: Recientemente, el software de la fase de análisis ha sido desarrollado para evaluar la asincronía mecánica ventricular izquierda obtenida del SPECT gatillado (GSPECT) con el Emory Cardiac Toolbox. Los parámetros del analisis de fase informaron correlación con el ancho del QRS y la fraccion de eyeccion del ventriculo izquierdo (FEVI) baja. Nuestro objetivo es examinar la relación de la asincronía del VI con el miocardio isquemico e infartado.
Material y Métodos: Entre 01/2010 y 09/2010, en todos los pacientes consecutivos referidos a Tc sestamibi GSPECT, software de análisis de fase fue aplicado. En el análisis de fase, la asincronía del VI se mide por la desviación estándar (DE) y el ancho de banda de histograma (AB). Los GSPECT fueron evaluados mediante análisis de 17 segmentos.
Resultados: De 177 pacientes, 3 grupos fueron examinados: 87 pacientes formaron el grupo de control (FEVI>50%, QRS <100ms, y la perfusión miocardica normal), 25 pacientes formaron el grupo isquémico y 66 pacientes el grupo con infarto antiguo. Se encontraron correlaciones significativas entre las medidas de DE y AB y el ancho del QRS, la FEVI, el diametro telediastolico (DTD) y el diametro telesistolico (DTS) y el tamaño de la cicatriz entre los 3 grupos ($p<0.05$ entre isquemia y control, $p<0.001$ entre infarto y control). Sin embargo, solo el ancho del QRS, FEVI, y DTS, fueron los predictores independientes de las medidas de DE y AB.
Conclusiones: Asincronía significativa del VI se observó en pacientes con isquemia y, mas aun, en pacientes con infarto. Sin embargo, el ancho del QRS, la FEVI, DTS, fueron los únicos predictores independientes de la asincronía ventricular izquierda.

121 Pacientes Postmenopáusicas: Riesgo de Isquemia según Síntoma

Delgado Del Aguila, F; Mujica, RC; Vega Hidalgo, JE; Rojo, JO; Camardón, HL
Medicina Nuclear, Cardiología, Clinica Vledma, Viedma, Rio Negro, Argentina

Objetivos: Evaluar factores de riesgo más frecuentes en pacientes postmenopáusicas, e identificar predictores clínicos de isquemia (Isq.) por perfusión miocárdica.
Materiales y Métodos: Se estudiaron 723 pacientes (p.) postmenopáusicas con indicación para Perfusión Miocárdica Spect Gatillado para descartar enfermedad coronaria. Se analizaron factores de riesgo y se discriminó prevalencia de isquemia según síntoma y el territorio comprometido (DA: Descendente Anterior, CD: Coronaria Derecha, CX: Circunfleja). Análisis uni y multivariado con Epi Info.
Resultados: Edad media 65 +/- 9 años (48-76). Factores de riesgo: hipertensión arterial 535p. (74 %), sedentarismo 501p. (69,3%), obesidad 356p. (49,2%), dislipemia 345p.(47,7%), stress 264p. (36,5%), tabaquismo 217p. (30%), diabetes mellitus 158p. (21,9%). Síntomas: Dolor incaracterístico 181p.(25%), isquemia en descendente anterior 12p.(6,6%), territorio de circunfleja 0p.(0%), territorio de coronaria derecha 1p. (0,6%). Riesgo para isquemia (RR: 0,44 (0,25-0,77) p: 0,002). Disnea 121p. (16,7%), isquemia territorio de DA 14p. (11,6%), territorio de CX 0p. (0%), territorio de CD 4p. (3,3%). Riesgo para isquemia (RR: 1,08 (0,67-1,73) p: 0,7). Dolor atípico 106p.(14,6%), isquemia en territorio de DA 14p. (13,2%), territorio de CX 2p.(1,9%), territorio de CD 3p.(2,8%). Riesgo para isquemia (RR: 1,35 (0,86-2,12) p: 0,2). Angor 87p. (12%) isquemia en territorio de DA 14p. (16,1%), territorio de CX 2p. (2,3%), territorio de CD 8p. (9,2%). Riesgo para isquemia (RR: 2,28 (1,53-3,40) p: 0,00009).
Conclusión: Los factores de riesgo prevalentes fueron hipertensión arterial, sedentarismo y obesidad. La presentación clínica mas frecuente fue el dolor precordial incaracterístico. El angor fue mas frecuente en isquemias en territorio de descendente anterior. En el análisis multivariado el Angor fue el único predictor de isquemia miocárdica.

122 Hipertensión Pulmonar y sus Asociaciones en Argentina: Resultados Preliminares del Registro Hinpulsar

Coronel, ML; Perna, ER; Echazarreta, D; Diez, F; Cursack, G; Lema, L; Cimbaro Canella, JP; Nuñez, C; Guerrero, A; Alvarez, J
Insuficiencia Cardíaca, Instituto de Cardiología, Corrientes, Corrientes, Argentina / Comite de insuficiencia cardíaca, Federación Argentina de Cardiología, Argentina

La Hipertensión pulmonar (HP) es una patología de baja prevalencia y pronóstico pobre.
Objetivos: Evaluar epidemiología, perfil clínico, estrategias de diagnóstico y tratamiento de la HP.
Método: Entre enero/2010 y enero/2011, 160 pacientes con HP fueron incluidos prospectivamente (22 centros, 11 provincias). Criterios de inclusión: ≥1 año, clínica de HP y presión sistólica pulmonar (PSP) por eco Doppler ≥40 mmHg o presión media pulmonar (PMP) por cateterismo derecho ≥25 mmHg.
Resultados: La edad fue 57±17años y 66% eran mujeres. El diagnóstico fue realizado primariamente por cardiólogo en 69% y fueron referidos de otro centro 43%. Los casos incidentes representaron 18%. El diagnóstico se hizo por PSP ≥40 mmHg en 89 (56%) y confirmado por cateterismo en 71 (44%), con una correlación entre PSP por ambos métodos de 0,69, p<0.001 (Doppler 74±23 y cateterismo derecho 82±29 mmHg). La distribución en grupos 1 al 5 fue: 40.6%; 40,7%; 9.3%; 8.2% y 1.2%. Las manifestaciones clínicas fueron disnea 94%, fatiga 63%, síncope 5%, dolor precordial 17% e insuficiencia cardíaca en 58% con hospitalización previa en el 60%. La evaluación incluyó ECG (94%), radiografía de tórax (84%), ecocardiograma (96%), test de la marcha (46%), centellograma ventilación/ perfusión (25%), test de función pulmonar (51%), angiotomografía pulmonar (4%) y test de vasorreactividad (21%). El tratamiento incluyó diuréticos (63%), espironolactona (31%), digoxina (33%), anticoagulantes (51%), IECA/ARA II (44%), betabloqueantes (43%) y calcioantagonistas (21%). En pacientes pertenecientes o no al grupo 1, el uso de terapia específica fue 91 vs 27% (p<0.001), sildenafil 86 vs 25% (p<0.001), iloprost 17 vs 4% (p=0.007), y bosentan 14 vs 2% (p=0.008).
Conclusión: Los pacientes con HP fueron principalmente evaluados por cardiólogos, con alta proporción de casos asociados a disfunción ventricular. El diagnóstico se basó en estudios de baja a mediana complejidad, con alto uso de terapia específica en el grupo 1.

123 Cierre de Ductus en pacientes menores de 8 Kilos

Lucini, V; Marquez, A; Granja, M; De Dios, AMS; Biancolini, F; Damsky Barbosa, J
Cardiología Infantil, Hemodinamia, Elizalde, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El cierre de ductus por vía endovascular es el método de elección en la mayoría de los centros. Los pacientes (p) menores de 8 kg representan el gran desafío por la posible presencia de complicaciones. Diferentes tipos de prótesis se han utilizado como espirales fibrados, oclosures de Amplatz y el oclusor PDA-R.
Material y Método: Desde abril de 2010 se realizó cierre de ductus a 6 p. Edad: X: 0,6 meses (m) (6m a 1 a) Peso: X: 6,200 kg (3,400 a 7,750). 5/6p en Insuficiencia cardíaca (IC) y severo hiperflujo pulmonar. 1/6p tenía cortocircuito moderado y leve hipertensión pulmonar. 1/6 p con permeabilidad residual posquirurgica. 2/6 p en ARM. Todos con detención de la curva ponderal. El acceso fue por punción percutánea de vena y arteria femoral derecha. Las angiografía realizadas fueron en perfil y oblicua anterior derecha. Los ductus se tipificaron según la clasificación de Krichenko. Se utilizó la prótesis PDA-R en 4 p y en 2 p ADO 2. Se realizaron controles ecocardiográficos a las 24 hs, semana y luego 1 por mes.
Resultados: En el inmediato se observó: 4/6p oclusión completa. 2/6 permeabilidad residual leve ocluidos con PDA-R: Uno con oclusión completa al mes y el otro con mínima permeabilidad residual a los 6 meses. Todos tuvieron progreso de peso. 1/6 presentó coao a las 24hs porque la prótesis se desplazó aunque luego de los 6 meses se redujo a 10 mmhg. En ninguno hubo lesión en la zona de acceso ni estenosis de la arteria pulmonar izquierda. 5/6 ductus tipo A de Krichenko y 1/6p tipo E.. Diámetro de ampolla aórtica: X: 6,83 mm (5 a 9 mm), Diámetro pulmonar: X: 2,71 mm (2,5 a 3,4 mm), largo: X: 6,83 mm (4 a 9 mm). 4/6p se ocluyó con PDA-R(3,3,6 y 7 mm) y 2 con ADO II (3-6 y 4-4). Los 2 p en ARM fueron extubados a las 48 hs.
Conclusiones: 1) El cierre de ductus en p < 8 kg es factible. 2)Presenta bajo índice de complicaciones (1 p co ao en remisión). 3) 1 p con mínima permeabilidad residual. 4)Todos compensaron la IC y progresaron de peso.

124 Prevalencia de Serología Positiva de Primera vez en la Provincia de Tucumán

Sosa, F; Alonso, E; Luluaga, S
Cardiología, Clinica Médica, Hospital Padilla, San Miguel de Tucuman, Tucuman, Argentina

Sobre Chagas, informes de la OMS expresan que en las zonas endémicas se observaron reducciones importantes de números de casos agudos. El número estimado de muertes anuales mundiales disminuyó de 45 000 en 1990 a 11 000 en 2008. Lo estimado de infecciones pasó de 30.000.000 en 1990 a 8.000.000 en 2006. En este periodo de 16 años, la incidencia anual decreció de 700 000 a 56 000. Según OPS un estudio realizado en 2006 indica que en la Argentina el número de personas infectadas superaría el 1.500.000. En Tucumán, analizando los datos desde 1990 al 2009de pacientes estudiados de primera vez N 42.350 pacientes se observa que la prevalencia de serologicos positivo de primera vez en alrededor del 9% N 3906 Es interesante destacar que entre 1990-1994 se estudiaron 12.130 pacientes, observándose un descenso en los años siguientes del número de pacientes estudiados aumentando el mismo en el último lustro a 11.967 pacientes. Posibles causas de esta fluctuación podría deberse a un resabio del Servicio Militar, auge de estudios pre-laborales. El descenso posterior tendría relación con la crisis política y económica del 2000. El pico siguiente podría atribuirse a las campañas educativas y el empoderamiento de la población en riesgo sobre la enfermedad y sus cuidados. En la Argentina, hasta 1985 la prevalencia estimada era del 6%. En Tucumán, a través de estos pacientes estudiados se detecta una prevalencia del 9% con lo cual podríamos pensar que existen reductos de pacientes infectados no debidamente detectados. En la medida en que las campañas de prevención sean sustentables y se entrene a la población en riesgo podremos disminuir estos reductos de infección.

125 Programas de Prevención y Rehabilitación Cardiovascular en Casilda. Seguimiento

Lopiccolo, L
Rehabilitación Cardiovascular, Cardiología, ISAPREC S.R.L., Casilda, Santa Fé, Argentina

Introducción: Los programas de Rehabilitación Cardiovascular disminuyen la morbimortalidad.
Objetivos: Analizar la morbilidad y mortalidad en pacientes (ptes) que asistieron a un Programa Ambulatorio de Prevención y Rehabilitación Cardiovascular (PyRCV).
Material y Método: Se analizó la incidencia de eventos cardiovasculares (IAM no fatal, re infarto, angina de pecho inestable (API), revascularización miocárdica, internaciones por causa cardiovascular, stroke, mortalidad cardiovascular y total) en ptes que completaron al menos 24 sesiones en el PyRCV. El programa consistió: A) Ejercicio físico programado y controlado B) Control de Factores de riesgo C) Medicina nutricional. D) Educación individual y comunitaria.
Resultados: Desde el 01-04-2008 al 31-12-2010 ingresaron 116 ptes al PyRCV. Completaron al menos 24 sesiones 43/116 ptes (37%), 58% hombres, 60,3 ± 10,7 años. DBT 23,2%, HTA 67,4%, Dislipemia 79%, Sobrepeso 95,3%, Stress 44,1%, Sedentarismo 81,3%. Riesgo: alto 30,2%, intermedio 51,1%, bajo 18,6%. Diagnostico de Ingreso: Cardiopatía Isquémica 62,7%, ICC 27%, control de factores de riesgo 23,2%, Enf. Vasc. Periférica 4,6%, arritmias 9,3%, ACV 4,6%, cirugía valvular 4,6%. Antecedentes Cardiovasculares: IAM 27,9%, API 27,9%, APTC coronaria 25,5%, ACE 18,6%, CRM 13,9%, Marcapaso 6,9%.
Complicaciones: No se registraron complicaciones durante las sesiones de rehabilitación o durante la permanencia activa de los ptes en el programa. En seguimiento telefónico y/o por historia clínica se registro una muerte 1 (2,3%) por causa cardiovascular (shock cardiogénico), una internación por API 1(2,3%) y una CRM 1(2,3%).
Conclusión: Baja incidencia de morbilidad y mortalidad en los ptes que asistieron al PyRCV.

127 Estratificación de Riesgo de los Síndromes Coronarios Agudos Utilizando el Score de Riego Grace

Massarutti, C; Casarini, M; Nuñez, P; Beltrano, C; Erriest, J; Camilletti, J
Servicio de Cardiología, Servicio de Cardiología, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La estratificación de riesgo de los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) es un instrumento necesario para valorar su pronóstico y optimizar el tratamiento. El score de riesgo GRACE posee superioridad pronostica con respecto a otros scores.
Objetivo: Determinar el riesgo de los pacientes que ingresan por SCA utilizando el score GRACE y evaluar si existen diferencias de riesgo entre los SCA sin elevación del ST (SCASEST) y con elevación del ST (SCACEST).
Métodos: Se realizo un estudio observacional con 161 pacientes que ingresaron por SCA. Se dividió a la población en SCASEST y SCACEST, estratificándolos con el score de riesgo GRACE.
Estadística: Se utilizo test de "t" en variables continuas y el test de x2 en variables categóricas, variables continuas expresadas como medias +/- DS. Las proporciones se utilizo el test comparación de dos proporciones. Un valor de p menor o igual a 0.05 se consideró estadísticamente significativo.
Resultados: Ingresaron 161 pacientes, 103 (64%) presentaron SCASEST y 58 (36%) pacientes SCACEST. La edad promedio de los SCASEST fue 62±6 años y 63±17años para los SCACEST (p=ns), 28% fueron mujeres para ambos grupos. En cuanto a las características de la población comparando los SCASEST vs SCACEST: diabéticos 26% vs 5%(p=0,009), hipertensos 62% vs 66%(p=ns), dislipémicos 38% vs 31% (p=ns), tabaquistas 23% vs 22%(p=ns).La media del score GRACE para los SCASEST fue 109 ±31 puntos (riesgo moderado) mientras que los SCACEST fue 148±41puntos (riesgo alto). El grupo de alto riesgo 29 pacientes (28%) con SCASEST y 41(71%) con SCACEST (p=0,001); en tanto el riego moderado se presento en 40 pacientes (39%) con SCASEST y 15(24%) con SCACEST (p=0,02). En el grupo de bajo riesgo 34 pacientes (33%) presentaron SCASEST y 3(5%) SCACEST (p=0,001).
Conclusión: En nuestro estudio se demuestra un mayor riesgo en los pacientes con SCACEST con respecto a los SCASEST utilizando el score de riesgo GRACE.

128 Estratificación de Riesgo de los Síndromes Coronarios Agudos sin Elevación del Segmento St utilizando los Scores de Riego Timi/Grace

Massarutti, C; Ordoñez, V; Roldan, M; Cartasegna, L; Erriest, J; Camilletti, J
Servicio de Cardiología, Servicio de Cardiología, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La estratificación de los Síndrome Coronarios Agudos sin elevación del segmento ST (SCASEST) es importante para optimizar el tratamiento y valorar su pronóstico. En los últimos años se han desarrollado algoritmos de predicción de riesgo (scores). El score de riesgo TIMI, primer modelo validado y rápidamente difundido por su aplicación simple. El score GRACE validado más reciente con aplicación más compleja.
Objetivo: Conocer los scores de riesgos TIMI/GRACE en los pacientes que ingresan por SCASEST y evaluar si existen diferencias entre ambos en la formas de estratificar el riesgo.
Métodos: Se realizo un estudio observacional con 103 pacientes que ingresaron con diagnostico de SCASEST a los que se los estratifico utilizando los scores de riesgos TIMI/ GRACE.
Estadística: Se utilizo test de "t" en variables continuas y el test de x2 en variables categóricas, variables continuas expresadas como medias +/- DS. Las proporciones se utilizo el test comparación de dos proporciones. Un valor de p menor o igual a 0.05 se consideró estadísticamente significativo.
Resultados: Ingresaron 103 pacientes, edad 65 ± ¬6 años, 28% eran mujeres. 51(49%) presentaron AI y 52 (51%) IAMSEST. La mediana del score GRACE fue de 123 ±40 puntos y la del score TIMI fue 3 ±2 puntos. Al aplicar el score TIMI, 35 (34%) pacientes tenían riesgo bajo, 57 (55.3%) riesgo intermedio y 11 (10.7%) riesgo alto. En tanto al aplicar el score GRACE 29 (28.2%) pacientes tenían un riesgo bajo, 40 (38.8%) riesgo intermedio y 34 (33%) riesgo alto. Se encontraron diferencias significativas en ambos scores entre los pacientes con riesgo intermedio (p=0,02) y los de alto riesgo (p= 0,001), no así en el grupo de bajo riesgo (p=ns).
Conclusiones: Los score de riesgo TIMI y GRACE no estratificaron de igual forma los SCASEST de nuestra población, en los pacientes son bajo riesgo hubo mayor coincidencia en la estratificación y no así en la en los pacientes con moderado y alto riesgo.

129 Embolización de Fístula Coronaria - A Propósito de un Caso

Guzzanti, DA; Ludueña, S; Torres, R; Eibar, J; Ambrosi, AA; Scanio, MG; Larribau, M
Servicio de Hemodinamia, Dpto. Cardiovascular, Htal Español/Cl.de Cuyo, Mendoza, Mendoza, Argentina

Introducción: Las fistulas coronarias son clasificadas como anomalías coronarias con cortocircuito. Son poco frecuentes, y comunican arterias coronarias con alguna camara del corazón, son remanentes embriologicos de los espacions trabeculados y sinusoides dentro del desarrollo de los ventriculos, o adquiridas (trauma, IAM). Cuando drenan al tronco de la pulmonar se comportan como un conducto arterioso que cuando el robo coronario es grande generan síntomas y hay que tratarlas.
Objetivo: Embolizacion Coronaria.
Caso Clínico: Paciente de 63 años con antecedente angor cronico estable clase funciona II, sin antecedentes de relevancia, en la interconsulta con Cardiología es estudiado con ECG, que no muestras cambios isquemicos, ECOARDIOGRAMA; que informa hipertrofia concentrica del ventriculo izquierdo e hipoquinesia leve septoapical, por lo anterior, se solicita perfusion miocardica que demuestra; Isquemia anterobasal y anterolateral y basal. Se realiza angiografia coronaria; Se visualiza fistula coronaria, con nacimento en la arteria coronaria izquierda que drena en tronco de la arteria pulmonar.
Material: Coils de liberación controlada Axium ev3, microcateter Echelon, Guia silverspeed, cateter guia WB 3,5 6 fr., cateter de Swan Ganz.
Método: Se coloca cateter de swan Ganz midiendo presiones y muestras para saturación(cortocircuito). Se cateterizar selectivamente la arteria coronaria izuierda, se avanza cuerda 0.14 ev3 neurovascular de acero inoxidable con espiral distal de platino. Se utiliza microcateter echelon liberando tres coils de liberación controlada selectivamente en la fistula hasta lograr impermeabilzar el vaso. Se realiza medición de presiones derecha e izquierda: QP/QS 0.6
Resultado: Embolización con liberación controla de coils de fistula coronaria.
Conclusión: Las fistulas coronarias, pueden generar robo coronario y síntomas de isquemia, resultando eficiente la embolización para la resolución del cuadro.

131 Coronariografía no Invasiva para el Diagnóstico de Enfermedad Coronaria en pacientes con Estudios de Inducción de Isquemia dudosos

Lasave, L; Rossi, M; Pollice, A; Damonte, A; Kozak, F; Linari, E; Arias, E; Parra, M; Villavicencio, R; Picabea, E
Hemodinamia, Cardiologia, Instituto Cardiovascular de Rosario, Rosario, S Fe, Argentina / Radiologia, Radiologia, Diagnostico Medico Oroño, Rosario, S Fe, Argentina

Los estudios de inducción de isquemia (EII) son utilizados para evaluar los pacientes (Pts) con sospecha de cardiopatia isquémica (Cis). El valor predictivo positivo de estos estudios es limitado. Los Pts con EII dudosos (no concluyentes) son habitualmente sometidos a coronariografia invasiva (CGI). La coronariografia no invasiva por Tomografia multislice (TCMS) presenta un elevado valor predictivo negativo, por lo que puede ser una herramienta importante para evitar CGI en estos Pts. El objetivo fue evaluar la presencia de enfermedad coronaria obstructiva (ECO) en Pts con EII dudosos o no concluyentes.
Métodos: Se evaluaron los Pts sometidos a TCMS con EII no concluyentes: pruebas negativas en Pts con alta sospecha o positivas en aquéllos con baja sospecha, pruebas dudosas por artefacto técnico, etc. . Se excluyeron los pacientes con CRM previa y con score de calcio >1000. Se utilizó un tomógrafo de 64 detectores (Brilliance 64, Philips). Las arterias coronarias se dividieron en 16 segmentos. Se evaluó la presencia de enfermedad coronaria obstructiva –ECO- (lesión >50%), enfermedad no obstructiva –ECNO- (lesión <50%) y sin enfermedad –SEC-.
Resultados: De los 419 Pts evaluados se analizaron 386 correspondiendo a 6176 segmentos arteriales. De éstos, 179 (46.4%) tuvieron EII no concluyentes conformando el grupo de análisis. La edad fue 59±10 a, 72% hombres, 62% HTA y 8.9% con diabetes. Del total, 66 Pts (37%) tuvieron ECO, 45 (25%) ECNO y 68 (38%) SEC.
Conclusión: En este estudio se observó que en más de la mitad (53%) de los pacientes sometidos a TCMS con estudios de inducción de isquemia dudosos o no concluyentes se descartó la enfermedad coronaria obstructiva significativa, teniendo el 38% de los pacientes un estudio normal. De esta manera, este análisis demuestra la utilidad diagnostica de la TCMS en pacientes con sospecha de enfermedad coronaria con estudios de inducción de isquemia dudosos o no concluyentes.

132 Retrasos en la Atención de Pacientes con Síndromes Coronarios Agudos en el Contexto de un Sistema de Asistencia Hospitalaria en Red

Mariani, J; De Abreu, M; Guridi, C; Gonzalez Villamonte, G; Fernandez Frisano, G; D`Imperio, H; Silberstein, A; Wolcan, J; Kyle, D; Tajer, C
Cardiología, Unidad de Coronaria, Hospital El Cruce, Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El estudio y la reducción consecuente de los retrasos en los pacientes con SCA pueden impactar en la mortalidad.
Objetivos: Estudiar la epidemiología de los retrasos en la atención de pacientes con SCA particularmente de aquellos con ST elevado.
Métodos: Registro prospectivo de pacientes con SCA ingresados a UCO del Hospital El Cruce, un centro de tercer nivel integrado en red con 5 hospitales de la provincia de Bs As. Los datos se obtuvieron por interrogatorio de los pacientes y sus familiares. Para describir los tiempos se utilizaron medianas y rangos intercuartilos (RIQ). La comparación entre los tiempos en grupos de pacientes se realizó mediante la prueba U de Mann-Whitney. Un valor de $p<0.05$ se consideró que indicaba significancia estadística.
Resultados: Desde el 23/04/2009 ingresaron a UCIC 260 pacientes con SCA. La edad fue de 56 (±9,7) años, y el 83,5% (n=217) eran hombre y 173 (66,5%) tenían ST elevado. Globalmente, el retraso desde el inicio de los síntomas hasta la consulta fue de 90 min (RIQ 30,0 a 240,0), y fue más breve en los pacientes con ST elevado (60 vs 120; p=0.02). El tiempo desde la consulta al primer ECG fue de 15 min (RIQ 1 a 31,3), sin diferencias entre los pacientes con o sin ST elevado (15 min ambos; p=0.62). Entre los pacientes con SCA con ST elevado 101 (58,4%) recibieron terapia de reperfusión, de los cuales 65 (37,6%) la recibió en el centro donde inicialmente consultó, con una mediana de retraso de 110 min (RIQ 60 a 180) desde la consulta y de 60 min (RIQ 30 a 137,5) desde el primer ECG. El 23,3% (n=37) de los pacientes fueron derivados para reperfusión, con un retraso desde la primera consulta de 240 min (RIQ 150 a 690) ($p<0.001$).
Conclusiones: Los resultados de nuestro registro sugieren que la mayor parte de los retrasos ocurrieron en dentro del sistema de salud. En los p con SCA con ST elevado, además observamos que la mayor demora ocurren después del primer ECG, elemento suficiente para tomar desiciones iniciales.

135 Selección de la Mejor Estrategia de Reperfusión en una Red Hospitalaria de Derivación de Infarto Agudo de Miocardio

De Abreu, M; Mariani, J; Guridi, C; Gonzales Villa Monte, G; Fernandez Frizano, G; D`Imperio, H; Cognigni, L; De La Fuente, V; Velasco, P; Tajer, C

Cardiología, Unidad de Coronaria, Hospital El Cruce, Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina

La reperfusión es el tratamiento principal del infarto con elevación ST (IAMST). Aunque la angioplastia primaria (ATCP) fue superior a la fibrinólisis (FBL) en ensayos randomizados, en el mundo real es difícil lograr los tiempos recomendados. El objetivo del estudio es comparar las estrategias de reperfusión utilizadas, sus tiempos de aplicación y los resultados clínicos en una red de derivación hospitalaria.
Materiales y Métodos: La red de derivación hospitalaria está constituida por cinco hospitales derivadores (HoD) de baja complejidad y un hospital central (HoC) de derivación de alta complejidad con hemodinamia las 24 horas. Se analizaron los pacientes (p) ingresados al hospital de derivación desde el domicilio o desde HD con diagnóstico de IAMST entre abril de 2009 y enero de 2011.
Resultados: Se incluyeron 129 pacientes. Hombres 85%, mediana edad 57 años (50-64). Tipo de reperfusión: ATCP 21,7% (28p), FBL 42,6% (55p), ninguna 35,7% (46p). Mortalidad ATCP 0%, FBL 5,5%, sin reperfusión 4,7%. El 11 % de los pacientes ingresaron al HoC del domicilio (grupo 1), el 89% de HoD (grupo 2). El 78,3% de los pacientes del grupo 2 ingresaron al HoD con criterio para recibir reperfusión. De ellos 54,4% recibieron reperfusión (FBL) en el HoD y 45,6 % fueron derivados al HoC para ATCP. De éstos, sólo 37% fueron reperfundidos en el HoC, ya que la mayoría ingresaron fuera de ventana. En el grupo 2, en total 37,4% no fueron reperfundidos. En el grupo 1, el 85,7% ingresaron en período de ventana. De ellos recibieron reperfusión el 83% (90% ATC primaria). La mediana de tiempo puerta-balón de la red fue 240 min (162,5-715) y puerta-aguja 120 min (60-150), P<0,001.
Conclusiones: Los tiempos a la reperfusión fueron prolongados. Si bien no existieron diferencias significativas en la mortalidad entre ATCP y FBL, los tiempos de reperfusión sugieren mayor beneficio con la FBL. La demora en la derivación para ATCP privó a un grupo de pacientes de ser reperfundidos con FBL en el HoD.

137 Ablación de Fibrilación Auricular. Importancia de la Curva de Aprendizaje

Medesani, L; Gonzalez, JL; Galizio, N; Raña, R; Robles, F; Palazzo, A; Albano, F; Carnero, G; Gargano, A
División electrofisiología, Hospital Universitario Fundación Favaloro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción: La ablación de fibrilación auricular (FA) es un procedimiento frecuente en los laboratorios de electrofisiología. No es un procedimiento simple y requiere entrenamiento para obtener resultados satisfactorios.
Objetivos: Analizar los resultados de la Ablación de FA luego de realizada una curva de aprendizaje con sistema de navegación tridimensional (SNT).
Métodos: Desde Mayo del 2007 a Agosto de 2010, se realizaron 82 procedimientos de ablación de FA. Seguimiento medio ≥ 6 meses. Los primeros 41 procedimientos fueron considerados parte de la curva de aprendizaje (Grupo A) y los últimos 41 los realizados posteriormente a la misma (Grupo B). Se utilizó SNT y catéter multipolar para mapeo de potenciales en el ostium de las venas pulmonares. Grupo A: 30 pts masculinos, edad 52,63±8,1 años. Presentación: 29 FA paroxísticas (70,7%),6 persistentes (14,6%) y 6 persistentes mayor a un año (14,6%). Sin cardiopatía 35 pts (85,6%). A la ablación circunferencial con aislamiento eléctrico de las venas pulmonares, se agregó líneas de ablación en 13 pts (31,7%) y ablación de potenciales fraccionados en 5 pts (12,19%). Grupo B: 29 pts masculinos, edad media 57,4±10,2 años. Presentación: 28 FA paroxísticas (68%),6 persistentes (14,6 %) y 7 persistentes mayor a un año (17%). Sin cardiopatía 33 pts (80,48%). Se agregó líneas de ablación en 2 pts (4,6%) y ablación de potenciales fraccionados en 7 (17%).
Resultados: Se logró aislamiento de todas las venas pulmonares en 39 pts del grupo A (95%) y en 40 del Grupo B (97,5%) p= 0,55. Se presentaron complicaciones en 5 pts del Grupo A (12%) y 1 pt del Grupo B (2,4%) p= 0,08. Se observó recurrencia en 17 pts (41,4%) del Grupo A y en 7 pts (17,5%) del Grupo B p: 0,01.
Conclusiones: En el presente estudio la curva de aprendizaje tuvo un rol importante, fundamentalmente para disminuir la incidencia complicaciones. El número de recurrencias fue menor, pero debe considerarse que en el último grupo el seguimiento fue mas corto

138 Tendencia de la Mortalidad Cardiovascular en la población productiva de Argentina en el período 1980-2009

Bossio, JC; Arias, SJ; Dezar, GV
Cátedra de Epidemiología Gral. y Nutric. , Facultad de Bioquímica, Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Santa Fe, Argentina

Introducción: Las enfermedades del sistema circulatorio (ESC) son la principal causa de muerte en Argentina y ocasionan alrededor de 90.000 defunciones anuales, un 20% de ellas entre los 20 y los 64 años.
Objetivo: Estimar la tendencia de la mortalidad por ESC en la población en edad productiva (20 a 64 años) y analizar diferencias por grupos de edad y sexo.
Metodología: Las muertes por ESC (Códigos 390 a 459 de la CIE-9 y Capítulo IX de la CIE-10) se obtuvieron de la Dirección de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud de la Nación para el período 1980 a 2009. Se usaron estimaciones de población por edad y sexo del INDEC. Se calcularon tasas por 1.000 habitantes por grupos de edad y sexo. El análisis de tendencias se realizó para cada grupo de edad y, para el total del grupo, con tasas ajustadas por edad mediante el método directo. Se utilizó la variación anual promedio y su intervalo de confianza del 95% mediante regresión lineal.
Resultados: La tasa cruda de mortalidad por ESC de 20 a 64 años se redujo 3,6% anual (3,3; 3,9) entre 1980 y 2009 y no hubo diferencia en la tendencia utilizando tasas ajustadas por edad. La tendencia en varones y mujeres fue similar: 3,5% anual y 3,7% anual, respectivamente. La tendencia 1999-2009 fue más lenta (3,2% anual) que la 1989-1999 (4,9% anual); y a partir de 2004 se observa un aumento de la tasa de mortalidad por ESC en las edades más jóvenes: +0,9% anual de 25 a 29 y +3,6% anual de 30 a 34; especialmente entre mujeres: +1,5% de 25 a 29 y +6,7% de 30 a 34.
Conclusiones: La tendencia de la mortalidad por ESC de 20 a 64 años fue al descenso entre 1980 y 2009, pero este descenso fue mayor al inicio del período que en los últimos diez años. Se advierte que en los grupos de 25 a 34 años la tasa de mortalidad se incrementó en los últimos cinco años.

140 Utilización de Métodos Diagnósticos Incruentos para la Detección de Fibrosis en la Enfermedad de Chagas

Palacios, K; Mitelman, J; Gimenez, L; Lopez Santis, R; Andres, D; Irurzum, I; Mola, E
Facultad de Ciencias exactas, Universidad de la Plata, INIFTA-CONICET, La Plata, Argentina / Consultorio de Chagas, Unidad Cardiologia, Hospital Alvarez, CABA, Argentina / Catedra de Chagas, IUCS, Fundacion Barcelo, CABA, Argentina

Introducción: En la miocardiopatía dilatada chagasica, juega un rol fundamental la fibrosis que sería la mayor responsable de la pérdida progresiva de la capacidad contráctil del corazón La presencia de múltiples focos de fibrosis favorecen la génesis de arritmias ventriculares por reentrada.
Objetivos: Explorar la asociación entre medición de procolageno por ELISA y potenciales ventriculares - marcadores posibles de fibrosis- en pacientes con enfermedad de Chagas y sujetos controles.
Material y Métodos: En un estudio transversal se incorporaron 39 pacientes 10 controles/15crónicos sin patología evidenciable/14Crónicos con patología (5 tipo A arritmias,9 tipo B con IC). con edades comprendidas entre 18 y 50 años (promedio 42) A cada paciente se les realizó dos reacciones serologicas pro colageno independiente y el valor final se tomó como el promedio entre ambas. En la muestra se observó: 1) asociación significativa univariada entre PVT y MF (rS= 0,69, p= 0,0000001) siendo más frecuentes las alteraciones de PVT yMF en chagásicos. La sensibilidad delMF tomando como "gold standard" a los PVT fue del 83,9% siendo su especifidad del 95%.2) En el análisis multivariado por regresión logística solo el MF se asoció a fibrosis evaluada a través de alteración de PVT cuando se ajusta por grupo (chagásico o control) (p=0,001). Ambas Se observó un aumento de la media MF entre el grupo control y el crónico sin patología. La diferencia entre medias fue estadísticamente significativa entre los controles, aumentando en el crónico sin patología y disminuyendo en los que tenian patología.
Conclusiones: El valor máximo aumenta hacia el periodo crónico sin patología evidenciable y disminuye en los crónicos con patologia siempre mayor qué en los controles. Esto indica aumento fibrosis activa en estadio cronico sin patologia qué luego disminuye al pasar a crónico. Esto indicaría que la fase activa para el desarrollo de la enfermedad cardiaca es la subclínica.

142 Score de Riesgo Clinico y Ecocardiográfico en la Insuficiencia Cardíaca Sistólica

Alonso, E; Rodriguez, F; Luluaga, S; Budeguer, A; Sosa, F; Alonso (H), E; Pillin, P; Avila, E
Cardiologia, Insuficiencia Cardíaca, Hospital Padilla, San Miguel de Tucuman, Tucuman, Argentina

Objetivo: 1) Determinar pronostico de pacientes (p) con insuficiencia cardiaca (IC) sisto-diastolica.2) Evaluar factores de riesgo (FR) clinicos y ecocardiograficos que afecten el pronóstico de dichos p.
Material y Metodo: Estudio observacional, prospectivo, evaluandose 184 p. con IC sistolica con Fey ≤ 40%, con edad ≤ 60 a. investigando la funcion diastolica por ecocardiografia, se analizaron 3 variables (V) clinicas (edad, sexo, clase funcional) y 3 ecocardiograficas (Fey, volumen de AI, relacion E/e), elaborandose un score de riesgo a saber: 1) patron diastolico restrictivo 4ptos,2) PN 3ptos,3) AR 2ptos,4) variablesclinicas-ecocardiograficas1pto. El pronostico se determino en base a las defunciones e internaciones registradas durante el periodo de estudio, el seguimiento se hizo trimestralmente en forma personal y/o telefonica, se emplearon tecnicas estadisticas descriptivas, se prefijo el valor de p < o, o5 como nivel de significado estadistico.
Resultados: Luego de un seguimiento promedio de 23,6 meses, se analizaron 184 p con IC sistolica con los siguientes patrones de disfuncion diastolica (DD):1) AR (23%),2) PN (42%),3) RP (35%), el patron diastolico restrictivo registro 44,3 de admision por IC descompensada y 16,65 de obitos por causa cardiaca , el analisis comparativo de los distintos patrones de DD asociado a IC sistolica demostro que el patron restrictivo es el de > riesgo comparado con los otros patrones. Los FR que incidieron desfavorablemente en el pronostico fueron: edad >a 50 años, clase funcional III, Fey<30%, relacion E/e>a 15, volumen de AI > a 32 ml/m.
Conclusion: 1) En p. con IC sistolica con Fey ≤ 40% con edad ≤ 60 años, la asociacion de DD de moderada a severa tuvo un fuerte impacto en la morbimortalidad, 2) Se detectaron FR q incidieron en el pronostico, 3) El score de riesgo elaborado detecta precozmente estas V, tomando medidas terapeuticas adecuadas para retardar la progresión del síndrome.

143 Estenosis temprana de Prótesis Valvular Biológica en Posición Aórtica

Carrizo, AD; Tazar, J; Jabif, V; Fernandez, D; Haurigot Posse, G
Cardiología, Ecocardiografía, Instituto de Cardiología, S. Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

Objetivo-método: Descripción de dos casos consecutivos de estenosis de prótesis biológica en posición aórtica ocurridos dentro del primer año de la intervención. Se consideró datos epidemiológicos, comorbilidad asociada, evolución clínica post-operatoria, tipo y tamaño de prótesis, tiempo de aparición de la estenosis, área y gradientes transprotésico.
Resultados: Caso 1: Paciente masculino de 77 años, con reemplazo de válvula aórtica (estenosis severa degenerativa) por prótesis biológica Sant Jude N° 21 y revascularización miocárdica. A 4 meses de la cirugía presenta endocarditis por staphilococo coagulasa negativo metisilim resistente. Eco: Estenosis protésica severa con gradiente medio (GM) 65 mmHg y área 0.5 cm2, fuga periprotésico ++, vegetación en prótesis aórtica y válvula mitral. Se opta por tratamiento médico con buena respuesta clínica y ecocardiográfica, disminución de gradientes protésicos (GM 28 mmHg).
Caso 2: Paciente masculino de 68 años de edad, reemplazo de válvula aórtica (estenosis aórtica degenerativa) por prótesis biológica EPIC N° 25. A ocho meses de la intervención presenta insuficiencia cardiaca aguda. Eco: Estenosis aórtica severa (GM 45 mmHg; área 0.8 cm2). Se informó al fabricante. Se procedió a recambio de prótesis aórtica por prótesis biológica Medtronic N° 23. La anatomía patológica de la prótesis mostró alteraciones histológicas inespecíficas. Los diámetros y la función sistólica del ventrículo izquierdo en los dos casos estubo conservada.
Discusión: La estenosis temprana de prótesis biológica es una complicación infrecuente, registrándose en nuestro centro solo 2 casos en los últimos 15 años. En el caso 1 la endocarditis protésica jugó un rol principal en la aparición de la estenosis ya que los gradientes transvalvulares disminuyeron al resolverse la endocarditis. El el caso 2 la etiología de la estenosis no fue aclarada, aun con la realización de anatomía patológica.
Conclusión: El tratamiento para la estenosis aórtica severa en adultos mayores sigue siendo la utilización de prótesis biológica, a pesar de la posibilidad de estenosis temprana.

144 Enfermedad Coronaria Subclínica en una población de Alto Riesgo

Erriest, J; Vigo, G; Arregui, V; Cartasegna, L; Sanchez Viamonte, G; Redolatti, M; Camilletti, J
Seccion Medicina Nuclear, Servicio de Cardiologia, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: Los diferentes scores que estiman el riesgo cardiovascular, en pacientes (p) asintomáticos aparentemente sanos, muestran dificultades para identificar a los p en riesgo de tener eventos.
Objetivos: 1) Establecer la incidencia de p asintomáticos de alto riesgo; 2) Evaluar la frecuencia de estudios de perfusión miocárdica (EPM) patológicos. 3) Establecer el impacto del estado sintomático en relación a los EPM anormales.
Métodos: Analizamos p con criterios de alto riesgo clínico según el score de riesgo de Sociedad Española de Cardiología. Hombres >55, mujeres > de 65 años diabéticos o con tres factores de riesgo mayores: HTA, dislipemia y tabaquismo. Se les realizó un EPM Spect gatillado, se analizaron los EPM normal y anormal; se definió la severidad y extensión de los defectos de perfusión según el score SSS, SRS, SDS; se compararon los p sintomáticos y asintomáticos. Test de "t" variables continuas; test de x2 variables categóricas; Las proporciones, test comparación de dos proporciones. Valor de $p < 0.05$ se consideró significativo.
Resultados: Analizamos 5659 p Sin antecedentes de EC 3519 p (62%); con criterios alto riesgo de EC 516 p (14%). Edad 70 +/-7 años.228p (44%) hombres, Diabéticos 307p (78%), HTA 423p (81%), dislipémicos 358p (69%), tabaquistas 159p (30%). Presentaban EPM anormal 159p (30%). Se encontraban asintomáticos 66p (42%), sintomáticos 93p (58%) p .0001. Ergometría asintomáticos vs sintomáticos FC max 87 +/-11 vs 86 +/-12 p NS; METs 6.4 +/- 1.6 vs 5,4 +/-1.5 p .01; Perfusión: SSS: 9 +/- 7 vs 8.3 +/-6 p NS; SRS 4.7 +/- 6 vs 3.1 +/-5 p 0001; SDS 4.2 +/- 4 vs 5.3 +/- 4 p .01 FE: 57 +/- 8 vs 57 +/- 11%; VFD 89+/-34 vs 93 +/- 52 ml; VFS 40+/-28 vs 43+/-36 ml pNS.
Conclusión: Los hallazgos demuestran que un porcentaje elevado de p con score de alto riesgo de EC tienen isquemia inducible, la mitad cursan su EC asintomática, independiente de su estado sintomático ambos grupos presentan un riesgo moderado de sufrir eventos según los EPM.

145 Utilidad de la Tomografía por Emisión de Positrones (Pet) en las Miocardiopatías Dilatadas de Origen Isquémico-Necrótico.

Erriest, L; Vigo, G; Castro, L; Sanchez Viamonte, G; Echazarreta, D; Illanes, L; Camilletti, J
Seccion Medicina Nuclear, Servicio de Cardiologia, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: Las técnicas de cardiología nuclear principalmente el PET ocupan un lugar destacado en la valoración de la viabilidad miocárdica.
Objetivos: 1) Establecer la capacidad del PET Fluor Desoxi-Glucosa (FDG) en la identificación de territorio miocárdico viable. 2) Comparar el porcentaje de tejido necrótico y no viable (match) como índice de tejido no recuperable; 3) Evaluar el impacto del PET en la toma de decisiones del médico tratante.
Métodos: Se analizaron p con miocardiopatías isquémico-necróticas con FVI severa. Se les realizó un Spect Gatillado con MIBI Tc99m reposo-nitratos (flujo cardíaco). Se evaluó la severidad y extensión de los defectos de perfusión con el score (SRS). Se realizó una PET-FDG para evaluar metabolismo celular. El seguimiento evaluó revascularización y muerte. Estadística test de "t" variables continuas; test de x2 variables categóricas. Proporciones, test comparación de 2 proporciones. Valor de $p < 0.05$ se consideró significativo.
Resultados: 14 p, edad media 59 +/-11 años.85% (12p) hombres; IAM de cara anterior 100 % (14p); anterior e inferior 7% (1p). SRS 22 +/-6; nº segmentos (seg) con necrosis 7 +/-2; % de necrosis 36 +/- 11; FE 23 +/-9; VFS 210 +/- 105; VFD 263 +/- 105. Mismatch 64 % (9p); % de tejido con mismatch del total del VI 20% +/- 12%; nº seg con mismatch 5.3 +/- 2; match 14 p (100%) % de tejido con match del total del VI 18%+/-14; nº seg match 4 +/-2. % necrosis/ nº seg comprometidos vs % match / nº seg comprometidos p.0001 para ambas comparaciones. Seguimiento 12+/-6 meses; en 6 p (42%) con > 20% de mismatch fueron revascularizados 5 p (89%) y de 8 p (58%) con mactch se revascularizaron 2 p (25%) p: 0.05 Un óbito (12%)
Conclusión: La evaluación del metabolismo celular con PET-FDG es factible para evaluar viabilidad miocárdica. El estudio PET permite definir con mayor precisión tejido viable en p con escaras necróticas extensas y define la toma de conducta terapéutica posterior

146 Cirugía de la Válvula Aórtica con Anillo Pequeño: Ampliación un Método beneficioso

Ramello, G; Insaurralde, D; Bauk, O; Uribe Echabarria, A; Medeot, N; Simondi, H; Robles, M
Cirugía Cardiaca, Instituto de Fisiopatología Toráxica, Hospital Italiano, Córdoba, Córdoba, Argentina / Ecocardigrafía, Servicio de Cardiología, Hospital Italiano, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: La Estenosis Aórtica es la enfermedad valvular más frecuente cuyo tratamiento es quirúrgico. Existe un escaso porcentaje, pero no menos importante, donde el diagnóstico de anillo pequeño es realizado en el intraquirúrgico. El objetivo de este trabajo es determinar si para estos casos la cirugía de ampliación del anillo por manos experimentadas es un método seguro y eficaz para evitar los ya conocidos problemas que trae el mismatch prótesis-paciente.
Materiales y Métodos: Éste es un trabajo descriptivo observacional donde se analizaron 20 pacientes a los cuales se les realizó ampliación del anillo entre el 01/01/2005 y el 31/12/2010. En todos se evaluó la técnica quirúrgica, los tiempos de CEC, las complicaciones, mortalidad y clase funcional al año.
Resultados: En todos se realizó la técnica de Nuñez. Los tiempos de bomba y de clampeo fueron de 138 y 92 minutos respectivamente. La mortalidad fue del 5%. Como complicaciones hubieron 10% de reoperación por packing colocado por sangrado médico, 10% de bloqueo AV de 3º grado que requirió marcapaso definitivo,5% de insuficiencia renal aguda con diálisis,5% de convulsiones y 5% de fiebre con cultivos negativos. Se realizaron un 10% de cirugía combinada con reemplazo mitral y 20% con revascularización miocárdica. La clase funcional de la NYHA al año de la cirugía fue de I ó II.
Conclusiones: Es un procedimiento seguro y que soluciona el problema del gradiente funcional residual.

148 Revascularización Miocárdica Arterial con un Compuesto en I

Medeot, NJ; Guevara, J; Verderone, M; Bochinfuso, M; Rottino, S; Bustamante, N; Canalis, G; Ueibe-E, A
Cirugía Cardiaca, Dto Cardiología, Hospital Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina

Varios estudios han mostrado los beneficios de la Revascularización arterial total a largo plazo
Objetivo: Revisar restrospectivamente los resultados inmediatos con Revascularización arterial total utilizando un compuesto arterial con disposición en I (Rima+Radial)
Material y Método: Entre Enero de 2007 y Julio 2010 se intervinieron 24 pacientes realizandole revascularización miocárdica arterial con el uso de doble mamaria y Radial. La eded promedio 54 años, todos de sexo masculino.66% Angor estable, 52% con IAM. previo, F. E.54%, Factores de Morbilidad:14% Diabetes y EPOC,3pacientes obesos, Tabaquismo 97%. Los procedimientos se realizaron con CEC y clampeo Ao.4pacientes sin CEC. La RIMA se anastomosó a la Radial termino – terminal (compuesto) y con ella se realizaron anastomosis secuenciales.
Resultados: No hubo mortalidad en el grupo. Se realizaron 3.1 puentes / paciente y con el compuesto 2 anastomosis promedio. Tº de clampeo Aórtico 59 min, 23% de endarterectomías, Tasa sangrado 24Hs 468cc.
Complicaciones: F. A.23%,2 reoperaciones por sangrado, 1ACV, 2 dehiscencias esternales sin infección mediastinal. Tº de internación 8 días.
Conclusiones: La utilización de tres injertos arteriales construyendo un injerto en I permite revascularizar todas las arterias del corazón sin inconvenientes. Las anastomosis secuenciales se realizan con la arteria Radial que es más fácil de manipular y hay menos tendencia a distorciones que limiten el flujo. Se evita que toda la circulación coronaria dependa de una sola fuente.

149 Reoperaciones de la Raiz Aórtica en Pacientes con Infección Protésica

Guevara, J; Medeot, N; Santander, S; Rottino, S; Bustamante, N; Uribe-E, A
Cirugía Cardiaca, Dto Cardiología, Hospital Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina

A pesar que los procedimientos primarios tienen buenos resultados, las reoperaciones de la Raiz Aortica debido a Infecciones tienen alta Morbi-Mortalidad y son técnicamente demandantes.
Objetivos: Revisar nuestra experiencia y resultados en reintervenciones por infección protésica de la Raiz Aórtica.
Pacientes y Métodos: Se revisaron restrospectivamente 30 pacientes con reemplazo de Raiz Aórtica, 3 de ellos presentaron infección protésica o perianular. Técnicas iniciales: Bentall modificado en DisecciónA, Prótesis Freestyle con Root en Insuf. Aórtica y Cirug. de Ross en Estenosis Aórtica. Se manifestaron con fiebre persistente y supuracion de la herida. Tac mostró colecciones mediatinales y periaórtica. Germenes aislados Estafilococo Aureus y Epidermidis. Un Hemocultivo (-). Inicialmente se realizó toilette, epiplopastia e irrigación continua. Ante la falta de control infectologico se reintervinieron: En dos de realizó cirugía radical y se implantó tubo valvulado y en otro nuevo toillete por falta de colecciomes.
Resultados: Mortalidad 1 paciente el resto controló la infección luego del segundo o tercer procedimiento. Los pacientes vivos se encuentran con antibioticoterapia prolongada.
Conclusiones: Para el contról de la infección se necesitaron múltiples procedimientos quirúrgicos. En presencia de colección periaórtica la opción radical con reemplazo protésico ofreceria mejor contról infectológico. La presencia de fiebre persistente debe llavar a sospechar colección periaórtica a pesar de hemocultivo (-) y obliga a realizar un procedimiento confirmatorio (TAC. RMN)

150 Desarrollo e Implementacion de un Nuevo Método no Invasivo para la Optimización Eléctrica en Terapia de Resincronización Cardíaca

Ortega, D; Logarzo, E; Barja, L; Montes, J; Bonomini, P; Mangani, N; Suarez, J
Electrofisiologia, Cardiologia, Hospital Austral, Pilar, Bs As, Argentina / Electrofisiología, Cardiología, Clínica San Camilo, Capital Federal, Buenos Aires, Argentina / Electrofisiologia, Electrofisiologia, F. I. B. A. , Villa Marteli, Buenos Aires, Argentina

La terapia de resincronización cardíaca (TRC) se diseñó para lograr la contracción simultánea del septum y la pared lateral del VI para evitar los efectos deletéreos del bloqueo de rama izquierda en pacientes con insuficiencia cardíaca. Presentamos un método no invasivo para la estimación de la sincronía eléctrica cardíaca, validado previamente.
Objetivo: Evaluar y optimizar en forma no invasiva la disincronía eléctrica en pacientes con TRC con la determinación de curvas e índices característicos y la modificación del intervalo de estimulación interventricular.
Material y Métodos: Se estudiaron 49 pacientes retrospectivamente, 75,5% varones, edad entre 28 y 88 años (media 61),46 pacientes presentaban miocardiopatía dilatada con TRC en forma convencional y 3 pacientes con bloqueo AV completo en posición septal. Se analizó la disincronía eléctrica por el método de Sinchromax II ®.
Resultados: QRS basal fue en promedio de 171,03 mseg (SD=23,37) Luego de la optimización, el mejor QRS logrado fue en promedio de 147,95 mseg (SD=15,92) con una reducción promedio de 23,1 mseg, (p=0.0001) con Test T para muestras apareadas. El índice promedio basal fue de 0,74 (SD=0,35), en tanto que el promedio del mejor índice obtenido luego de la resincronizacion eléctrica fue de 0,39 (SD= 0,18), con una diferencia promedio de -0,35 (p=0,0001). El 83,6% presentaba una curva 7 con un intervalo de estimulación interventricular basal de 0 mseg. Se logro una curva tipo 4 en el 91,6% de los casos. Tiempos interventriculares iguales a 0 mseg optimizados se encontraron en el 8,16%.
Conclusiones: La optimización eléctrica por este método es muy simple, rápida y poco costosa. Se logró una reducción significativa de la duración del QRS, con una mejoría de los índices de sincronía eléctrica y de las curvas. La distribución observada de los tiempos interventriculares óptimos sugiere que éste valor es variable. La programación por "default" no es la óptima en la mayoría de los casos

151 Reconstrucción Ventricular en pacientes con Volúmenes muy Aumentados

Medeot, N; Rottino, S; Bustamante, N; Uribe-E, A
Cirugía Cardiaca, Dto Cardiología, Hospital Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina

La cirugía de reconstrucción ventricular tiene como objetivos mejorar la geometría y reducir los volumenes principalmente los de fin de sistole. Volumenes residuales altos mayores a 60ml/m^2 han sido señalados como factores de mala evolución.
Objetivos: Se presenta la evolución postoperatoria de pacientes con altos volumenes ventriculares iniciales y baja reducción volumétrica.
Materiales: 6 pacientes edad 60 años ,75% Angor con Disnea III y 25% sólo Disnea. IAM anterior y 38% se asoció IAM de cara inf. Lesiones coronarias de múltiples vasos. F. E.20% Por Ecocardiografía y el método de Simpson se midieron los volumenes pre y postoperatorios resultando un Indice de vol. fin sistolico 87.7ml/m^2 e Indice vol fin diastolico 114,6ml/m^2. Se usó la técnica de Guilmet (overlapping) ya que preserva mejor la forma eliptica.
Resultados: F. E. postoperatoria 27%, I. Vol fin sistólico y diastólico 72.2ml/m^2 y 106ml/m^2 con reducción del 17%.1 muerte alejada a los 20 días. Se realizaron 3.5 puentes/pacientes.75% se reinternaron ó persistieron con Insuficiencia cardíaca a 4 meses promedio del postoperatorio.
Conclusiones: Los factores en común de este grupo de pacientes que pueden relacionarce con la persistencia de la Insuficiencia cardíaca son F. E. previa del 20%, IVFS e IVFD preoperatorio igual ó mayor a 87ml y 114ml respectivamente con un IVFS postoperatorio igual ó mayor a 72ml/m^2 con reducción volumetrica del 17%. Lo que podría inducir a pensar que la reducción volumétrica debe ser medida con exactitud en el acto quirúrgico para asegurar los resultados posteriores.

152 Levosimendán en Bajo Gasto Cardíaco Severo en Pediatría

Banille, E; Cacciamano, A; Frey, G; Paz, G; Cabrera, M; Ayup, A; Peirone, A; Juaneda, E

UCIP, Cardiología, Hospital de Niños, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: El levosimendán es un agente inodilatador con efecto sensibilizador del calcio de los miocitos y microcirculación. Útil para tratar bajo gasto cardíaco severo (BGCS).
Objetivo: Reportar el seguimiento de pacientes (p) que recibieron levosimendán como parte del tratamiento del BGCS.
Material y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. N: 25 p con shock cardiogénico diagnosticado por criterios clínicos, ECG, ECO 2D y laboratorio. Se evaluó $ScvO_2$ y SaO_2, se obtuvo la diferencia sat O2AV y el índice de extracción de oxígeno (IeO_2) al inicio y a 24hs de levosimendán EV (dosis de carga: 6 µg/kg/m y mantenimiento de 0,1 µg/kg/m 24hs).
Resultados: Entre Enero de 2006 y Diciembre de 2009 fueron estudiados 25p, la edad media fue de 3 años (1m-16a), 11 mujeres y el peso medio de 12 kg (3,1-55kg). Los diagnósticos fueron: 14p postoperatorio, (4p Fallot, 3p Canal AVC, 3p d-TGA,1p Fallot+ Canal AVC, 1p Fontán-Kreutzer, 1p IAAB y 1p DVAPT). 8p con miocarditis aguda (5p post picadura de escorpión, 1p micoplasma, 1p adenovirus + y 1p sin etiología, 2p miocardiopatía dilatada (1p en estadio final post miocarditis and 1p con VI no compactado) y un 1p con síndrome de QT prolongado y síncope. Luego de la administración del levosimendán, a las 24hs, todos los p mostraron disminución de la FC de 175 l/min (155-210) a 150 l/min (123-170), la PAM aumentó de 48 mm Hg (35-70) a 60 mm Hg (50-77), la FA aumentó de 11% (no-detectable-22%) a 23% (14-25), SvcO2 aumentó de 59% (45-60) a 71% (58-79). Todas estas variables fueron estadísticamente significativas (p<0.001). Dif satAVO2 de 42% a 31% (p 0,003) el IEO2 de 0,42 a 0,31 (p<0,003). 4/25 p (16%) murieron (2p del grupo postquirúrgico, 1p post picadura de escorpión y 1 p post síncope.
Conclusión: En nuestra experiencia la administraadministración de levosimendán en pacientes pediátricos con BGCS refractario a catecolaminas fue una opción efectiva de tratamiento y evolución

156 Relación entre la Viabilidad Miocárdica por Tomografía por Emisión de Positrones y la Severidad de la Estenosis Epicárdica

Aramayo G, N; Osorio, A; Namías, M; Bruno, G; Gonzalez, C; Blumenkrantz, Y; Campisi, R
PET/CT, Fundación Centro Diagnóstico Nuclear, CABA, Bs. As, Argentina

Antecedente: La evaluación combinada de la perfusión miocárdica (PM) y del metabolismo por tomografía por emisión de positrones (PET) permite diferenciar miocardio viable del no viable. La relación entre la viabilidad miocárdica (VM) y el grado de estenosis epicárdica (EE) en pacientes (P) con enfermedad coronaria y disfunción ventricular izquierda está poco investigada.
Objetivo: Determinar si los patrones de VM por PET dependen de la severidad de la EE.
Materiales y Métodos: Se incluyeron 27 P con miocardiopatía dilatada de origen coronario derivados para estudio de VM, edad: 59±11años, 22 hombres, fracción de eyección: 29±11% con cinecoronariografía dentro de los 6 meses del estudio PET. Para evaluar la PM se inyectaron 15mCi de 13N-Amonio y para el metabolismo 10mCi de 18F-2-desoxiglucosa luego de una carga oral de 50 g de glucosa. El análisis de las imágenes se efectuó según el modelo de 17 segmentos, los cuales se clasificaron en 4 patrones: match (M): disminución concordante de la PM y el metabolismo, mismatch (MM): disminución de PM con metabolismo preservado, MM Inverso (MMI): PM conservada con metabolismo disminuido y PM y metabolismo conservados (PMC). Se clasificó el grado de EE como: leve (L): <50%, moderada (Mo): >50%, severa (S): >70% y crítica (C): ≥90%.
Resultados: De 459 segmentos, 29% fueron M, 17% MM, 11% MMI y 44% PMC por PET. Según los informes de las coronariografías: 15 lesiones fueron L, 7 Mo, 20 S y 39 C. No se observó correlación entre el grado de EE y los patrones de VM (R<0.2, p=NS). El análisis por territorio vascular tampoco mostró correlación con la severidad de la EE (p=NS). Es de notar, que a mayor severidad de la EE fue mayor la dispersión de los patrones de VM por territorio vascular.
Conclusiones: En nuestro estudio, la incidencia de los patrones de VM por PET fue independiente de la localización y la severidad de la EE. Estos hallazgos justifican la búsqueda de VM en P con disfunción ventricular izquierda de origen coronario.

157 Aleteos Auriculares Relacionados a Cicatriz en pacientes con Cirugías por Cardiopatías Congénitas.

Palazzo, A; Gonzalez, JL; Galizio, N; Medesani, L; Raña, R; Robles, F; Albano, F; Gargajo, A; Carnero, G
Electrofisiología, Arritmias, Fundación Favaloro, CABA, Buenos Aires, Argentina

Introducción: En pacientes (pts) con cirugías cardíacas (CC) correctivas por cardiopatía congénitas pueden aparecer aleteos auriculares relacionados a cicatriz (ARC). Debido a que las drogas antiarrítmicas (DA) tienen una eficacia limitada, la ablación por radiofrecuencia (ARF) constituye una herramienta de utilidad en su tratamiento.
Objetivos: Describir los resultados de la ARF de los ARC, con técnica radioscópica (TR) y con sistema de mapeo 3-D (SM-3D) en pts con CC secundarias a cardiopatías congénitas.
Métodos: Entre mayo de 2003 y Noviembre de 2010, se incluyeron 22 pts con CC secundarias a cardiopatías congénitas y electrocardiogramas compatibles con ARC. Se realizaron 25 procedimientos de ARF. Edad promedio 42±15 años (12 varones, 52.1 %) Las cardiopatías congénitas operadas fueron: CIA 12 pts, Tetralogía de Fallot 2 pts, CIA+CIV 2 pts, Ventrículo único+CIA 1 pt, CIV 1 pt, corrección de retorno venoso anómalo 1 pt, estenosis subaortica 1 pt, atresia pulmonar 1 pt, transposición de los grandes vasos,1 pt. Se utilizo la TR en 14 procedimientos (Grupo A) y SM-3D en 11 (Grupo B). Se realizó un seguimiento de 44±28 meses.
Resultados: El ciclo de los ARC fue de 320±92 ms. Las localizaciones de los circuitos de ARC fueron: Aurícula derecha lateral 18, istmo cavotricuspídeo 3, seno coronario 1, septum interauricular 1, no se localizó 1 procedimiento y múltiples localizaciones 1. El éxito en el grupo A fue del 64.2 % (9/14 procedimientos) y en el grupo B del 100 %. La recurrencia en el grupo A fue del 33.3% y en el grupo B del 16.6%.
Conclusiones: En la presente población en estudio, la ARF de los ARC fue exitosa en un alto porcentaje. La utilización de SM -3D tuvo mayor éxito y menor recurrencia.

159 Análisis del Ritmo en Insuficiencia Cardíaca. Registro de Insuficiencia Cardíaca Hospital Córdoba

Tosar, C; Sarjanovich, R; Scaro, G; Guzman, L
Insuf. Cardiaca, Departamento de Cardiologia, Hospital Cordoba, Cordoba, Cordoba, Argentina

Introducción: La Insuficiencia cardiaca (IC) es una de las causas que lidera la morbimortalidad en los adultos mayores de 65 años (1). Representa el origen principal de la admisión hospitalaria en este grupo y se incrementa en los países industrializados. A pesar que la IC es una condición altamente prevalente, presenta ciertas limitaciones en el diagnostico y tratamiento
Objetivo: Identificar la prevalencia de ritmos sinusal y FA en un grupo de pates con ICC avanzada.
Material y Método: Se realizo análisis observacional, descriptivo, retrospectivo de 118 pacientes extraídos de un base de datos computarizado (tabla Acces) en consultorio de IC del Hospital Publico de ptes derivados para Tx cardiaco en consultorio de derivación.
Resultado: En los hallazgos del ECG el 82.2% de los pacientes presento ritmo sinusal y el 12.7% ritmo de FA, observando la presencia de BCRI en un 16.9%
Conclusiones: A pesar de ser ptes derivados para TX hay una alta prevalencia de RS los cual indicaría de que no son una población con ICC avanzada al momento de la derivación.

161 Análisis Etiológico del Registro de ICC del Hospital Córdoba

Tosar, C; Sarjanovich, R; Scaro, G; Guzman, L
Insuf. Cardiaca, Departamento de Cardiologia, Hospital Cordoba, Cordoba, Cordoba, Argentina

Introducción: La Insuficiencia cardiaca (IC) es una de las causas que lidera la morbimortalidad en los adultos mayores de 65 años (1). Representa el origen principal de la admisión hospitalaria en este grupo y se incrementa en los países industrializados. A pesar que la IC es una condición altamente prevalente, presenta ciertas limitaciones en el diagnostico y tratamiento
Objetivo: Identificar la población de pacientes con diagnostico de IC y sus características a través de un consultorio especializado en esta patologías y determinar las etiologías más frecuentes.
Material y Método: Se realizo análisis observacional, descriptivo, retrospectivo de 118 pacientes extraídos de un base de datos computarizado (tabla Acces) en consultorio de IC del Hospital Publico que l funciona como consultorio de derivación desde el año 2004.
Resultados: Se observó mayoría de población masculina (n: 97; 82.2%) con respecto a la femenina (n: 21; 17.7%). La Media de edad de la población de estudio fue de 52.37 ± 10.74 años (rango 19-74 años), La etiología mas prevalente como se muestra en la figura 3, fue la isquémica (n: 37; 31.3%), seguida de la HTA (n: 29; 24.5%), chagásica (n: 17; 14.4%), idiopática (n: 13; 11%), toxica (n: 5; 4.2%), metabólica (n: 4; 3.3%), valvular (n: 3; 2.5%), en estudio (n: 3; 2.5%), familiar (n: 2; 1.6%), neuromuscular (n: 2; 1.6%), infecciosa (n: 2; 1.6%).
Conclusiones: La media etaria fue de 52.37 ± 10.74 años con un predominio hacia edades más temprana respecto a otros registros, por ejemplo (SAC y CONAREC VI 67 ± 14 y 65,5 ± 12 años, OFFICE (67,6 ± 12 años) y DIAL (64,7 años. La etiología más frecuente fue la isquémica (n: 37,31.3%) y si bien en un bajo porcentaje con respecto a la muestra total, su estrecha asociación con factores predisponentes, como la HTA podrían arrojar resultados esperables con la suma de ambas etiologías

163 Evolución de la Lista de Espera de Cirugía Cardíaca (CC) en un Hospital Público de Referencia de la Provincia de Córdoba

Sarjanovich, R; Scaro, G; Uribe Echeverria, A; Guzman, L
Cirugía Cardiaca, Dto Cardiología, Hospital Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina

El Hosp. Cba (HC) es referente en Cirugia Cardiaca en la Provincia. La lista de espera (LE) crece por la gran demanda. Esta situación similar en el país y el extranjero, origina demoras en CC, y se requiere conocer la situación de los ptes en espera.
Objetivos: Ver la evolución delos ptes según las distintas patologías cardíacas (PC) en espera de CC.
Material y Métodos: Se revisó hasta 01/11, la base de datos (BD) (Access -Microsoft office 07), creada en el 02/07, de los pacientes (p) en espera para CC. A todos los p incluídos en la BD se les indicó CC por consenso de el grupo de CC, hemodinamia y cardiólogia. El análisis evaluó: 1) Datos demográficos 2) Tiempo promedio (TP) de espera hasta la CC 3) Tiempo (T°) de seguimiento de los no operados 4) Mortalidad (MT) global.5) MT en espera.6) determinar grupos de > riesgo (RS).7) Discriminar diferentes PC.
Resultados: De los 382 p de la BD, 259 h y 123 m. Hubo 30 p perdidos en el seguimiento. En los 352 restantes el TP de espera fue de 13,99 m (rangos 10ª con 23 d a 17 d). La MT en espera fue de 5,68 % (20 p)- 7 con EAo severa (2 con 2 y 3 vasos),1 con EAo crítica,4 con IAo severa,5 con 3 vasos (2 c/ FEY < 40%),2 con 2 v,1 c/ TCI y Fey < 40% . De los 352p, se operaron 183 con una MT del 4,3%. Coronarios 102 (19 TCI, 69 con 3v y 12 con 2v),19 EAo críticas,11 EAo,11 IAo,18 IM,6 EM y 16 otros. De los 169 p en LE el TP de seguimiento es 18,6 m
Conclusión: Nuestra demora en LE es > a la otros centros nacionales e internacionales. Una explicación es la inclusión solo de p cronicos. No obstante, la MT en espera es muy similar. Esto se debería en parte a que los casos con > RS no tienen T° de espera o a los buenos resultados del tratamiento médico en la enfermedad coronaria estable.

166 Análisis de Mortalidad y Forma de Presentacion en IC. Registro de IC Hospital Córdoba

Tosar, C; Sarjanovich, R; Scaro, G; Guzman, L
Insuf. Cardiaca, Departamento de Cardiologia, Hospital Cordoba, Cordoba, Cordoba, Argentina

Introducción: La Insuficiencia cardiaca (IC) es una de las causas que lidera la morbimortalidad en los adultos mayores de 65 años (1). Representa el origen principal de la admisión hospitalaria en este grupo y se incrementa en los países industrializados. A pesar que la IC es una condición altamente prevalente, presenta ciertas limitaciones en el diagnostico y tratamiento
Objetivo: Identificar las características en el modo de muerte en un consultorio especializado en esta patologías.
Material y Método: Se realizo análisis observacional, descriptivo, retrospectivo de 118 pacientes extraídos de un base de datos computarizado (tabla Acces) en consultorio de IC del Hospital Publico Y se consideraron la causa de muerte según la presentación en 1) Muerte Súbita (MS) 2) Muerte por IC terminal 3) Muerte de causa no cardiaca.
Resultados: El total de óbitos fue de 12 (10.1%); de éstos, la causa de muerte fueron: MS (n: 5,4.2%), IC terminal (n: 4,3.3%), muerte de otra causa (n: 3,2.5%).
Conclusión: Hubo prevalencia de MS (n: 5; 4.2% de un total de 12 pacientes fallecidos) como principal causa de mortalidad, seguido de IC terminal (n: 4; 3.3%) coincidiendo con datos del os registros nacionales

168 Diferencias en Resultados obtenidos con Angioplastia Coronaria en Angor Crónico Estable, SME. Coronario Agudo y Angioplastia Primaria

Thomas, J; Bazan, J; Cicco, L; Maccarone, P; Miguel, M; Funaro, F; Suasnabar, R
Hemodinamia, Dto. Cardiovascular, Clin. Chacabuco, Tandil, Bs. As., Argentina

Objetivo: Los resultados desfavorables de las angioplastias (ATC) en los pacientes (p) con sindromes coronarios agudos (SCA) con respecto a los p con angor crónico estable (ACE) y de la angioplastia primaria (AP) con respecto a ambas, son conocidos. Hemos observado en nuestro registro, diferencias entre estos grupos de p que pueden permitir formular hipótesis sobre las posibles causas de esta diferencia.
Método: Entre el 01/01/09 y el 31/12/10 registramos en forma consecutiva 77 ATC en p con ACE, 110 en p con SCA y 94 AP. En los p con ACE, la tasa de éxito primario (EP) (ausencia de lesión residual, flujo TIMI III y ausencia de complicaciones) fue del 96.1%, la de ATC no complicado/no exitoso (NC/NE) del 1.28%, la de infarto agudo de miocardio (IAM) 2.6% y con una mortalidad hospitalaria (MH) del 0%. En los p con SCA, dichas tasas fueron del 90.1, 5.4, 1.8 y 1.8%respectivamente. En los AP la tasa de flujo TIMI III fue del 87.2%, la de NC/NE 6.3%, la de fenómeno de no reflow del 4.5% y la mortalidad del 7.4%.
Conclusiones: Estas observaciones permiten formular la hipótesis de que el mejor resultado con ATP en el ACE sobre los SCA de debe a una mejor selección angiográfica de p, dado que la diferencia se bassa en la tasa de NC/NE, mientras que en la AP se debe a fenómenos relacionados con la composición de la placa (menor tasa de flujo TIMI III, no reflow, mortalidad). Esta hipótesis merece ser investigada en estudios con mayor número de pacientes.

170 Resultados de la Ablación de Fibrilación Auricular. Experiencia de un Centro

Soriano, L; Ventura, A; Lopez, M; Enciso, E; Ferro, E; Goujon, N; Cardozo, M
Servicio de Electrofisiología, Servicio de Cardiología, Cordis - Instituto del Corazón, Resistencia, Chaco, Argentina / Servicio de Ecocardiografía, Servicio de Cardiología, Cordis - Instituto del Corazón, Resistencia, Chaco, Argentina

Introducción: La ablación por radiofrecuencia (ARF) de fibrilación auricular (FA) demostró ser eficaz en reducir la morbilidad, mejorar la calidad de vida y la capacidad funcional comparado con el tratamiento antiarrítmico. Desde diciembre de 2009, en el Instituto Cordis de Resistencia, realizamos ARF de FA lo que nos lleva a evaluar nuestra experiencia.
Método: Se incluyeron todos los pacientes (pts) que fueron sometidos a ARF de FA desde diciembre de 2009 hasta enero de 2011. Se analizaron datos clínicos, Electrocardiograma, ecocardiograma (ECO) y holter.
Resultados: Se incluyeron 11 pts de 61±11 años, 7 hombres (63%). 9 pts con FA paroxística (82%), 2 pts FA persistente, todos sintomáticos. La duración de la arritmia fue de 36 ± 16 meses.4 pts fueron sometidos al menos una vez a una cardioversión eléctrica. El 90% de los pts recibieron tratamiento con amiodarona antes de la ARF. Dos pts presentaban cardiopatía (C.) isquémica, 2 pts C. hipertensiva, 1 pt C. valvular.45% no presentaba C.90% por ciento estaba bajo tratamiento por HTA. Todos recibieron anticoagulación con acenocumarol y se realizaron un ecocardiograma transesofágico antes de la ARF. CHADS 0: 1pt, CHADS 1: 5pts, CHADS 2: 3 pts, CHADS 3: 2 pts. ECO: DDVI: 49±5 mm, DSVI 31±5 mm, IMVI 123±35mg, AI 40±4 cm2, IVAI 38±4 ml, Area AI 21±4. FEVI 58±8%. Se logró aislamiento eléctrico de todas las venas pulmonares en 10 pts (90%). No se realizaron líneas. A dos pts se les ablacionó el istmo cavotricuspídeo. No hubo complicaciones durante el procedimiento ni en el seguimiento. Seguimiento promedio 6±3,6 meses. Dos pacientes presentaron recurrencia. El resto (9 pts, 61%) permanecieron asintomáticos y con ritmo sinusal.
Conclusiones: -En nuestra experiencia la ARF de FA demostró ser efectiva para mejorar los síntomas de pts con FA recurrente con un buen porcentaje de éxito (81%). - Los pcts mayores a 65 años, hipertensos con hipertrofia ventricular izquierda tuieron buena respuesta.

171 Valor del Patrón Diastólico Pseudonormal como Marcador Pronóstico en la Insuficiencia Cardíaca Sistólica con FEY Igual o Menor al 40%.

Alonso, E; Rodriguez, F; Lulaga, S; Budeguer, A; Avila, E; Alonso (H), E; Burgos, M; Salica, G; Sosa, F
Cardiologia, Insuficiencia Cardíaca, Hospital Padilla, San Miguel de Tucuman, Tucuman, Argentina

Objetivos: 1) Determinar el pronostico de los pacientes con Insuficiencia cardiaca sistolica con Fey =o< al 40%.2) Evaluar variables clinicas y ecocardiograficas que afecten el pronostico de estos pacientes.
Material y Método: Estudio prospectivo, observacional. Entre el periodo del 01-11-05 al 31-01-09, se evaluaron 284 pact con ICS con Fey =o< al 40%, cumpliendo los criterios de inclusion 184 pact (64,7%) evaluando la funcion diastolica por ecocardiografia. Todos los pact recibieron un tratamiento medico standarizado. El pronóstico se determino en base a las defunciones e internaciones registradasa durante el periodo de estudio. Se analizaron 6 variables; 3clinicas (edad, sexo y clase funcional) y 3 ecocardiográficas (Fey, volumen de AI, E/e). Los pacientes fueron contactados trimestralmente en forma personal o telefonicamentepara conocer su evolucion. Se emplearon tecnicas estadisticas descriptivas: Test de Chi-cuadrado, Modelo de regresión logística, Método de Kaplan-Meir, Analisis univariado y multivariado. Se prefijo el valor de p<0,05 como nivel de significado estadistico.
Resultado: Luego de un seguimiento promedio 23,65meses, se analizaron 184 pact con ICS con Fey igual o a 50 años, clase funcional III, Fey >al 30%, relación E/e>a 15, VAI>a 32ml/m
Conclusion: El analisis de los resultados de esta investigacion demostro que en sujetos con ICS con Fey

173 1995-2010: Análisis Comparativo de los Factores de Riesgo Cardiovascular en jóvenes

Fortino, M. A; Modini, L; Zurbriggen, A; Folonier, D; Gonzalo, P; Sabbione, L
Laboratorio de Enfermedades Metabólicas, Facultad de Bioquímica y Cs Biológicas, Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Santa Fe, Argentina / Cátedra de Qca Biológica, Facultad de Cs Médicas, Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Santa Fe, Argentina

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) están entre las principales causas de morbimortalidad en Argentina y el mundo. Los estilos de vida desacertados, en especial la alimentación inadecuada y el sedentarismo, junto a los factores genéticos, son los principales generadores de estas patologías.
Objetivo: Comparar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en dos poblaciones universitarias separadas por 15 años. Se estudiaron 337 jóvenes de ambos sexos (n=185 en 1995 y n=152 en 2010), con edades entre 20 y 25 años residentes en la ciudad de Santa Fe. Se determinó: Índice de masa corporal (IMC), tensión arterial (TA), colesterol total (CT), colesterol HDL (c-HDL), colesterol LDL (c-LDL), triglicéridos (TG), glucemia (G), actividad física, consumo de cigarrillos, alimentación y antecedentes familiares. Se usó la prueba t para comparar medias y proporciones de variables en ambas poblaciones.
Resultados: No se observaron diferencias significativas entre los valores de G, TG, IMC y TA en ambas poblaciones. Los niveles de CT, c-LDL y c-HDL resultaron menores (p<0,001) en la población actual. El consumo de cigarrillos aumentó sensiblemente (13,4% vs 23,0%) y aunque el sedentarismo disminuyó (85,0% vs 61,0%), el IMC >24,9 se incrementó (14,3% vs 19,2%). El consumo de grasas se redujo de 34,7% a 30,6% del valor calórico total diario. Aunque los antecedentes familiares fueron elevados en ambos grupos (89,0% vs 86,0%), en la actualidad los primarios se incrementaron en forma alarmante de 9,0% a 20,0%.
Conclusión: Si bien se muestra un cambio positivo en la población actual en los niveles de CT y c-LDL que podrian relacionarse con la composición de la dieta y la actividad física, otros factores como c-HDL, cigarrillos, sobrepeso y antecedentes primarios van en franco aumento. Resulta indispensable el esfuerzo en el diseño e implementación de estrategias tendientes a la promoción de los estilos de vida saludables y la prevención de ECV en poblaciones jóvenes.

175 Tratamiento del Aneurisma de Aorta Abdominal Mediante Endoprótesis. Experiencia de Nuestro Centro

Fassi, ME; Buchanana, J; Videla, N; Abib, J; Moreno, P; Halabi, A; Castro Pizarro, R; Villegas, A; Pieroni, MD; Martellotto, R
Hemodinamia, Cardiologia, Hospital Italiano, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Introducción: En 1990, Parodi incluyó en la terapeutica de Aneurisa de Aorta Abdominal (AAA) una nueva opción de colocación de endoprótesis endovascular a través de las arterias femorales, excluyendo de manera efectiva dicho aneurisma de la circulación, evitando la laparotomia y eliminando el riesgo de ruptura. Técnica que se ha perfeccionado y es una alternativa para pacientes que presentan un alto riesgo para cirugía convencional.
Objetivos: Analizar los resultados de nuestra institución sobre la colocación de endoprótesis de aorta abdominal y comparar los mismos entre las diferentes marcas.
Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de datos de historia Clínica de 59 pacientes (p) a quienes se le implantó endoprótesis en aneurisma de aorta abdominal en los últimos 5 años en nuestra institución.
Resultados: Se incluyeron 59 p con edad promedio de 71,5 años, 55 p de sexo masculino y 4p de sexo femenino con AAA. El tiempo de internación hospitalaria promedio fue de 4,64 dias. La mortalidad a los 28,15 meses promedio de seguimiento fueron de 6.78%. Como complicación inmediata se observó Síndrome Postimplante en un 16.95%, requerimiento de tranfusiones en un 23.73%, trombolisis de MMII en un 1.69%, isquemia mesentérica en un 1.69%. Y como complicaciones tardías a los 30 días se observó endoleak tipo I en un 5.08%, tipo II en un 1.69%, tipo III en un 1.69%, tipo IV en un 3.39%; y muerte en 6.78%
Conclusiones: El tratamiento endovascular de los AAA infrarrenal con implante de endoprotesis autoexpandible es un procedimiento seguro. La baja incidencia de eventos y los reducidos días de internación en relación con las series quirurgicas publicadas, hace que este procedimiento sea de elección en el paciente seleccionado

176 Análisis de Factores de Riesgo Tradicionales Modificables y no Modificables en pacientes de La Rioja

Feryala, C; Gonzalez, M; Hodara, G; Moya, M
Clinica Medica I, Medicina, Universidad Nacional de La Rioja, La Rioja, La Rioja, Argentina

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo. La etiología de las enfermedades cardiovasculares es multifactorial y se ha descripto la asociación entre factores de riesgo tradicionales, aterogénesis y eventos cardiovasculares. Se estudio la relación entre los factores de riesgo tradicionales no modificables y modificables en pacientes con evento cardiovascular isquémico y sin evento en La Rioja. La muestra de 248 personas. Grupo A control, Grupo B. pacientes con factores de riesgo tradicionales controlados y evento cardiovascular. GrupoC pacientes con factores de riesgo no controlados, y evento cardiovascular. GrupoD pacientes sin evento cardiovascular agudo/crónico con factores de riesgo controlados y no controlados. Se analizó edad sexo TA IMC perfil lipídico glucemia sedentarismo y tabaquismo. Se determinó por espectrofotometría colesterol total CT triglicéridos (TG) lipoproteínas alta densidad (HDL) y lipoproteínas de baja densidad LDL expresadosmg/dl. Se usó MANOVA estableciendo una p<0,05 para todos los casos. Las Variables atributos se analizaron por datos categóricos. GrupoA sexo femenino 60%, edad 39,2±10, IMC 25,4±4,9, Glucemia 90±3, CT 194±5, HDL 40±5, LDL 121±5, TG 96±4. La prevalencia de sobrepeso 85%, dislipemicos 52%, diabetes 42%, t abaquismo 40%, Incremento de IMC como tambien el hábito de fumar la Hipertensión, la dislipidemia la diabetes y otros se comportarían como inductores de eventos cardiovasculares. En el estudio los pacientes presentan uno o más factores positivos para enfermedad cardiovascular, observándose diferencia significativa al comparar sobrepeso respecto a dislipidemia, DBT y TBQ (p<0.001). Se concluyó que existe alta prevalencia de Factores de Riesgo Cardiovasculares modificables en la muestra y alerta la necesidad de adoptar medidas preventivas

177 Reparabilidad de la Válvula Mitral: más allá de la Cuadrantectomía de P2

Zgrablich, C; Rudavega, P; Badr, JM; Cartasegna, L; Giachello, F; Belatrano, C; Martinez Demaria, D; Aramburu, C; Pastoni, D; Plastino, ML
Cirugía Cardiovacular, Cirugía, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina / Unidad Coronaria, Servicio de Cardiología, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La cirugía reparadora de la válvula mitral ha demostrado ampliamente sus ventajas ante el reemplazo de la misma. Un número creciente de pacientes son derivados con insuficiencia mitral severa por lesiones complejas, la mayoría de las veces no dependientes del prolapso de P2. Estos pacientes aplicando diferentes tipos de técnica pueden ser reparados con éxito.
Objetivo: Describir las técnicas y los resultados inmediatos de todos los pacientes a los que se les realizó plástica de la válvula mitral, en nuestro servicio en los últimos 5 años.
Material y Método: Se realizó un análisis retrospectivo de los datos de nuestra base de datos. Entre marzo de 2006 y febrero de 2011, se operaron 48 pacientes que presentaban insuficiencia mitral severa. Se realizó ecocardiograma transesofágico intraoperatorio a todos los pacientes.
Resultados: Del total de los pacientes intervenidos se realizaron 30 (62,5%) procedimientos sobre la valva posterior, de los cuales solamente 19 (39,5%) fueron cuadrantectomía de P2, y los 11 (23%) restantes requirieron distintas técnicas asociadas (cuadrantectomía de P2 + deslizamiento 6, cuadrantectomía de P2 + cierre de cleft 1, cuadrantectomía de P2 + deslizamiento + neocuerdas 2, extensión de leaflet 2). Sobre la valva anterior se realizaron 13 (27%) procedimientos: reducción de la altura 1, transferencia de cuerdas 3, implante de neocuerdas 4, cierre de cleft 2 y parche de pericardio sobre valva anterior 3. En 5 (10,5%) pacientes fueron reparados solamente con colocación de anillo. Todas las válvulas fueron reparadas exitosamente (IM con trazas o ausente en el ecocardiograma transesofágico intraoperatorio).
Conclusión: En el espectro de la presentación de la insuficiencia mitral severa, el 62,5% de los pacientes presenta patología de la valva posterior. Solamente el 39,5 % fueron reparados exitosamente realizando cuadrantectomía de P2; mientras que el 60,5% restante requirió de la aplicación de una miríada de técnicas diferente

178 Bypass Coronario Anatómico Funcional todo Arterial

RODRIGUEZ CAMPOS, J. F; MEDEOT, N. J; JURI, R; RIOS, M; FARIAS, C; BUENO, G; BARCUDI, R; ANAUCH, D
Cirugia Cardiovascular, Unidad Cardiovascular, Sanatorio Mayo, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introduccion y Objetivos: Analizar la evolucion alejada de este nuevo metodo de revacularizacion miocardica con un seguimiento de entre uno y cinco anos. -
Material y Metodos: De Enero del 2005 a Julio del 2010 200 coronarios electivos fueron revascularizados con este metodo sin bomba, 78 % hombres,22 % mujeres, edad media de 62 anos, (+ - 12.5), angor II, III con lesion de tres vasos y electivos el 100 %, FE media 48 %. - Enf. asociadas, diabetes 34 %, vasc. periférico 22 %, EPOC 18 %, IRC 4 % . Se disecaron ambas mamarias internas esqueletizadas y se copia la coronaria izquierda desde el inicio de la misma usando la LIMA como tronco principal, con la RIMA libre se van creando y anastomosando las distintas ramas que se revascularizan (Diagonal, Laterales de Circunfleja, Postero ventriculares y Descendente Posterior, esta ultima en un 16 % se realizo con la Gastro epiploica por insuficiente longitud de las mamarias. -
Resultados: Mortalidad precoz 0,5 %, tardia 6 %, sobrevida alejada 94 %, libre de eventos cardiovasculares 91 %, ACV 0,5 %, se produce al tercer dia por hipertension, FA 6 %, tres dias de internacion promedio,3 % de reinternacion dentro del mes. reoperación por sangrado 1 %, mediastinitis 0,5 %. El seguimiento a mediano y largo plazo se controló con clínica, y telefonicamente, met. complementarios en 23 %. - El análisis estadístico para ambos grupos se realizó con método de Fisher's test y Mann-Whitney test con desviación estándar y diferencia significativa de $p < 0,05$. -
Conclusión: Esta tecnica tiene mejor funcionalidad de los injertos arteriales, ya que copia a la naturaleza en sus bifurcaciones y direccion de los mismos, evitando los flujos encontrados, al no tocar la aorta evita la principal causa de ACV, al ser doble mamaria y todo arterial la permeabilidad alejada es superior, la esqueletizacion de las mamarias previene las mediastinitis, en sintesis se encuadra dentro del estado de arte actual de la cirugia de revascularizacion miocardica.

181 Concentración de Carotenos y Clorofilas en Aceites de Oliva y sus Beneficios en la Salud Cardiovascular.

Nieto, SI; Gomez, PI; Andrada, CA; Moyano, PL; Luna, MC; Espinosa, VP; Acosta, G; Herrera, J; Sanagua, JO
Unidad de Investigación de aceite de oli, Fac. de Ciencias de la Salud, UNCa, SFV de Catamarca, Catamarca, Argentina

Introducción: Los carotenos y las clorofilas son compuestos del aceite de oliva virgen (AO) que pueden tener efectos beneficiosos en la prevención de las enfermedades cardiovasculares debido a su potente capacidad antioxidante.
Objetivos: El objetivo de este trabajo es estudiar la concentración de carotenos y clorofilas en diferentes muestras de variedades de aceite de oliva virgen (AO): Picual, Frantoio y Coratina.
Materiales y Métodos: Los carotenos y clorofilas se cuantificaron por el método espectrofotométrico Color Pigment Correlation in Virgin Olive Oil, a una longitud de onda de 472 nm y 670 nm, respectivamente. Las muestras se trabajaron por triplicado y los resultados se expresaron en ppm de fracción carotenoide y clorofílica. Se aplicó a las diferentes muestras el procedimiento estadístico descriptivo y ANOVA ONEWAY.
Resultados: Para las variedades Frantoio, Coratina y Picual se observaron los siguientes valores: fracción carotenoide 8,01+0,02 Vs 13,49+0,01 Vs 8,71+0,04 ppm $p<0,001$; y fracción clorofílica de 14.55+0,08 ppm, 32,05+0,45 ppm y 20,53+0,11 ppm $p<0,001$.
Conclusión: El aceite de oliva variedad Coratina presentó mayor concentración de carotenos y clorofilas por lo tanto tendría mayor potencialidad como antioxidante en la prevención de enfermedades cardiovasculares

184 Incidencia de Nuevos Defectos de Perfusión Postangioplastia en pacientes Diabéticos Tipo II

Vega Hidalgo, JE; Rojo, JO; Mujica, RC; Delgado Del Aguila, F
Medicina Nuclear, Cardiologia, Clinica Vledma, Viedma, Rio Negro, Argentina

Objetivos: Evaluar factores de riesgo, síntomas y la aparición de nuevos defectos de perfusión postangioplastia en pacientes (p) diabéticos tipo II, versus pacientes no diabéticos mediante Perfusión Miocárdica SPECT Gatillado (PM).
Material y Método: Se estudiaron en forma prospectiva 320 p sin antecedentes coronarios previos, seis meses después de su primera angioplastia. Se dividieron en Diabéticos y No Diabéticos, y se analizaron factores de riesgo, síntomas y aparición de nuevos defectos de perfusión (Def) por PM de los territorios arteriales tratados (Descendente Anterior (DA), Circunfleja (CX), Coronaria Derecha (CD). Se realizó análisis uni y múltivariado con Epi Info.
Resultados: 320 p (Sexo masculino 65,1%),393 vasos tratados (ATC). Diabéticos 63p (19,7%) 85 ATC, No diabéticos 257p (80,3%) 308 ATC.
Diabéticos: Factores de Riesgo (FR): Dislipemia (Dlp) 54p (85,7%), HTA 53p (84,1%), Tabaquismo (Tbq) 46p (73%). Asintomáticos 43p (68,3%), Sintomáticos (Angor, Disnea, Dolor Atípico) 20p (31,7%). PM: ATC-DA con Def 10p (11,7%), ATC a CX con Def 2p (2,3%), ATC a CD con Def 9p (10,5%). FEy: 56 +/-14%. Total de Def/ATC 21/85 (24,7%).
No Diabéticos: FR: Dlp 191p (74,3%), HTA 181 (70,4%), Tbq 173p (67,3%). Asintomáticos 188p (73%), Sintomáticos 69p (27%). PM: ATC-DA con Def 36p (11,6%), ATC a CX con Def 14p (4,5%), ATC a CD con Def 18p (5,6%). FEy: 58 +/-13%. Total de Def/ATC 68/308 (22,1%). OR: 1,16 (0,63-2,1), RR: 1,12 (0,73-1,73), p: 0,6 (NS).
Conclusiones: En pacientes diabéticos tipo II se observó mayor incidencia de hipertensión arterial y dislipemia. Los pacientes sintomáticos fueron similares entre ambos grupos. Hubo una tendencia mayor de nuevos defectos de perfusión miocárdica en los pacientes diabéticos, no alcanzando diferencias significativas.

185 Variablilidad de la Frecuencia Cardíaca en pacientes Insuficientes Cardíacos

De Battista, MR; Ranchilio, G; Mascia, M; Mansilla, L; Pastor, V; Laugle, C; Defeo, MM; Irurzun, IM; Mola, EE
Grupo de Sistemas Complejos, INIFTA, Facultad de Ciencias Exactas, UNLP-CONICET, La Plata, Buenos Aires, Argentina / Sección Electrofisiología, Servicio de Cardiología, HIGA "Prof. Dr. Rodolfo Rossi", La Plata, Buenos Aires, Argentina / Ecocardiografía, Servicio de Cardiología, HIGA "Prof. Dr. Rodolfo Rossi", La Plata, Buenos Aires, Argentina

El remodelado ventricular presente en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) estimularía la actividad simpática y atenuaría el tono vagal causando un cambio del tono autónomo dominante en condiciones basales, reflejado en la VFC. En el presente estudio se incluyeron 23 pacientes con diagnóstico clínico de IC y en condición estable. Se excluyeron aquellos con patologías de reconocido impacto en la VFC como cardiopatía isquémica, diabetes y trastornos tiroideos así como alteraciones del ritmo como fibrilación auricular y pacientes con marcapasos. A todos los pacientes se les tomó un Holter de 24 hs y se les realizó un Ecocardiograma 2D de donde se obtuvo la fracción de eyección (FE) como parámetro de función ventricular. Sobre la serie temporal de intervalos RR de cada holter se calcularon dos índices no llineales de VFC derivados de la teoría del caos: dimensión de embedding (EDIM) y fracción de falsos vecinos en dimensión 10 (FNNF10). Ambos surgen de construir para cada serie temporal lo que se llama "curva de falsos vecinos". Un 40% de los pacientes presentó valores patológicos de FNNF10 (> 0,03), mientras que un 20% presentó EDIM patológica (>10). En otro 20% de los casos no se pudo obtener la EDIM debido a que la curva de falsos vecinos no se estabillizó. Para estos pacientes se aplicó un método de promediado de los intervalos RR cada 8 intervalos y sobre esa nueva serie se calcularon nuevamente los índices. En todos los casos se logró una buena curva de falsos vecinos y se obtuvieron EDIM normales. Este resultado indicaría que en estos pacientes con insuficiencia cardíaca habría un componente de alta fecuencia agregado que hace más aleatorias las series temporales. En todos los casos con índices de VFC alterados la FE fue < 60%, lo cual hace a estos índices de alta especificidad en el diagnóstico de disfunción ventricular aunque de baja sensibilidad (30%). La detección de disfunción ventricular a partir del estudio holter es de caracter innovador.

186 Valoración Clínica de Endocardistis Infecciosa en Nuestra Institución

Moriconi, L; Pereyra Sueldo, C; Carrera, S; Baldiviezo, F; Corradi, L; Colque, R
Cardiologia, Cardiologia, Clinica P. Velez Sarsfield, Cordoba, Cordoba, Argentina

Se recolectaron 30 casos de endocarditis infecciosa desde marzo del 2007 hasta setiembre del 2010 se evualuo variables como sexo edad, antecedentes cardiovasculares previos (entre los cuales se encontraban enfermedades valvulares hasta recambios valvulares) Con estas variables se analizo la presentacion clinica evaluando no solo los criterios de Duke, sino otras variables clinica frecuentes en la presentacion sintomatica de esta patologia. El 85 % presento fiebre como sintoma cardinal, el 48% sudroacion nocturna y el 60 % perdida de peso y astenia. En el examen fisico el 50 % presento petequias, el 6 % hemoragias subungueales, 30 % hepatomegalia y el 15 % insuficiencia cardiaca congestiva. El soplo se manifesto en un 55 %. La fuente de bacteremia fue desconocida en un 28 %, mientras que los hemocultivos fueron positivos en un 85 % de los casos. El tiempo de evolucion de los sintomas fue en su mayoria (80 %) menor a un mes. El ecocardiograma Doppler mostro una sensibilidad del 88 % En cuanto al tratamiento el 55 % de los Casos respondio al tratamiento medico y el 20 % requirio cirugia, La tasa de mortalidad fue del 25 % Siendo nuestra institucion una clinica de tercer nivel mostramos la evoluc ion desde el ingreso al alta de esta patologia.

187 Utilidades del Sistema de Navegación Ensite en la Ablación por Radiofrecuencia de Sustratos Simples

Olmedo, J; Abello, MS; Moltedo, JM
Electrofisiología, Cardiología, FLENI, CABA, Buenos Aires, Argentina / Electrofisiología pediátrica, Cardiología pediátrica, FLENI, CABA, Buenos Aires, Argentina

Introducción: Los sistemas de navegación tridimensional no fluoroscópico son una herramienta útil para la ARF en pacientes con arritmias complejas y con cardiopatías estructurales, en nuestro medio su utilización en sustratos convencionales es menos frecuente.
Objetivo: Evaluar las utilidades del sistema de navegación Ensite en sustratos simples como vías accesorias (VAc) , aleteos auriculares comunes (AA) y taquicardias intranodales (TIN).
Materiales y Métodos: Se incluyeron 23 ptes que ingresaron para ARF de arritmias de sustratos simples. En todos los casos se realizó la reconstrucción anatómica cardíaca y un mapa de activación. Se evaluaron los hallazgos y utilidades del Ensite-NavX™ en cada sustrato.
Resultados: De los 23 ptes,11 (48%) tenían VAc,2 (9%) TIN y 10 (43%) AA. En todos los casos el sistema Ensite-NavX™ fue de gran utilidad ya que permitió trabajar sobre una anatomía real. De los pacientes con AA, al ser la mayoría portadores de marcapasos, permitió manipular menos catéteres minimizando el riesgo de desplazamiento de los catéteres endocavitarios definitivos. También fue de utilidad para evaluar con precisión puntos de persistencia de conducción ístmica tras una línea de bloqueo ineficaz mediante un mapa de propagación. El mapa de activación, en las TIN, evidenció un desplazamiento posterior/inferior de la vía rápida, muy próxima a la zona de aplicación habitual en la vía lenta, minimizando el riesgo de bloqueo AV; y en las VAc, mostró la inserción precisa auricular y ventricular. En todos los pacientes se pudo marcar el sitio exacto de aplicación y la localización del sistema normal de conducción.
Conclusiones: El sistema Ensite-NavX™ en sustratos simples en comparación con la ablación convencional, aporta importante información adicional, mientras permite trabajar con un menor número de catéter sin que ello implique pérdida de información durante el procedimiento. Su utilidad es beneficiosa en cualquier sustrato mejorando la seguridad.

190 Evolución del Programa de Telemedicina en una Red de Hospitales para el Tratamiento del Infarto. Experiencia a 6 Meses.

Silberstein, M; Mariani, J; De Abreu, M; Gurid, I; Fernandez Frisano, G; Herrera, D; Marolla, I; Marini, J; Medina, A; Tajer, C
Cardiología, Unidad de Coronaria, Hospital El Cruce, Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina

Introducción: En la red de cinco hospitales vinculados al Hospital El Cruce de alta complejidad no se cuenta con cardiólogos de guardia, y hemos observado dificultades en el diagnóstico precoz de los cuadros coronarios agudos.
Objetivos: Evaluar la funcionalidad de un sistema de telemedicina, centralizado en el Hospital El Cruce, para facilitar el diagnóstico precoz y asesoramiento inmediato sobre la mejor conducta asistencial.
Métodos: Se instalaron a partir de julio del 2010 equipos de telemedicina desarrollados localmente con equipos basados en PC y un software específico, en los Hospitales Evita de Berazategui, Oñativia de Almirante Brown, Iriarte de Quilmes, Melendez de Almirante Brown, Unidad Sabato, y Centro Don Orione de la provincia de Bs. As, funcionando activamente solo en 3 centros hasta la fecha. El ECG es efectuado en una PC del centro periférico y se envía por web al Hospital el cruce junto a una planilla con los datos clínicos, generando por software una alarma en Unidad Coronaria, donde es interpretado por un cardiólogo que responde en menos de 10 minutos por la web o por contacto telefónico.
Resultados: Se recibieron un total de 155 trazados, 90 patológicos (58%), 42 con supradesnivel del ST, 30 con otros cambios isquémicos, 10 con fibrilacion auricular, 6 otros diagnósticos. Se derivaron al hospital 37 pacientes (23,9%), 30 con supra ST y 7 sin supra ST, para la realización de procedimientos de revascularización.
Conclusiones: El sistema de telemedicina evaluado en su etapa inicial en una red de hospitales públicos demostró su factibilidad, y permitió un aporte para el diagnóstico precoz, con equipos de bajo costo y la colaboración de médicos durante sus guardias. Este podría ser un modelo a adaptar en redes de hospitales públicos como apoyo a las guardias y sistemas de emergencia.

191 Evaluación de Sincronía Miocárdica en pacientes con QRS Ancho, Disfunción Ventricular con o sin Marcapasos Definitivo

Pereyra Sueldo, C; Moriconi, L; Baldiviezo, F; Corradi, L; Colque, R
Ecocardiografia, Cardiologia, Clinica P. Velez Sarsfield, Cordoba, Cordoba, Argentina / Cardiologia, Cardiologia, Clinica P. Velez Sarsfield, Cordoba, Cordoba, Argentina

Se evaluaron 30 pacientes con miocardiopatia dilatada y QRS ancho con o sin marcapasos definitivo. Se evaluo edad sexo, etiologia, fraccion de eyeccion, clase funcional, ancho del QRS y sincronia Auriculo ventricular, intraventricular e interventricular a traves de Doppler Tisular. El analisis ecocardiografico se realizo midiendo distencia E/ E y RR para sincronia AV, preeyeccion pulmonar y aortica para interventricular y Doppler tisular midiendo la distancia R /S del cara pared miocardica. El 90 % de los pacientes fueron hombres, el 70 % mayores de 60 años. La etiologia de la miocardiopatia dilatada fue un 48 % idiopatica, 30 % cardiopatia isquemica,10 % enfermedad valvular y 12 % miocardiopatia chagásica. En un 65 % la fey fue menor al 35 %, entre 35 y 60 % se encontraron 34% y solo 1% en pacientes con FEy mayo del 60 % La clase funcional según NYHA fue en su mayoria II y III y el QRS en 72 %fue mayor al 72%. La sincronia AV se conservo en 49 %, la disincronia interventricular fue cercana al 70 % y la intraventricular fue cercana al 65 % El estudio marco un alto porcentaje de disincronia en pacientes con mala clase funcional, disfuncion ventricular severa y QRS mayor a 150 ms

192 Exposición a Radiación Ionizante en Diagnóstico Cardiológico. Una Estimación de la Dosis de Exposición del Cardiólogo Nuclear.

Pastore, F. A; Fernández, C. C; Ríos, V; Boyer, M; Malvar, M
Medicina Nuclear, HIGA Eva Perón, San Martín, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La exposición a radiaciones ionizantes con fines de diagnóstico médico es un tema de renovada actualidad que involucra a médicos, pacientes y a la sociedad en su conjunto.
Objetivos: 1- estimar la dosis de exposición a que es sometido el cardiólogo nuclear durante la realización del estudio de perfusión miocárdica con Tc 99 Sestamibi en protocolo de 2 días.2- evaluar los instrumentos de medición de uso cotidiano para el cálculo de la exposición a radiación ionizante.
Material y Métodos: Se efectuaron mediciones de la exposición del operador (cardiologo nuclear), durante la realización de la prueba de esfuerzo. La exposición fue medida mediante el uso de dos equipos distintos (contador de Geiger-Müller). Se contó con un tercer equipo provisto por la CONEA que se consideró "patrón oro" de referencia. Las mediciones de ambos equipos fueron correlacionadas y comparadas (análisis de Bland y Altman). Fueron incluidos 25 pacientes de 55 años, rango entre 40 y 79 años. Se administró una dosis media (X) de = 18.3 mCi (14-22.5), DS 2.25 en el esfuerzo pico. Se consideró un tiempo total de exposición de 6 minutos (m), de los cuales 1.5 m se midieron a una distancia fuente (paciente) - médico de 30 cm y 4.5 m a 120 cm de distancia.
Resultados: La dosis X de exposición fue 1,44 uSv/ estudio, DS 0.31, rango 0.87- 2.18. Asumiendo un promedio de 880 estudios anuales el cardiólogo nuclear se expondría a 1267 uSv = 1.26 mSv año. La correlación entre los dos equipos fue significativa r = 0.54, p< 0.005, pero en la comparación la media de las diferencias fue -5.3± 1,4 uSv/ estudio.
Conclusiones: 1- Durante la realización del estudio de esfuerzo el cardiólogo nuclear se expondría a una dosis adicional anual de radiación ionizante de un 50 % con respecto a la población general (radiación basal anual 2,5 mSv año). 2-La comparación de dos equipos de medición de uso habitual en nuestro medio evidenció diferencias significativas en los valores absolutos medidos

193 Ensayo Clínico sobre el Efecto del Consumo del aceite de oliva virgen, en el Perfil Lipídico de Pacientes con Enfermedad Coronaria

Acosta, G. E; Luna, M. C; Herrera, J. A; Andrada, C. A; Nieto, S. I; Gomez, P. E; Moyano, P. L; Espinoza, V; Perricone, P; Sanagua, J. O
Unidad de investigación de aceite de oli, Fac. de Ciencias de la Salud, UNCa, SFV de Catamarca, Catamarca, Argentina

Objetivos: Evaluar el efecto del consumo del aceite de oliva virgen (AO), en el perfil lipídico de pacientes con enfermedad coronaria estable.
Material y Métodos: Se realizó un ensayo clínico randomizado, cruzado y placebo controlado, en 34 pacientes de sexo masculino de 63 ±7 años con enfermedad coronaria documentada. Una dosis diaria de 50 ml de AO y aceite de girasol (AG), fue secuencialmente administrado por dos periodos de tres semanas. Precedidos por dos semanas de lavado. Todos los pacientes mantuvieron una dieta parcialmente controlada, para no aumentar las calorías totales y restricción del consumo de antioxidantes. Se aplicó a los resultados el test T para población apareada y un modelo de regresión lineal múltiple para ajustar los valores pre y postintervención.
Resultados: Se observó una disminución significativa de los valores de Triglicéridos post intervención con AO de 218 vs 174 p<0.001. No hubo modificación significativa del peso corporal, Colesterol Total, Colesterol HDL, Colesterol LDL e índices de Colesterol Total/Colesterol HDL.
Conclusión: El consumo de AO produciría efectos beneficiosos en pacientes con enfermedad coronaria estable, como una intervención dietética adicional al tratamiento farmacológico

196 Bypass sin Bomba en la Miocardiopatía Isquémica Necrótica

Rodriguez Campos, J. F; Medeot, J. N; Juri, R; Rios, M; Farias, C; Bueno, G; Vega, H; Villagra, M; Barcudi, R; Anauch, D
Cirugia Cardiovascular, Unidad Cardiovascular, Sanatorio Mayo, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introduccion: La cardiomiopatia isquemico necrotica es una patologia compleja en la cual los procedimientos de revascularizacion si el pte. tiene esa posibilidad son de gran morbimortalidad perioperatoria. -
Objetivos: Analizar los resultados en un grupo de 54 pacientes revascularizados sin bomba, el punto final primario fue la mortalidad precoz y tardia, y el secundario fue la sobrevida libre de eventos cardiovasculares precoz y tardia.
Material y Metodos: En 54 pacientes, con edad promedio de 62,5 (+ - 12,5) con miocardiopatia isquemica dilatada, con viabilidad miocardica positiva, FE < 30 %, el 81,5 % con IAM previo, el 51,6 % con angioplastia previa, y un promedio de 2,17 stent implantados por paciente, con lechos distales evaluados como regulares a malos en su mayoria, (77 %) y solamente un 23 % como buenos, el 63 % se encontraba en clase funcional III - IV, el 22,5 % se discutio y tuvo contraindicacion de Tx. cardiaco, con un Euroscore promedio de 10 puntos.
Se realizó cirugia de bypass sin bomba al 100%, en el 27,7% se coloco IABP previo, el numero promedio de puentes fue de 2,5 por paciente, 61 % arteriales (LIMA, RIMA) y 19 % vena safena, el tiempo promedio de cirugia fue de 6 hs., 3,7 % fueron reconvertidos a CEC, durante la cirugia. - Loa analiis se realizaron aplicando las tecnicas de Fisher test y Mann Whitney test con desviacion estándar y diferencia significativa de p < 0,05.
Resultados: La mortalidad hospitalaria fue de 6 pacientes (11 %), la mortalidad alejada en un seguimiento de 6 a 66 meses fue del 25 %,12 pacientes fallecieron de causa cardiovascular en su mayoria (91,6 %), la sobrevida libre de eventos cardiovasculares mayores fue del 58,3 % (28 pacientes), estos ultimos lograron estabilizar la evolucion y permanecieron en Clase funcional I- II con medicacion.
Conclusion: La cirugía de by-pass sin bomba es viable en pacientes con mala funcion ventricular, con aceptable sobrevida precoz y tardia. -

199 Miocardiopatía en paciente joven

Dain, A; Arabia, L; Pierantozzi, D; Suarez, A; Otero Gruer, D; Ibarra, J
SerClMed, Division Clinica, HMRCba, Cordoba, Cordoba, Argentina

Joven de 22 años con antecedente de poliartritis seronegativa, medicado con sulfalazina, naproxeno y prednisona derivado por presentar hallazgos patológicos al eco cardiograma el cual fue realizado por referir dolor precordial, opresivo de inicio y terminación inespecíficos.
Examen físico: sin hallazgos particulares
Laboratorio: hto 39; Hb 13; Gb 11400; VSG 15; APP75; KPTT 45
ECG: ritmo sinusal, supra desnivel s-t 2mv concavidad superior de V1a V3, frecuencia cardiaca 100.
Ecocardiograma: Alteración segmentaria de la motilidad parietal del Ventrículo Izquierdo, hipocinesia del Septem interventricular, cara anterior y lateral.
Relajamiento ventricular reducido
Deterioro moderado de la función sistólica, fracción de eyección 34% Paciente que evoluciona con registros subfebriles con placa pultaceas en faringe por lo cual recibe tratamiento con Ampicilina Sulbactam., con taquicardia de reposo, regular soplo sistolico 2/6, que se asocia a disnea con el esfuerzo, hipotension arterial y Duncan positivo. Se inicia tratamiento con carvedilol 6,25 mg cada 12 horas, Aspirina y enalapril.
Fondo de ojo: normal
Ecografía renal: normal
Proteinograma por electroforesis: normal
Ecocardiograma transesofágico: sin verrugas ni lesiones valvulares.
TAC toraco abdominal: normal
Hormonas tiroideas: normales
Hisopado faríngeo: normal
Reumatograma: negativo:
Camara gamma cardiaca: derrame pericardico leve sin signos de miocarditis.
Serología viral: ECHO, IgG e IgM +
Se inicia tratamiento con digoxina por deterioro de la función sistólica y taquicardia sinusal con progresiva respuesta.
Ecocardiograma control al alta: Alteración segmentaria de la motilidad parietal del Ventrículo Izquierdo, hipocinesia del Septem interventricular, cara anterior y lateral. Relajamiento ventricular reducido Funcion sistolica global conservada, fraccion de eyeccion 60%

200 Evaluación de Función Endotelial en pacientes con Angina Microvascular

Esteybar, N; Tufare, A
Cardiología, Ecocardiografía, HIGA Dr Alende, Mar Del Plata; Buenos Aires, Argentina

Introducción: El endotelio vascular es un órgano que libera sustancias vasodilatadoras y vasoconstrictoras respondiendo a las necesidades metabólicas de los tejidos. La angina microvascular es caracterizada por dolor precordial de características isquémicas con arterias coronarias angiograficamente normales. Uno de los mecanismos principales que explicarían este fenómeno sería una alteración en la función endotelial que llevaría a una disminución de la síntesis de sustancias vasodilatadoras con mayor tendencia a la vasocontricción.
Objetivos: Comparar parámetros de función endotelial entre un grupo de pacientes con angina microvascular y en un grupo de individuos controles.
Material y Métodos: Se incluyeron pacientes con evento isquémico miocárdico y cinecoronariografía normal y un grupo de individuos sanos. Se realizó historia clínica y evaluación de la vasodilatación mediada por flujo de la arteria braquial por ultrasonido. Los resultados fueron expresados como promedios ± desvío estándar. Las diferencias entre los dos grupos fueron analizadas a través del test de t. Se consideró diferencia estadísticamente significativa a una $p \leq 0.05$.
Resultados: El número total de pacientes fue de 17, en el grupo control se incluyeron 10 pacientes y el grupo de casos 7. El promedio del cambio del diámetro arterial fue del 18% ± 4,7 en el grupo control y de 12% ± 6,4 en el grupo de casos ($p< 0.05$).
Conclusiones: Los pacientes en el grupo de angina microvascular presentaron valores de función endotelial significativamente más bajos que los pacientes en el grupo control.

201 El Impacto del Género en los Síndromes Coronarios Agudos

Yañez, M; Vargas, A; Escudero, M. L; Moisés Azize, G
Cardiología, Unidad Coronaria, Clínica Caraffa, Córdoba, Córdoba, Argentina

Estudio analítico, observacional, longitudinal, retrospectivo, donde se analizó el impacto del género (mujer o varón) en la presentación clínica y anatomía coronaria de los Sindromes Coronarios Agudos (SCA) hospitalizados en Unidad Coronaria (UCO) de nuestra institución entre el 01-01-2009 y el 31-12-2010 inclusive. Se analizaron 550 pacientes (p) internados en UCO por SCA en ese periodo y se cotejaron los perfiles de riesgo y anatomia coronaria de mujeres y varones respectivamente. Globalmente hubo un 77,6% de Angina Inestable (428 p), 16,3% de IMSEST (90 p) y 5,6% de IMCEST (32 p). La estratificación de riesgo al ingreso dió Alto en 140 p (25,4%), Intermedio en 250 p (45,4%) y Bajo en 160 p (29,2%) con una Probabilidad Intermedio/Alta de Coronariopatía en el 93,6% (516 p). Del total de pacientes, 208 (37,9%) fueron mujeres. En este grupo hubo más pacientes con Diabetes (26,9% vs.20,4%), mayor proporción de > 65 a. (42,3% vs.29,6%) y menor proporción de tabaquismo (38,4% vs.57,9%). No hubo diferencias significativas en la prevalencia de Hipertensión Arterial, Dislipemia, Insuficiencia Renal o Enfermedad Coronaria Previa. Se realizó CCG a 324 p (58,9% del total y 83% de los p. de riesgo intermedio/alto) de los cuales 76 p (23,4% de las CCG realizadas) tenían arterias coronarias sin lesiones significativas (S/LOAS). La proporción de CCG S/LOAS fue del 37,0% en mujeres y 15,6% en varones (RR: 2,34 - IC95 1,68 - 3,11 $p < 0,02$)
Conclusión: A pesar de tener un perfil de riesgo más alto (excluyendo el inherente al sexo) en el grupo de mujeres la proporción de CCG S/ LOAS fue significativamente mayor, independientemente de la estratificación de riesgo previa.

202 Ablación por Radiofrecuencia en pacientes con Cardiopatías Congénitas

Olmedo, J; Moltedo, J. M; Abello, M. S
Electrofisiología, Cardiología, FLENI, CABA, Buenos Aires, Argentina / Electrofisiología pediátrica, Cardiología pediátrica, FLENI, CABA, Buenos Aires, Argentina

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar los resultados de la ablación con radiofrecuencia (ARF) de diferentes sustratos arritmogénicos en pacientes con cardiopatía congénita (CC).
Métodos: A partir de la base de datos de ablaciones realizadas entre noviembre de 2004 y noviembre de 2010, se identificaron los pacientes con CC. Se analizaron los datos demográficos, el tipo de anomalía congénita, la presentación clínica, el sustrato arritmogénico y los resultados de la ablación.
Resultados: Se incluyeron 25 ptes, de los cuales 14 (58%) eran varones. La edad media fue de 21±12 años (rango: 3-41). 11 ptes (44%) tenían enfermedad de Ebstein sin cirugía previa, 3 (12%) comunicación interventricular-estenosis pulmonar,3 (12%) tetralogía de Fallot, 2 (8%) atresia tricuspídea post-cirugía de Fontan-Kreutzer, 2 (8%) TGV con cirugía de Senning ,1 (4%) coartación aórtica,1 estenosis aórtica post-cirugía de Ross-Konno,1 persistencia de la vena cava superior izquierda con agenesia de la vena cava superior derecha y 1 ventrículo único post Glenn. La forma de presentación clínica fue palpitaciones con taquicardia documentada y fracaso del tratamiento médico en el 52% (13p), uno de ellos asociado a síncope. El estudio electrofisiológico evidenció vías accesorias en 10 ptes (42%) (4 posteroseptal, 6 pared libre derecha y 4 pared libre izquierda), dos ptes con Ebstein presentaron múltiples vías accesorias. Se presentaron 8 ptes (33%) aleteos auriculares (6 típicos y 4 atípicos) dos de ellos con los dos sustratos,3 (13%) taquicardias ventriculares,2 (8%) taquicardias auriculares y 1 (4%) taquicardia intranodal atípica. La tasa de eficacia de la ARF fue del 84%. Tres ptes presentaron recurrencia tardía. Ningún paciente presentó complicaciones relacionadas con el procedimiento.
Conclusión: La ARF de diferentes sustratos arritmogénicos en CC es un tratamiento altamente eficaz y seguro, por lo que debe considerarse una importante herramienta terapéutica en estos pacientes

206 Fibrilación Auricular en Recuperación Cardiovascular. Variables Asociadas. Nuestra Experiencia

Quiroga Castro, W; Conci, E; Chiappe, M; Canestri, A; Zelaya, F; Alvarez, E; Sala, J; Serra, C; Balestrini, A; Canestri, A
Unidad Terapia Intensiva, Internacion, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina / Cirugía Cardiovascular, Cirugia, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina / Dirección, Cardiología Clinica, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: La fibrilación auricular (F. A.) es una arritmia frecuente en recuperación cardiovascular y se encuentra asociada en general a pacientes más graves.
Objetivo: Evaluar la incidencia de FA en los pacientes sometidos a cirugía cardiaca (CC) en nuestra institución y evaluar las variables asociadas a su aparición, y el aumento de riesgo de complicaciones que encontramos en nuestros pacientes (p.)
Material y Método: Evaluamos los últimas 222 p. sometidos a c. c. en nuestra institución. Valoramos la aparición de F. A. y sus variables asociadas.
Resultados: 222 p. se les realizó c. c.59 p. (27%) presentaron F. A.
Edad: p. con FA (PFA): 69 años. (a) p. sin FA (No FA): 62 a.
Categorizado (cat) < 65 a: PFA 15 %; > 65 a. PFA 42 % p < 0.0001 Sexo: Hombres (M) 22 % vs Mujeres (F) 36 % p < 0.07 n. s.
Euroscore: No FA 3.3 vs PFA 4.8. Categorizando > < 4 puntos: > 4 PFA 41 % vs < 4 PFA 21 %. p< 0.006 Amiodarona Previa: PFA: 36 % vs No FA 27 %. n. s. B. Bloqueantes Previo: PFA 31 % vs No FA 24 % n. s.
Estatinas previas: PFA 27% no estatinas: PFA 29 % n. s.
FA y Tipo Cirugía: Cirugía de Revascularización Miocárdica (CRM) 23%, Cirugía Valvular (CV) 36 %; Cirugía Combinada (CCV) 32 % n. s. Presencia de FA: Cirugía Mitral PFA 70 % vs No Mitral PFA 26% p< 0.003
Fracción de Eyección < 35 %: FA 30 % vs No FA 24 % n. s. Días Internación: No FA 8 d. vs FA 11 d. cat >< 8 días: > 8d. FA 39 % vs < 8 d. FA 21 %. p < 0.006.
CRM: Mortalidad: 1.4 % (2/145) No FA: 1.2 % vs FA: 3 %. n. s.
CV: Mortalidad: 4.7 % (2/43) No FA 0 % vs FA 10 %. n. s.
CCV: Mortalidad: 8.8 % (3/34) No FA 8 % vs FA 11 % n. s.
Mortalidad Global: 3.2% (7/222) No FA 3.1% vs FA 3.4 % n. s.
Conclusiones: La Incidencia de FA es la habitual, fue menor en CRM. Los p. con FA mostraron estadísticamente, mayor edad, Euroscore, Cirugía Valvular Mitral y Días de internación; presentaron mayor mortalidad, pero no fue estadísticamente significativa

207 Deformación Ventricular evaluada por Speckle Tracking en pacientes con Insuficiencia Cardíaca de Origen Isquémico y no Isquémico.

Echeverria, R; Arevalo, M; Zoni, C. R; Gonzalez, M. M; Carmona, M. D; Aristimuño, G; Cimbaro, J. P; Coronel, M. L; Comisario, R. M; Perna, E. R
Residencia de Cardiologia Clinica, Residencia de Cardiologia Clínica, Instituto de Cardiologia JFC, Corrientes, Corrientes, Argentina / Servicio de IC e Hipertension pulmonar, Instituto de Cardiologia JFC, Corrientes, Corrientes, Argentina / Facultad de Medicina, Facultad de Medicina, UNNE, Corrientes, Corrientes, Argentina

Introducción: La deformación ventricular (strain) estimada por ecocardiografía es un método relativamente nuevo para evaluar la función ventricular.
Objetivo: Comparar los valores de strain sistólico pico obtenidos mediante speckle tracking en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica de origen isquémico versus no isquémico.
Métodos: Inlcuimos 39 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca crónica y deterioro de la fracción de eyección, con ritmo sinusal. A todos se les realizó un ecocardiograma Doppler completo con estimación del strain sistólico pico mediante speckle tracking. Dividimos a los pacientes en grupo A: etiología isquémica y B: no isquémica.
Resultados: 19 pacientes eran del grupo A. La edad media fue de 63 (DS10) años.69% hombres. La fracción de eyeccion promedio de 32%. Eran hipertensos el 61%, dislipidémicos 41%, diabéticos 21% tabaquistas 28%. El strain longitudinal sistólico pico fue similar en ambos grupos A: -7.9 (DS3) vs grupo B: -7.8% (DS3).
Conclusión: La deformación ventricular sistólica (strain) evaluada por ecocardiografía es similar en pacientes con insuficiecia cardíaca crónica de origen isquémico y no isquémico.

209 Factores de Riesgo de Mortalidad en pacientes Diabéticos Tipo 2 bajo Tratamiento con Insulina

Lopez Santi, R; Bolzan, A; Re, M. A; Heffes, D; Duymovich, C; Valeff, E; Cocozzella, J. P; Crovetto, L; Alejandre, S; Collia, A
Direccion de Patologías Prevalentes, Subsecr de Coord y Atencion de la Salud. , Miniterio de Salud de la Pcia de Bs As, La Plata, Ba As, Argentina

Introducción: La Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 es un trastorno metabólico de fuerte impacto en la Salud Pública. Es importante identificar adecuadamente los pacientes vulnerables y volcar en ellos todas las herramientas de prevención posibles.
Objetivo: Establecer los factores de riesgo de morir en pacientes con DM tipo 2 bajo tratamiento con insulina.
Métodos: Se incluyeron los diabéticos tipo 2 (12147) cuyos datos estaban registrados en su totalidad al ingresar en el PRODIABA del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (1996-2009). Se consideró como evento la muerte y como factores de riesgo edad, sexo, colesterol (>200 mg%), triglicéridos (>150 mg%), tensión arterial (TA), considerando dos niveles comparativos, a)>140-90 mmHg b)>130-80 mmHg, tabaquismo activo y antecedente de hipertensión arterial (HTA). El análisis estadístico incluyó cálculo de riesgo simple y regresión logística multivariada.
Resultados: El nivel de TA resultó estadísticamente significativo como predictor de muerte >140/ 90 mmHg (OR 1.17 IC95% 1.05-1.32). En tanto, el valor de TA >130/ 80 mmHg no resultó ser estadísticamente significativo (OR: 1.10 IC95% 0.90-1.12). El antecedente de HTA (OR: 1.24 IC95% 1.10-1.39), el nivel de triglicéridos >150 mg% (OR: 1.13 IC95% 1.02-1.26), el hábito de fumar (OR:1.15 IC95% 1.02-1.29) y la edad (OR 1.05 IC95% 1.04-1.06) fueron factores estadísticamente significativos. La distribución entre sexos mostró mayor frecuencia de óbitos en varones que en mujeres (17.5% vs.13.5%) (OR: 0.73 IC95% 0.66-0.81). Globalmente, el modelo multivariado predijo en un 70% (IC95.0% 0.68-0.73) la probabilidad de morir.
Conclusiones: Los predictores de muerte estadísticamente significativos en esta población de diabéticos fueron el antecedente de HTA, el nivel elevado de TA >140/90 mmHg, el nivel de triglicéridos en sangre >150mg%, el tabaquismo, la edad y el sexo masculino. El modelo multivariado predijo en un 70% la probabilidad de morir.

210 Hallazgos en el Monitoreo Electrocardiográfico Holter de 24 horas en Individuos Seropositivos para Chagas del Hospital San Bernardo

Nuñez, S. G; Nieva, E. E; Nuñez Burgos, F
Seccion de chagas, Servicio de Cardiologia, Hospital San Bernardo, Salta capital, Salta, Argentina / Unidad de holter, Servicio de Cardiología , Hospital San Bernardo, Salta capital, Salta , Argentina

Identificar las principales alteraciones eléctricas mediante Monitoreo electrocardiográfico Holter de 24hs en individuos seropositivos para Chagas del Servicio de Cardiología del Hospital San Bernardo. Determinar si hay diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a Holter anormal. Analizar si hay asociación significativa entre sexo y edad al Holter anormal. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La población bajo estudio comprendió 108 individuos de ambos sexos registrados como positivos para Chagas en la evaluación de Historias clínicas de consultorio externo de Chagas dependiente del Servicio de Cardiología del Hospital San Bernardo. Dicho estudio se realizó en la ciudad de Salta Capital, provincia de Salta. Se analizaron las historias clínicas de los individuos en estudio a fin de descartar co-morbilidades cardiacas. Los datos se obtuvieron de registros de informe de Holter de las historias clínicas. Criterios de inclusión: individuos que concurrían a consultorio externo que fueron identificados como seropositivos con dos pruebas positivas (HAI –ELISA para Chagas). Se estudiaron 108 individuos seropositivos para Chagas 61,11% (66) fueron mujeres y 38,68 (42) hombres. La mediana de edad en la que se encontró Holter alterado fue de 52 años. Se vio hay diferencia significativa entre la edad y el Holter alterado (p<0,05, prueba de rangos de wilcoxon con corrección de Boneferroni. Y que el 78,6% de las mujeres presento Holter alterado y hubo diferencia significativa entre hombres y mujeres con Holter alterado p=0,036 test de Pearson de Chi cuadrada para tablas de contingencia. En el análisis de ambos factores; edad y sexo asociados a Holter se observo q la edad fue el único factor asociado a Holter anormal (regresión logística) y q cada 10 años aumenta las chancees (odds ratio) 10,9 veces de tener un Holter anormal. En lo que respecta a frecuencias la mediana de la frecuencia cardiaca media de los individuos estudiados fue de 71

211 Cirugía Cardíaca con paciente despierto

Rodriguez Campos, J. F; Medeot, N. J; Astore, F; Rios, M; Farias, C; Vega, H; Bueno, G; Villagra, M; Juri, R; Barcudi, R
Cirugia Cardiovascular, Unidad Cardiovascular, Sanatorio Mayo, Córdoba , Cordoba , Argentina

Introducción: Analizar la aplicación de esta técnica en pacientes considerados prohibitivos para la cirugia cardiaca por su avanzada edad, o enfermedades asociadas respiratorias, (EPOC), neurologicas (ACV), neoplasias, etc.
Objetivos: Se analizó la morbimortalidad precoz en una serie de 38 pacientes realizados en distintas etapas y en distintas instituciones, teniendo como punto final primario la mortalidad y como punto final secundario los dias de internacion como reflejo de la morbilidad.
Material y Métodos: Treinta y ocho (38) pacientes con edad promedio de 76,6 (+ - 10,2), la tecnica fue por esternotomia mediana en todos, usando anestesia peridural toracica alta con cateter peridural,4 valvulares aorticos,34 coronarios sin bomba, en todos se uso al menos una mamaria, en algunos doble mamaria, y en otros se adicciono puentes venosos. - (Siempre que la aorta no presente placas).
Resultados: La mortalidad operatoria fue de 2 pacientes, (5,25 %) en pacientes con una mortalidad estimada del 18 %, los dias postoperatorios fueron calculados separadamente para los coronarios sin bomba con 3,5 dias postoperatorios promedio y los valvulares con 5,5 dias promedio. - El analisis estadistico se realizó con metodo de Fisher´s test y Mann-Whitney test con desviación estándar y diferencia significativa de $p < 0,05$.
Conclusión: Método valioso por su baja agresividad quirurgica para pacientes ancianos, y válida para pacientes con EPOC severo y secuelas de ACV, u otra enfermedad que contraindica la ventilacion mecanica.

212 Cuál es el grado de invasión a pacientes con Infartos Actualmente. Nuestra Experiencia

Quiroga Castro, W; Conci, E; Balestrini, C; Zelaya, F; Isa, M; Pagani, J; Sala, J; Serra, C; Collard, L; Chayep, J
Unidad Terapia Intensiva, Internacion, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina / Dirección, Cardiología Clinica, Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina

Objetivo: Evaluar en nuestros pacientes (p), con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento st (IAMc/st) de hasta 48 hs de evolución cual es la tasa de procedimientos invasivos realizados en ellos.
Material y Métodos: Se evaluaron los últimos 230 p. con diagnóstico de ingreso de IAM c/st en nuestra Institución. Se investigó Catéter Arteria Pulmonar (CAP), Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) Balón de Contrapulsacion Aórtico (BCPAo) y Marcapaseo Transitorio /Definitivo. (MPD/MPT)
Resultados: Se evaluaron 234 p. de los cuales el 8,6% (17p.) de los p. se les colocó catéter en la Arteria Pulmonar. El 14.8 % (34 p.) de los p. se les colocó en Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) debido a su evolución clínica. Al 6% (13 p.) se les colocó Balón de Contrapulsación Aórtico (BCPAo). A 1 p (0.45) se colocó Marcapasos Definitivo (MPD) y 3 p. (1.3 %) realizó Marcapaseo transitorio. MPT
Mortalidad y Días de Internación:
Los p. con CAP mortalidad (Mort) 29 % vs 7 % (no CAP). $p< 0.0003$. OR 6.4
Los p. con BCPAo Mort.21 % vs 7%. (no BCAo). $p< 0.02$. OR 4.5
Los p. con ARM Mort. 42 % vs 2 % (no ARM). $p< 0.0001$. OR 34.2
Los p. MPT Mort.33% vs 8 % (no MPT) p n. s.
P. con CAP: 13 dias. Vs 6 d. (no CAP) $p< 0.0001$. OR 8.5 categorizada <> 7 dias (CAT)
P. con BCPAo 15 días vs 6 d. (no BCAo). $p < 0.004$ OR 6.2 (CAT)
P. con ARM 10 días vs 6 d. (no ARM). $p < 0.01$ OR 2.7 (CAT)
P. con MPT 6.8 días vs 6 d. (no MPT). p n. s. (CAT) La Mort. Global: 8.4 %. Días de Internación global: 6.8 días.
Los p. con algún tipo de invasión: 18 % (40p.) mort 36 % vs sin invasión 82 % (194p) mort 2.5 % $p <0.0001$ OR: 20.8. Días de internación: c/ inv.10 días vs s/inv.6 días CAT <> 7 días: $p < 0.002$
Conclusiones: El grado de invasión en este grupo de p. con iam c/st no es elevado. Los pacientes que fueron invadidos BCPAo; CAP y ARM presentaron Aumento en Días de internación y Mortalidad de forma estadísticamente significativa

213 Angioplastia Transluminar Coronaria en la Mujer con Síndrome Coronario Agudo sin Elevación persistente del Segmento ST

Salgado, R; Alvarez, C; Gerbaudo, C; Robles, A; Ramirez, M; Luciano, J; Almagro, M
Cardiologia, Hemodinamia, Clinica FUSAVIM Privada, Villa Maria, Cordoba, Argentina / II Catedra de Clinica Medica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de cordoba, Cordoba, Cordoba, Argentina / Cardiologia, Comité de enfermedades cardiovasculares, Federación Argentina de Cardiologia, Argentina

Introducción: La angioplastía Translumiinar Coronaria (ATC) es una técnica infrautilizada en la mujer (m)
Objetivo: Determinar en m con SCASEST con ATC la prevalencia de factores de riesgo (FR), "vaso culpable" (Vc), uso de Stent (S), resultados inmediatos y evolución a los 30 días.
Material y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional desde abril del 2008 al 2010, se incluyeron 634 p con SCASEST a 478 (75%) se les indicó ATC y 85 (17.78%) eran m. Se definió SCASEST a la aparición o modificación reciente del dolor precordial anginoso o su equivalente; en esfuerzo o reposo con o sin cambios electrocardiográficos: infradesnivel del ST, inversión de la onda T y/o marcadores de necrosis miocárdica Se valoró la presencia de FR. Se definió Vc al vaso con obstrucciones angiogràficas significativas y su correlación con signos de isquemia con otros métodos complementarios. ATC Exitosa (AE) cuando la estenosis residual <30% flujoTIMI III y ATC Fallida (AF) cuando no se pudo revascularizar la arteria por imposibilidad de pasar la cuerda o balón, TIMI50%, abundante trombo y no reflow postATC. Se evaluó a los 30 días post angioplastia la presencia de shock cardiogènico, Arritmias severas (AS) y complicaciones postATC-
Resultados: Se realizó ATC a 85 mujeres (18%) entre 39 y 88 años (edad media 67 años) que presentaron FR: HTA 25 (29%), Sedentarias 41 (48%), Tabaquistas 9 (10%), Sobrepeso 31 (36%), Obesidad 8 (9%), Diabetes 32 (3), Dislipemia 12 (14%). Vc: Arteria Descendente Anterior (ADA) 50 (58%), Arteria Coronaria Derecha (ADC) 22 (25%), Arteria Cincunfleja (ACX) 16 (18%), Arteria Marginal de ACX 3 (3.5%), Se utilizó Stent Común 65 (76%), Stent con droga 20 (23%),1S 57 (67%),2S o más 28 (32%). AE 80 (95%) AF 5 (5%). Evolución a los 30 días: IC 11 (13%), shock cardiogénico 0 (0%), AS 2 (2,3%), hemorragia 2 (2,3%), hematoma en el sitio de punción 2 (2,3%), Diabetes Descompensada 3 (3.5%), Angina Refactaria 3 (3.5%), CRM 2 (2.3%).
Conclución: Baja utilizacion de ATC a pesar de que las complicaciones no difieren a las publicadas

215 Valor Pronóstico de la Troponina T en pacientes Trasplantados Renales. Marcador de Daño Miocárdico o Alteración en la Depuración Renal?

Aristimuño, JG; Zoni, CR; Silveyra, JM; Riera Stival, J; Arévalo, M; Burgos, C; Onocko, M; Popilovsky, S; Echeverría, RF; Maurich, S
Residencia Cardiología, Docencia e Investigación, Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Servicio Internación, Servicio Internación, Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Servicio Nefrología, Servicio Nefrología, Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina

Objetivo: Determinar la incidencia de valores de troponina T (TnT) en rango de daño miocárdico (DM) en pacientes trasplantados renales sin clínica de insuficiencia cardíaca (IC) ni isquemia miocárdica demostrable y el valor pronóstico cardiovascular y renal durante su hospitalización.
Material y Método: Se incluyeron pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) que ingresaron para trasplante renal en nuestra institución desde el 01/08/10 al 01/02/11. Estos no presentaban historia de IC ni de enfermedad coronaria conocida con un test de isquemia (-). Se les dosó TnT de 3º generación entre las 24 y 48hs post trasplante. Se dividió a la población en 2 grupos (G): G1 TnT normal, G2 TnT elevada. Se compararon características basales y de laboratorio. Se determinó la incidencia de eventos cardiovasculares (ECV) y la evolución de la función renal durante la hospitalización.
Resultados: Se incluyeron 30 pacientes.58% sexo masculino, edad media: 45±14 años, HTA 87,5% DBT 5% DLP 8% TBQ 8%, la media de IRC que requiere diálisis fue de 39,7±29 meses. Posterior al trasplante la incidencia de elevación de TnT > 0.019 ng/ml fue de 26,6%. Al comparar los grupos no hubo diferencias significativas en las características basales ni en el laboratorio pretrasplante. No se observaron ECV dentro de la internación en ninguno de los grupos. G2 presentó mayor incidencia de retardo de la función del injerto (50% vs 13% p 0.05) y peores valores de urea, creatinina y clearence de creatinina al alta 1.7±0.12 vs 1.3±0.17 p=0.03; 4.5±1 vs 3.02±0.5 p=0.014 y 18±3 vs 50±12 p=0.013 respectivamente.
Conclusiones: Uno de cada 4 pacientes trasplantados renales sin historia de IC o isquemia miocárdica demostrada presentaron elevación de TnT en rangos de DM. Esta elevación no se asoció a ECV intrainternación pero identificó un grupo de pacientes con peor evolución del injerto a corto plazo lo que sugiere que en esta población la elevación de TnT se asocia mas alteraciones fisiopatológicas renales

216 Angioplastia Coronaria Transluminal en el Adulto Mayor Experiencia en Nuestro Centro

Alvarez Sanchez, C; Salgado, R; Gerbaudo, C; Gerbaudo, L; Espindola, M. E; Robles, A; Luciano, J; Almagro, S. M
Cardiologia, Hemodinamia, Clinica FUSAVIM Privada, Villa Maria, Cordoba, Argentina / II Catedra de Clinica Medica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de cordoba, Cordoba, Cordoba, Argentina / Cardiologia, Comité de enf. CVS en la Mujer, Federacion Argentina de Cardiología, Argentina

Introducción: La evolución de la angioplastia coronaria transluminal (ACT) ha permitiendo realizarla en pacientes (p) más añosos y en multiples vasos.
Objetivo: Evaluar en pacientes (p) mayores de 65 años a los que se le realizó (ACT)la presencia de factores de riesgo (FR), uso de Stent, éxito primario (EP)o angioplastia fallida (AF) complicaciones intraprocedimiento (CI) y complicaciones intrahospitalarias (CIH)
Material y Método: Estudio retrospectivo, observacional. Se incluyeron 156p de 65 a 88 años (edad media 68.3) entre abril del 2008 al 2010. Se consideró el uso de Stent convencional (Sc) o Stent liberador de droga (Sd) Exito Primario (EP)Angioplastia fallida (AF), cantidad de Stent utilizados dividiéndolos. Grupo I: un Stent; Grupo II: dos o más Stent. Complicaciones Intraprocedimiento (CI) y Complicaciones Intrahospitalarias (CIH)
Resultados: Se estudiaron156p; Hombres (H)99 (63.46%) y57 (36.54%)mujeres (M)FR: HTA: H70 (70.70%), M14 (24.5%Seden-tarismo:H57 (57.57%), M28 (49.1%); Tabaquismo: H 18 (18.18%), M 6 (10.52%); Sobrepeso: H 51 (51.51 %), M 21 (36.84 %); Obesidad: H 16 (16.16%), M6 (10.52%); Diabetes: H 32 (37%), M 20 (35.08%); Dislipemia: H 55 (55.55%), M 12 (21.05 %). El territorio Arterial tratado fue ADA 91 (50.83 %) H 49 (27.37%) y M 42 (23.46%); ACD 55 (30.72 %) H 30 (16.75%) M 25 (13.97%); ACX 27 (15.08 %) H 20 (11.17%) M 7 (3.91%); 1°RMCx 4 (2.23 %) H 2 (1.115%) M2 (1.115%). TCI 1 (0.55 %) H. Se utilizaron 179 Stent: SC149 (83.24 %) H 88 (49.16%) M 61 (34.08). Sd 30 (16.76 %) H19 (10.61%) M11 (6.15%). EP 153 procedimientos (98.07 %) y se registraron 3 AF (1.93%). Número de Stent utilizados: Grupo I: 142 pacientes (91.02%) y el Grupo II: 14 pacientes (8.98%). CI: "no reflow" 3 (1.92 %), perdida intravascular de Stent 2 (1.28 %). CIH: Nefropatía por contraste 8 (5.12 %), Pseudoaneurismas 10 (6.41%)
Conclusiones: En los ultimos años se observa incremento de la ACT con Stent en el adulto mayor en nuestro centro como consecuencia del aumento de la expectativa de vida.

217 Tilt Test (TT): ¿Condiciona el resultado el horario de su realizacion?

Garcia, G; Coll, M; Balestrini, L; Quiroga, P; Sala, J. P; Serra, C; Balestrinini, C; Tibaldi, M
Tecnicas No Invasivas y Arritmias, Cardiologia, Instituto Modelo de Cardiologia, Cordoba, Cordoba, Argentina

Introduccion: El estudio de sincope neuromediado con TT ha demostrado una utilidad diagnostica de bajo costo y baja difusion, sensibilidad que varia en relacion a los protocolos utilizados y en momento del dia en que se realiza.
Objetivos: Analizar los resultados de dos grupos de pacientes con sincope e iguales caracteristicas clinicas con prueba de TT con distintos horarios y sin sensibilización. M y M: TT en mesa basculante a 75 grados durante 45 m. Grupo I (14 hs) 87 p edad: 34 años (4- 85), femenino (F) 39 (45 %) masculino (M) 48 (55%) Grupo II (8:30) 87 p edad: 34 años (5-89), F 47 (54 %) M 40 (46 %) Analisis estadistico Info Stat / profesional version 2010 Grupo I (87 p 14 hs) Negativos (N) 71 p (82 %) Positivos (P) 16 p (18 %) Edad 35 (12- 63) Sexo F 7 p M (44 %) M 9 p (56 %) Grupo II (87 p 8: 30 hs) N 78 p (90 %) P 9 p (10 %) Edad 34 años (5- 89) Sexo F 3 p (33 %) M 6 p (67%). Tipo de respuesta Grupo I (+16p) Cardioinhibitorio (CI) 6 p (38%) Mixto 4 p (25%) y Vasodepresor (VD) 6 p (38%) Grupo II (+9 p) CI 4p (44%) mixto 3p (33%) y VD 2p (22%) Los sintomas durante la prueba como vision borrosa, mareos y nauseas, dolor abdominal y sudoraion no mostraron diferencias entre ambos grupos con resultados positivos.
Conclusiones: 1) No se encontraron diferencias estadisticamente significativas en relacion al porcentaje de positividad del TT y el horario de realizacion 2) Tampoco existio diferencias, en los positivos, en cuanto edad, sexo y sintomas durante el mismo.

218 Betabloqueantes Perioperatorio e Incidencia de Fibrilación Auricular en Cirugía Cardíaca

Rosset, G; Arancibia, I; Baez, J; Robles, M; Suarez, M. L; Moreno, P; Gragera, F; Velarde, J. L; Garcia Brasca, D; Martellotto, R
Unidad Arritmias, Servicio de Cardiología, Hospital Italiano, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introduccion: La incidencia de fibrilación auricular (FA) en el postquirúrgico de cirugía cardíaca (PQCC) constituye un factor importante de morbimortalidad. Los Betabloqueantes (BB) perioperatorios han demostrado beneficio en la prevención de dicha arritmia.
Objetivos: Evaluar la incidencia de FA y la eficacia de instaurar precozmente BB en PQCC para prevenirla.
Material y Métodos: Se incluyeron en forma retrospectiva pacientes (ptes.) ingresados para cirugía cardíaca con ritmo sinusal desde enero del 2009 a enero del 2011. Se analizó la incidencia de FA en PQCC; tipo de cirugía; tratamiento con BB prequirúrgico y tiempo de incio de BB en PQCC (mayor o menor a 48hs).
Resultados: Se incluyeron 117ptes, 66 ptes para cirugía no valvular (CNV 73,5%) y 31 ptes para cirugía valvular (CV 26,5%).24 ptes (20,5%) desarrollaron FA, 9 ptes de CV (29%, p >0.05) y 15 ptes de CNV (17.4%, p >0.05). Desarrollaron FA 15 ptes (20.27%, p>0.05) con tratamiento con BB pre quirúrgico vs 9 ptes (20.9%, p>0.05) sin tratamiento previo con BB.97 ptes recibieron BB en PQCC, el 48% (60 ptes) antes de las 48 hs (Grupo I) y el 30% (45ptes) después de las 48 hs (Grupo II). Desarrollaron FA en el Grupo I 10 ptes (16.66 %p>0.05) vs 12 ptes (26.66%, p>0.05) en el Grupo II.
Conclusión: La incidencia de FA en Postquirúrgico de cirugía cardíaca fue del 20.5% siendo mas frecuente en cirugía valvular. En nuestra serie el uso de BB prequirúrgico al igual que el tiempo de instauración del mismo en el postoperatorio no disminuyó la incidencia de FA. Sin embargo se observa una reducción en porcentaje de FA no significativa en pacientes con instauración de BB antes de las 48 hs (16.66%vs 26.66%).

219 Diferencias Clínicas en la Hipertensión Pulmonar Asociada a Insuficiencia Cardíaca Izquierda en el Registro Hinpulsar

Cursack, G; Coronel, ML; Echazarreta, D; Alvarez, S; Bargazzi, G; Garcia Brasca, D; Colque, R; Bono, J; Coria, P; Perna, ER
Comite de Insuficiencia Cardíaca, Federación Argentina de Cardiología, Rosario, Santa Fe, Argentina

La hipertensión pulmonar asociada a disfunción del VI (HP2) no ha sido claramente evaluada en nuestro país.
Objetivos: Analizar las características epidemiológicas, clínicas y manejo de la HP2 de acuerdo a la causa: disfunción sistólica (DS), diastólica (DD) o enfermedad valvular (EV).
Método: Entre enero/2010 y enero/2011, se incluyeron en el Registro HINPULSAR 114 pacientes con HP2, diagnósticada por clínica de HP y presión sistólica pulmonar (PSP) por eco Doppler ≥40 mmHg o presión media pulmonar (PMP) por cateterismo derecho ≥25 mmHg. Fueron clasificados con DS (FEVI<40% o deterioro moderado de la función) 39 (34%) pacientes, DD (FEVI≥40%, función conservada o deterioro leve) 35 (31%), y EV significativa 40 (35%). En pacientes con DS, DD y EV la edad fue 66,71 y 62 años (p=0,02), fueron mujeres 33,49 y 63% (p=0,036) y la etiología isquémica se demostró en 55,65 y 3% (p<0,001). En DS, DD y EV el diagnóstico se hizo por ECO en 95,100 y 98%, con PSP media de 57±12, 66±14 y 60±12 mmHg (p=0,010), mientras que se confirmó con un cateterismo en 21,26 y 28%, con PMP de 40±6,39±16 y 41±14 mmHg (p=ns), respectivamente. La clase funcional media al diagnóstico fue 3,2 sin diferencias entre grupos, En DS, DD y EV el antecedente de internaciones por IC descompensada fue 77,60 y 56% (p=0,07), presentaban en el ECG signos de SVD en 0,23 y 28% (p=0,002) y QRS de 132,120 y 104 ms (p=0,026), mientras que el ECO mostró dilatación de AD en 46,77 y 50% (p=0,015) y de VD 56,63 y 48% (p=ns). Los niveles de NT-proBNP fueron en DS, DD y EV 18360,3060 y 3466 pg/ml (p=0,06). El tratamiento fue similar en los tres grupos e incluyó betabloqueantes (75%), IECA (42%), BRA (29%), espironolactona (52%) y diuréticos (79%). El sildenafil se utilizó en DS 3%, DD 11% y EV 13% (p=ns)
Conclusión: La HP2 presenta un perfil clínico y manifestaciones distintas según el tipo de afección, reflejando diferentes mecanismos fisopatológicos. Sin embargo el tratamiento empleado fue semejante.

220 Epidemiología y Manejo de la Hipertensión Pulmonar del Grupo 1 en Argentina. Resultados del Registro Hinpulsar

Echazarreta, D; Cursack, G; Coronel, ML; Diez, F; Lobo Marquez, LL; Haurigot, MP; Caram, R; Pozzer, P; Bonafede, R; Perna, ER
Comite de insuficiencia cardíaca, Federación Argentina de Cardiología, Argentina

La hipertensión pulmonar del Grupo 1 (Dana Point, HP1) es una condición de características poco conocidas en el interior del país.
Objetivos: Caracterizar la epidemiología, perfil clínico, y manejo de la HP1.
Método: Entre 01/10 y 01/11,224 pacientes con diagnóstico de hipertensión pulmonar (≥1 año, clínica y presión sistólica pulmonar [PSP] por eco Doppler ≥40 mmHg o presión media pulmonar [PMP] por cateterismo ≥25 mmHg) fueron incluidos en el registro HINPULSAR (22 centros, 11 provincias). De ellos, 74 (33%) fueron HP1.
Resultados: La edad fue 47±17años y 84% eran mujeres. El diagnóstico inicial fue realizado por no cardiólogos en 37%,42% provinieron de otro centro, con 16% de casos incidentes y 22% sin cobertura social. La distribución fue idiopática 45,9%, hereditaria 1,4%, asociada drogas 4,1%, a colagenopatías 14,9%, a hipertensión portal 1,4% y a cardiopatías congénitas 32,4%. El diagnóstico se hizo por PSP ≥40 mmHg en 95% (media 83±28de mmHg). Los síntomas fueron disnea 92% (70% en clase III-IV al momento del diagnóstico), fatiga 57%, síncope 8%, dolor precordial 22%, palpitaciones 18% e insuficiencia cardíaca en 39%. La evaluación realizada fue ECG (89%), radiografía de tórax (85%), ecocardiograma (93%), test de la marcha (70%), máximo consumo de 0_2 (5%), centellograma ventilación/ perfusión (35%), test de función pulmonar (65%), angiotomografía pulmonar (3%) y angiografía pulmonar (10%). Cateterismo se realizó en 50 (68%) con una PSP de 91±30 mmHg y PMP de 59±19 mmHg, y prueba de vasorreactividad en 27, resultando positiva en 13. La terapia específica se usó en 88%: sildenafil 82%, iloprost 15%, bosentan 14% y teprostinil 4%.
Conclusión: La epidemiología de la HP1 es similar la descripta en otras series, con predominio de mujeres y la mitad asociada a alguna condición identificable. Si bien la evaluación incluyó las herramientas recomendadas y el uso de tratamiento específico fue elevado, el perfil clínico muestra un diagnóstico tardío.

221 Miocardiopatía Hipertrófica. Diferencias Clínicas entre Tipos a Predominio Apicales vs a Predominio Basal

Farez, B; Sosa Mallemacci, A; Flores, M; Cangiano, C; Sans, S; Fontana, S; Nieto J
Cardiologia, Clinica Italia, San Luis, San Luis, Argentina / Cardiologia, Cerhu, San Luis, San Luis, Argentina / Eco Doppler, Cereca, San Luis, San Luis, Argentina

Introducción: La cardiomiopatía hipertrófica (MCH) se caracteriza por hipertrofia de ventrículo izquierdo, en ausencia de enfermedades que la justifiquen. Existen diferentes formas, tipos I a IV de MAron, diferenciándose en las características clínicas la asimétrica de la apical y/o la apredominio distal. Se intenta evaluar las diferencias en las formas de presentación y clínica de estas formas.
Material y Métodos: Se presenta 32 pacientes con diagnóstico de MCH, dividiéndose en grupo 1 los tipo I y II de maron y grupo 2, Tipo IV. Evaluación clínica que incluía historia clínica, examen físico, electrocardiograma, eco Doppler, Holter y ergometría (PEG) o eco stress con ejercicio. El seguimiento se hizo por consulta clínica de los pacientes o telefónica de los médicos de cabecera
Resultados: La edad promedio fue de 47.4 años (14-82),21 varones (65,6%) y 11 mujeres (34,4 %).43.14 años para grupo I y 65.5 para grupo II Los síntomas más frecuentes fueron síncope, palpitaciones y disnea.6 pac. tenían fliares con CMH. El promedio de espesor septal fue de 21.77 mm (16-25 mm) para grupo I y 21.75 grupo II, pared posterior 14.25 (6-23 mm) grupo II y 12.18 para grupo I. Aurícula izquierda de 45 (34-65mm). Tres pac. eran de alto riesgo (grupo I) según criterios de guías, se les indicó un CDI, uno no aceptando el mismo. Dos choque efectivos uno en cada paciente. No hubo diferencias significativas en cuanto gradiente, espesores, función diastólica. Probablemente por escaso número en grupo II.75% de grupo II presentó comorbilidad (Chagas AR Hipotiroidismo) vs 10% grupo I p=0.015. dos de grupo II se interpretó como enf. coronaria y uno trombo apical
Conclusiones: La miocardiopatía hipertrófica a predominio distal y/o apical se diagnostica en edades más avanzadas, con mayor dificultad diagnóstica y tienen mayor probabilidad de comorbilidades

222 Evaluación del Gasto Metabólico en pacientes Coronarios, Mediante la Aplicación del Cuestionario de Actividad Física de Minnesota

Herrera, J. A; Acosta, G. E; Luna, M. C; Andrada, C. A; Nieto, S. I; Gómez, P. E; Moyano, P. L; Espinoza, V; Perricone, P; Sanagua, J. O
Unidad de Aceite de Oliva y Salud CV, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Catamarca, Argentina, San Fernando del Valle de Catamarca, Catamarca, Argentina

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte y morbilidad en los países desarrollados y han emergido como un importante problema de Salud Pública.
La inactividad física, de gran prevalencia en nuestro país, es un factor de riesgo modificable para la enfermedad cardiovascular. Es importante destacar los efectos de la actividad física, por lo que su práctica y su medición, es fundamental en la prevención de estas enfermedades y en programas de rehabilitación, que también incluyen pautas de control de factores de riesgo.
Objetivos: Determinar el nivel de actividad física y el gasto metabólico, en pacientes coronarios crónicos, utilizando el "Cuestionario de Actividad Física de Tiempo Libre de Minnesota", determinando el nivel de aptitud en base a los METS/semana utilizados en las distintas actividades realizadas por cada uno de los pacientes evaluados.
Material y Métodos: Diseño de tipo observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron 31 pacientes de sexo masculino, con enfermedad coronaria crónica documentada, con edad promedio de 62 +7 años. Se evaluó el nivel de actividad física y el gasto metabólico en esta población, a través del instrumento antes mencionado, durante el año 2010, en la ciudad de Catamarca.
Resultados: En la distribución según nivel de actividad física y gasto metabólico total de la población, se observó que un 41.9% poseía un gasto metabólico menor a 600 Mets/semana (bajo), un 51.6% entre 600 y 1500 Mets/semana (moderado) y finalmente un 6.9% mayor a 1500 Mets/semana (alto).
Conclusión: La medición a través del cuestionario, permitió evidenciar un importante porcentaje de estos pacientes con bajos y moderados niveles de actividad física y gasto metabólico; un bajo porcentaje correspondió a pacientes con mayores niveles aptitud física. De esto, surge la necesidad de reforzar el autocuidado, destacando los beneficios de realizar ejercicio físico como medio de prevención en las enfermedades cardiovasculares

223 Programa de Rehabilitación Cardiovascular (Prhc) de Fase III. Treinta cuatro años de experiencia

Quiroga, P; Tecco, G; Tibaldi, M; Sala, J. P; Balestrini, C; Serra, C; Kisen Briger, O
Rehabilitación Cardiovascular, Cardiología Clínica, Instituto Modelo de Cardiologia, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: Los PRHC han demostrado reducir el número de nuevos eventos cardiovasculares en pacientes (P) con cardiopatía.
Objetivo: Presentar la experiencia del PRHC de fase III, desarrollado en el Centro de Rehabilitación Cardiovascular de nuestra institución
Materiales y Método: Estudio descriptivo, observacional, transversal. Concurren al PRHC de 120 P con una edad de 67± 9 años (50-89), masculino 107 (89%), femenino 13 (11%). Todos los P son de riesgo cardiovascular alto y presentan como diagnóstico al ingreso: cardiopatía isquémica 104 (87%), valvular 10 (9%), otras 6 (4%). El período de seguimiento fue de 1 a 34 años. Todos participan de sesiones monitorizadas tres veces semanales durante 75 minutos. Teniendo en cuenta su antigüedad en el programa, se los dividió en cuatro grupos: A: de 1 a 10 años, 60 P (67%); B: de 11 a 20 años,23 P (19%); C: de 21 a 30 años,14 P (12%); D: más de 30 años 2 P (2%). Se determinó el porcentaje de P que presentaron un segundo evento cardiovascular duro (2º ECV) (infarto de miocardio, angioplastia coronaria, cirugía cardiovascular) y el tiempo transcurrido en relación al primer evento cardiovascular. Para el análisis estadístico, se empleó el programa InfoStat/ Profesional versión 2010p.
Resultados: Grupo A (<10 años): 2º ECV 17 P (22%), tiempo entre el 1º y 2º ECV 2 año. Grupo B (11 a 20 años): 2º ECV 11 P (48%), tiempo entre 1º y 2º ECV 11 años. Grupo C (21 a 30 años): 2º ECV 8 P (64%), tiempo entre 1º y 2º ECV 10 años. Grupo D (> 30 años): no presentaron un 2º ECV.
Conclusiónes: En nuestro grupo de P, se evidencia un retardo en la presentación de un 2º ECV en relación al tiempo de permanencia en el programa de RHCV de fase III.

224 Il-17 en pacientes Chagásicos Crónicos con Distinto Grado de Severidad

Perez, AR; Villar, S; Silva-Balbosa, S; Berbert, L; Petrucci, J; Scaglione, L; Revelli, S; Savino, W; Beloscar, J; Bottasso, O
Instituto de Inmunologia, Facultad de Ciencias Médicas, UNR, Rosario, Santa Fe, Argentina / Laboratorio de Pesquisas sobre o timo, Instituto Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil / Sección Chagas, Servicio de Cardiologia, Fac. de Cs. Medicas y Hosp. Centenario, UNR, Rosario, Santa Fe, Argentina

La Miocarditis Chagásica Crónica es un proceso inflamatorio con infiltrados de células T, destrucción del tejido miocárdico y reemplazo por tejido fibroso. La IL-17 es una citocina proinflamatoria producida principalmente por linfocitos T activados que promueve procesos inflamatorios crónicos y que jugaría un papel en procesos autoinmunes. El rol de la IL-17 en la infeccion chagásica no ha sido todavía dilucidado. El objetivo del presente trabajo fue evaluar el nivel sistémico la IL-17 y su correlación con la manifestación clínica en pacientes chagásicos crónicos de distinta severidad. Los individuos con serología positiva para T. cruzi fueron clasificados como asintomáticos (A), indeterminados (I), con enfermedad cardíaca sintomática leve (L) o severa (S), acorde a su evaluación clínica, electrocardiograma y radiografía de tórax. En forma paralelo se evaluó un grupo de individuos sanos de similares características (Co). En todos los pacientes se determinaron los niveles séricos de IL-17 mediante la técnica de ELISA (R&D). Nuestros resultados demostraron que los niveles de IL-17 fueron detectables en 5/13 pacientes S y en 3/13 pacientes L, (IL-17, pg/ml, media±ES, Co=No Detectable; I=No Detectable; L=14±13; S=78±8; Co vs S $p<0.05$). La presencia más evidente de IL-17 en los pacientes S, podría ser el resultado tanto del componente autoinmune asi como también de la persistencia del parásito, pudiendo estar asimismo relacionado con la progresión de la enfermedad.

225 Evaluación de Hábitos Alimentarios en pacientes con Enfermedad Coronaria Crónica

Perricone, P. M; Acosta, G. E; Luna, M. C; Herrera, J. A; Nieto, S. I; Gomez, M. C; Moyano, P. L; Espinoza, V. P; Andrada, C. A; Sanagua, J. O
Unidad de Aceite de Oliva y Salud CV, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Catamarca, Argentina, San Fernando del Valle de Catamarca, Catamarca, Argentina

Introducción: Los pacientes con antecedentes de eventos coronarios, tiene mayor riesgo de repetir los mismos, y por ello se recomiendan aplicar estrictas medidas de prevención secundaria, donde la dieta apropiada cumple un rol importante.
Objetivo: El objetivo de este trabajo fue conocer las características de la dieta habitual en una población de pacientes con enfermedad coronaria crónica (ECC).
Material y Método: Se entrevistó a 34 pacientes, de sexo masculino, de 63±7 años, con ECC documentada, aplicando el método recordatorio de ingesta de 72 hs previas. Los datos obtenidos se analizaron con un programa informático para análisis de alimentos, desarrollado por ANMAT y validado por publicaciones científicas.
Resultados: Se obtuvieron los siguientes valores: Peso Corporal: 83,7±10,9 Kg; Indice de Masa Corporal: 28,56±6,2; Ingesta Calorica: 1843,5± 610 Kcal/día; Carbohidratos: 61±11 %, Proteínas 16±5 %, Grasas Totales: 34,8±8 %, Grasas Saturadas: 10,2±2,5 %, Colesterol 157,9 ±70,7 mg y Sodio (Na) 734,7 ±194 mg.
Conclusion: Los valores de índice de Masa Corporal, Carbohidratos, Grasas Totales y Grasas Saturadas de la dieta de los pacientes con ECC, exceden las recomendaciones internacionales para prevencion secundaria, sugiriéndose poner mayor énfasis en la educacion alimentaria nutricional, ya que su cumplimiento es tan importante como los tratamientos farmacológicos

227 Importancia de la Distinción entre Hipertensión Pulmonar Grupo 1 y Asociada a Insuficiencia Cardíaca Izquierda en el Registro Hinpulsar

Perna, E. R; Coronel, M. L; Echazarreta, D; Diez, F; Echazarreta, A; Macin, S. M; Nasca, P; Ruffino, G; Spada, G; Tejedo, D
Comite de insuficiencia cardíaca, Federación Argentina de Cardiología, Corrientes, Corrientes, Argentina

La clasificación de Dana Point establece como entidades diferentes la hipertensión pulmonar del Grupo 1 (HP1) de la asociada a insuficiencia cardíaca izquierda (HP2).
Objetivos: Comparar características epidemiológicas, clínicas y el manejo de la HP1 y HP2.
Método: Entre 01/10 y 01/2011,224 pacientes con diagnóstico de hipertensión pulmonar (≥1 año, clínica de HP y presión sistólica pulmonar (PSP) por eco Doppler ≥40 mmHg o presión media pulmonar (PMP) por cateterismo derecho ≥25 mmHg) fueron incluidos en el registro HINPULSAR. De ellos,74 (33%) fueron HP1 y 116 (52%) HP2.
Resultados: En HP1 y HP2 la edad fue 47±17 y 66±14años ($p<0,001$) y fueron mujeres 84 y 48%. En HP1 y HP2 el diagnóstico inicial fue realizado por cardiólogos en 64 y 91% ($p<0,001$), y sin cobertura social 22 y 12% (p=ns), respectivamente. En los grupos HP1 y HP2, el diagnóstico se hizo por eco Doppler en 95 y 97% (p=ns), con disfunción del VD de 69 vs 42% (p=0,018) y del VI en 8 y 55% ($P<0,001$), mientras que las determinaciones hemodinámicas se realizaronen 54 y 28% ($p<0,001$), mostrando PSP de 83±28 vs 61±13 mmHg, PMP 59±19 vs 40±13 mmHg, PSP 91±30 vs 60±18 mmHg (todas $p<0,001$). La clase funcional al diagnóstico fue menor en HP1 (2,6±0,6 y 3,1±0,6, p=0,002), y el antecedente de insuficiencia cardíaca (39 y 82%, $p<0,001$) y hospitalizaciones (49 y 79, $p<0,001$) fueron menos frecuentes en este grupo. El tratamiento del grupo HP1 difirió en un uso menor de betabloqueantes (23 y 76%, $p<0,001$), IECA (15 y 46%, $p<0,011$), BRA (8 y 28%, p=0,001) y diuréticos (64 y 79%, p=0,022), similar de digoxina (31 y 35%, p=ns) y mayor de espironolactona (68 y 53%, p=0,049), antagonistas cálcicos (24 y 10%, p=0,007) y terapia específica (88 y 11%, $p<0,001$).
Conclusión: La distinción entre HP1 y HP2 implica diferencias racionales en el perfil clínico-epidemiológico, pero además criterios de severidad sugerido por las detrerminaciones hemodinámicas. Estas diferencias conllevan un tratamiento particular a cada grupo.

228 Cardiodesfibrilador y Enfermedad de Chagas: Diferencias en Pacientes con y sin Depresión de la Fracción de Eyeccion Ventricular

Valentino, M; Muratore, C; Ditoro, D; Tadeu Greco, O; Pachon, Cj; Ruiz, N; Benchetrit, Ch; Azocar, A; Maloney, J
Cardiologia, Electrofisiologia, Cardiojunin, Junin, Buenos Aires, Argentina / Cardiologia, Electrofisiologia, Htal. Fernandez, Caba, Argentina / Cardiologia, Electrofisiologia, Htal. Argerich, Caba, Argentina

Introducción: La efectividad de cardiodesfibrilador (CDI) en la Enfermedad de Chagas se basa, principalmente, en pacientes con moderada o baja fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI). Nuestro objetivo es comparar las características clínicas al momento del implante, y el seguimiento de los eventos arrítmicos en pacientes chagásicos con y sin deterioro de la FEVI que fueron implantados con un CDI.
Métodos: Fueron evaluados 134 pacientes chagásicos pertenecientes al ICD Registry Latin America,18 pacientes (14%) presentaban FEVI normal (60.2 ±7.7,50-73) y 116 pacientes tenían moderado a severo deterioro de la FEVI (37% ± 8.2%,16-49%).
Resultados: Los pacientes con FEVI conservada tuvieron mayor indicación de CDI por fibrilación ventricular (16.6% vs 0.8%, $p<0.001$), menos síntomas de insuficiencia cardíaca (clase funcional según NYHA I / II 94.4% vs 71.5%, $p<0.04$), menos alteraciones en la conducción (66.6% vs 85.3%, $p<0.05$), y menor diámetro de fin de diástole izquierdo (54.6 ± 4.6 mm vs 62.7 ± 7.4 mm, $p<0.01$). No encontramos diferencias estadísticamente significativas con respecto a edad y sexo. El tiempo de seguimiento fue similar en ambos grupos (FEVI conservada 15.6 ± 8.8 meses vs 16.7 ± 10.5 meses para FEVI con deterioro). Los pacientes con FEVI conservada no presentaron hospitalizaciones ni muertes durante el seguimiento vs 14 muertes (12%, p = ns, 6 de causa cardíaca), y 19 hospitalizaciones (16.3%, $p<0.05$) en pacientes con compromiso de la FEVI. El número de terapias apropiadas dadas por el CDI fueron similares en ambos grupos, 6 pts (44.4%) vs.53 pts (45,6%) (p = ns).
Conclusiones: Existen diferencias en las características clínicas de los pacientes chagásicos con y sin compromiso de la FEVI. La fibrilación ventricular fue la causa más frecuente de indicación de CDI en el grupo con FEVI conservada. A pesar de estas diferencias la recurrencia de arritmias ventriculares en el seguimiento fue similar.

232 Disciplina Deportiva y Variaciones en la Onda R del Electrocardiograma.

Vilchez, A; Erriest, J; Demaria, D; Argemi, R; Camilletti, J; Vigo, G; Arregui, V
Medicina del Deporte, Cardiología, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina / Medicina del Deporte, Cardiología, Cemdde Centro de Medicina del Deporte y del Ejercicio. , La Plata, Buenos Aires, Argentina / Scretaria de Deportes Pcia BA. , La Plata, BA, Argentina

Introducción: El nivel deportivo, los años de entrenamiento y el tipo de deporte juegan un rol importante en las modificaciones cardiovasculares adaptativas. La participación en deportes de endurance sobre los de fuerza/potencia ha demostrado que generan más adaptaciones fisiológicas tales como el incremento del voltaje de la onda R. Dichas observaciones fueron hechas en deportistas mayores de 18 años.
Objetivos: Determinar si dicha característica electrocardiográfica (ECG) está presente en deportistas menores de 18 años y si tiene relación con ciertos tipos de deportes.
Material y Métodos: Analizamos una población de 578 jóvenes atletas en el marco de los Torneos Juveniles Bonaerenses 2010. Se evaluó la disciplina deportiva, examen físico y ECG. Dividimos a los deportistas en grupo 1 (G1) aquellos que practicaban deportes con componente dinámico (endurance) y G2 aquellos con mayor componente estático (fuerza/potencia). Se compararon las características de ambos grupos. Test de "t" variables continuas; test de x2 variables categóricas. Proporciones, test comparación de 2 proporciones. valor de $p < 0.05$ se consideró significativo.
Resultados: G1, n=220 (38%) Vs. G2 n=358 (62%). En el G1, 98 (44,5%) practicaban natación, Cross 93 (42%) básquet 2 p (1%), decatlón 1p (0.5%) atletismo (fondo) 24 p (11%) y futbol 2 p (1%). En el G2 practicaban atletismo (velocidad, vallas, campo) 225p (62%), lanzamiento 84p (23%), pesas 9p (2.5%), salto en alto 13p (3,6%), salto en largo 27p (7,5%). Edad 15±3 vs 15± 3 p NS. Sexo masculino 138p (65%) vs 171 (49%) p .0001; IMC 20±1.4 vs 22±1,3p=0,001; amplitud de la onda R en V5 18.5±6 Vs.15±4p.0001.
Conclusion: En una población menor a 18 años hemos encontrado diferencias significativas en las características físicas y ECG por voltaje entre deportistas de endurance Vs. deportistas de fuerza a pesar de la edad y el corto tiempo de entrenamiento.

233 Adherencia al Tratamiento Ambulatorio en Insuficiencia Cardíaca Descompensada

De Glee, A; Chain, S; Cuenca, M; Ochoa, V; Oporto, L; Sosa, C; Issa Masa, G; Mercau, G; Muntaner, J
Residencia, Residencia, CMC, Tucuman, Tucuman, Argentina / UCO, UCO, CMC, Tucuman, Tucuman, Argentina

Introducción: La insuficiencia cardiaca en una patología prevalente en nuestro medio, con una alta tasa de reinternación. Uno de los factores determinantes para la reinternación de estos pacientes en UCO es la falta de adherencia al tratamiento, según distintos estudios.
Objetivos: Conocer la prevalencia de abandono de medicación ambulatoria en pacientes internados en Unidad Coronaria con DX de ICD. Identificar los factores determinantes de abandono de la medicación en dichos pacientes. Determinar que medicación presento mayor porcentaje de abandono.
Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo. Fueron incluidos todos los pacientes internados en la Unidad Coronaria del CMC con DX de ICD, entre los meses de julio del 2009 y diciembre del 2010. La población total del estudio es de 150 pacientes de los cuales se recopilo datos sobre la medicación ambulatoria que recibía.
Resultados: 60% sexo masculino.40% sexo femenino. Edad promedio: 66 años.68% de pacientes no abandono medicación.32% abandono medicación. Causa de Abandono de medicación: Alivio sintomatico 72%. Olvido en la toma de medicación 20%. Reacciones adversas a la medicación 5%. Costo de la medicación 3%. Tipo de medicación que se abandono: Diureticos 21%. IECA 18%. AAS 18%. B Bloquenates 13%. Antiarritmicos 7%. ARA II 6%. Otros 17%.
Conclusiones: La prevalencia de pacientes que abandonaron su medicación habiendo ingresado con DX de ICD fue del 32%. La principal causa del abandono de la medicación fue la mejoría sintomática 72% de los pacientes. La medicación que más frecuentemente se abandono fueron los diuréticos con 21% de los pacientes. Se observó una mayor prevalenic de abandono de medicacion en pac mayores de 70 años.

236 Prevalencia de Resistencia al Clopidogrel y Prasugrel en Pacientes con Sindrome Coronario Agudo

Sánchez, J. A; Guglielmone, H; Minoldo, S; Cooke, R. S; Liberman, A; Bono, J. O
Cardiología, Unidad Cardiovascular, Sanatorio Allende, Córdoba, Córdoba, Argentina / Hematología, Hematología Oncología, Sanatorio Allende, Córdoba, Córdoba, Argentina / Estadística, Sanatorio Allende, Sanatorio Allende, Córdoba, Córdoba, Argentina

Objetivos: Establecer la prevalencia de resistencia al clopidogrel (CL) (con distintas dosis de carga) y al prasugrel (PR) en pacientes tratados por síndrome coronario agudo (SCA). Comparar los distintos grupos de tratamiento según la respuesta al mismo.
Material y Método: Estudio de cohorte realizado en 97 pacientes (p) consecutivos que fueron asistidos por SCA en el Sanatorio Allende y se los dividió en G°1 con CL dosis de carga de 300 mg; G°2 CL dosis de carga 600 mg y G°3 PR con dosis de carga 60mg. La dosis de mantenimiento fue de 75mg/día con CL y 10mg/día con PR, además del tratamiento convencional. Fueron excluidos los pacientes con insuficiencia renal y hepática severa, trastornos de coagulación, mayores de 75 años, historia de ACV previo, bajo peso corporal y aquellos pacientes referidos para cirugía de revascularización miocárdica. A los 15±5 días se estudió la agregación plaquetaria en plasma rico en plaquetas, inducida con ADP concentración final (cf) 5 uM, entre otros. Se los dividió en respondedores y no respondedores a clopidogrel y a prasugrel. Para el análisis estadístico de las variables nominales se representan sus proporciones, se estiman y comparan las mismas en la secuencia 1) prueba global de hipótesis,2) comparación entre grupos por medio de chi cuadrado.
Resultados: G°1 56 (p) (60,5±10,1 años; 83,9% masculinos) resistencia 60,7 %. G°2 22 p (58,3±12,2 años; 77,2% masculinos) resistencia 63,6%. G°3 19 (p) (59,5±7,5 años; 94,7% masculinos) resistencia 26,3%. Al comparar los grupos de tratamiento, no se encontraron diferencias significativas entre los (p) del G°1 y 2 (p=0,9). Se encontraron diferencias significativas entre los (p) del G°3 con PR y ambos G°1 y 2 con CL (p=0,004 y p=0,008 respectivamente).
Conclusiones: La prevalencia de no respondedores a las tienopiridinas fue menor en los pacientes tratados con prasugrel. Se debería realizar estudios de agregación plaquetaria a todos los (p) en tratamiento con tienopiridinas.

237 Clearence de Creatinina como Valor Pronóstico en pacientes con Síndrome Coronario Agudo

Arguello, RP; Buchanan, JA; Robles, M; Garcia Brasca, D; Simondi, H; Martellotto, R

Unidad Coronaria, Servicio de Cardiología, Hospital Italiano, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: La presencia de insuficiencia renal es factor pronóstico en pacientes con enfermedad cardiovascular y determinante en morbi mortalidad.
Objetivos: Determinar la importancia como factor pronóstico de la Creatinina (Cr) y Clearence de creatinina (CLcr) en pacientes hospitalizados por Sindrome Coronario Agudo (SCA) en relación a rehospitalización y mortalidad total a los 12 meses de seguimiento.
Materiales y Métodos: Fueron analizados en forma retrospectiva 84 pacientes (41 hombres y 33 mujeres) hospitalizados por SCA entre enero y junio de 2008, a los que se determinó Cr y Clcr (fórmula de Krocoff Goult) al momento de la admisión. Se evaluó rehospitalización por SCA y mortalidad total a los 12 meses mediante consulta telefónica y de Historia Clínica. Los pacientes fueron asignados en 2 grupos según Cr y Clcr (> y < 40 ml/m)
Resultados: Edad promedio 66.3 años.71 pacientes (96%) tenían Clcr > 40 ml/m (29 hombres); y 13 pacientes (4%) < 40 ml/m (9 hombres); la sobrevida en mujeres con Clcr >40 ml/m fue de 89.6% y para hombres 66.6%; para un Clcr < 40 ml/m la sobrevida fue de 50% (p=0.036) y 77.7% (p=>0.05) respectivamente. La incidencia de rehospitalización para pacientes con Clcr > 40 ml/m fue de 44.8% en mujeres y 61.9% para hombres; para un Clcr < 40 ml/m fue de 100% (p=0.038) y 66.6% (p=>0.05) respectivamente.
Conclusiones: La determinación del Clcr al momento del ingreso constituye un factor pronóstico en pacientes de sexo femenino con SCA. Un filtrado glomerular bajo aumenta la probabilidad de muerte por todas las causas en mujeres.

239 Hipertensión Pulmonar en pacientes sometidos a Cateterismo Derecho

Baldiviezo, F; Moriconi, L; Pereyra Sueldo, C; Rubio, M; Cisneros, M; Colque, R; De la Riva, J
Cardiologia, Cardiologia, Clinica P. Velez Sarsfield, Cordoba, Cordoba, Argentina

Objetivos: Evaluacion de las distintias etiologias de hipertension pulmonar en pacientes sometidos a cateterismo derecho en el servicio de hemodinamia de la Clinica Privada Velez Sarsfield.
Materiales y Métodos: Desde el periodo comprendido desde el 01/01/2008 y el 31 /05 72010 se realizo cateterismo derecho con toma de presiones con cateter de shanz ganz en 128 pacientes de los cuales 25 eran mujeres.
Se encontro hipertension pulmonar en 35 analizados de acuerdo a la calsificacion de Dana Point que define hipertension pulmonar con una presion media de arteria pulmonar mayor a 25 mmhg, descartandose a 5 pacientes por presentar hipertension pulmonar primaria. Se analizo las diversa etiologias (valvular, isquemica, chagasica, idiopatica).
Se realizo un analisis retrospectivo teniendo en cuenta los antecedentes de cada paciente, en los cuales se encontro un 60 % de etiologia valvular y de ellos la mas frecuente fue la patologia de la valvula aortica, el 30 % ocupo la cardiopatia isquemica, los procentajes mas pequeños fueron para miocardiopatias de etiologia idiopatica y pacientes que fueron sometidos a controles post transplante cardiaco.
El servicio de hemodimia de nuestra institucion realizo un total de 1400 estudios delos cuales los mencionados se decidio realizar cateterismo derecho con medicion de presiones

241 Primera Glucemia en Ayunas y su Valor Pronóstico en el Síndrome Coronario Agudo

Gimenez, R; Brocal, L; Segura, M; Sella, V; Colque, R; De la Riva, J
Cardiologia, Cardiologia, Clinica P. Velez Sarsfield, Cordoba, Cordoba, Argentina

La hiperglucemia puede incrementar el riesgo de muerte y evolucion adversa despues de un sindrome coronario agudo (SCA). La glucemia la ingreso en un factor pronostico conocido conocido en el SCA pero hay poca informacion de la primera glucemia en ayunas (PGA) Se analizaron 106 pacientes ingresados por SCA dentro de las primeras 24 horas del inicio de los sintomas, en la unidad coronaria del Clinica Privada Velez Sarsfield, desde octubre del 2008 hasta noviembre del 2010. Del total el 76.4 eran de sexo masculino y el 23.6 % del femenino, con un promedio de edad de 61 -+9.5 años. rango entre 34 y 86 años. La glucemia media fue de 1.4+- gr/dl (rango entre 0.65 y 5.23) y la primera glucemia fue de 1.25 +-0.5 gr/dl / rango entre 0.62 y 3.21. De los cuales el 25 % eran diabeticos, el 68 % hipertensos,48 % dislipemicos,18 % tenian antecedentes de IAM, el 52.8%eran tabaquistasy el 23.6 % era obesos (BMI mayor a 30). De un total de 106; 1 sufrio un reinfarto, ninguno fallecio, 2 sufrieron angina postIAM,2 shock cardiogenico y 4 presentaron arritmias ventriculares. El motivo del trabajo fue evaluar nuevos eventos cardiovasculares (reinfarto, angina post IAM, arritmias, shock cardiogenico y muerte en pacientes internados por SCA y PGA.

242 Anemia como Factor de Riesgo Independiente del Síndrome Coronario Agudo

Camara, B; Moriconi, L; Pereyra Sueldo, C; Colque, R; Corradi, L; De la Riva, J
Cardiologia, Cardiologia, Clinica P. Velez Sarsfield, Cordoba, Cordoba, Argentina

Se recolectaron desde agosto del 2010 hasta enero del 2011 30 pacientes que ingresaron a nuestra institucion con diagnostico de sindrome coronario agudo (con o sin elevacion del ST) de los cuales el 75 % fue de sexo masculino y con edades comprendidas entre 50 y 85 años de edad. El 75 %eran hipertensos, el 48 % dislipemicos, 30 % diabeticos, 50 % tabaquistas y el 6 % habia tenido un infarto previo. En cuanto al motivo de ingreso el 40 % presento SCA con elevacion del ST, IAM no Q, el 57 % se presento como angina inestable. Del total de los pacientes el 6% requirio angioplastia primaria (50 % a CD y 50 % a DA), el 35 % angioplastia primaria. El 6 % ademas requirio cirugia de reavascularizacion miocardica y el resto tratamiento medico. Los hallasgos fueron los siguientes: el 13 % de los pacientes hombres presento hemoglobina menor a 12 en el momento del ingreso, y el 6% de las mujeres fue menor a 11. Esos fueron los valores encontrados en los sindromes coronarios agudos que se presentaron mayormente como angina inestable en nuestra institucion

243 Factores de Riesgo Cardiovasculares en la población de un Sanatorio de la Seguridad Social de la Ciudad de Rosario, Argentina.

Canteli, MS; Marcetti, C; Cinara, L; Suella, L; Talamonti, L
Emergencia, Sanatorio de la Seguridad Social Rosendo García, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa muerte en todo el mundo. El objetivo de este estudio es evaluar la prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares en la población de un sanatorio de la seguridad social de la ciudad de Rosario, República Argentina.
Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional, de corte transversal. n= 500. El estudio se realizó durante los meses de mayo, junio y julio de 2008 en un sanatorio regional de tercer nivel.
Resultados: La prevalencia de HTA fue del 26,6%. En el grupo etario <30 años 4,3%; de 30-44 años 15,1%; de 45-59 años 50,4% y >=60 años 72%. HTA controlada en el 30,4%. Sólo el 49,6% se tomó la PA alguna vez el último año. De los que dicen no ser hipertensos sólo el 36,9% se controló alguna vez la PA el último año. Se observó un aumento progresivo de la PA sistólica, diastólica y de la presión de pulso con la edad. Además en los grupos etarios con personas menores de 60 años se observó un mayor componente diastólico y a partir de esta edad más HTA sistólica y de presión de pulso. La mayoría de los hipertensos presentaba valores de PA cercanos al valor de corte para definir hipertensión (140/90). Otros factores de riesgo fueron: tabaquismo 40%; dislipidemia 13%; DBT 6,6%; antecedentes familiares 30%, sobrepeso 41%, obesidad 18%, sedentarismo 72%, no presta atención a la alimentación 75%, IRC 2%, cardiopatía isquémica 3%, accidente cerebrovascular 1,2%.
Conclusión: Los datos obtenidos nos permiten caracterizar el riesgo de esta población y podrían servir para implementar conductas preventivas.

244 Alteraciones de las Características no lineales de la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca en pacientes con Marcapasos Implantables

Defeo, MM; Ranchilio, G; De Battista, MR; Irurzun, IM; Mola, EE
Sección Electrofisiología, Servicio de Cardiología, Hospital Interzonal de Agudos "Prof. R. Rossi", La Plata, Buenos Aires, Argentina / Grupo de Sistemas Complejos, Ins de Investigaciones Fisicoquímicas, Facultad de Ciencias Exactas. Universidad Nacional de La Plata- CONICET, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La frecuencia cardíaca es naturalmente variable en individuos sanos. Esto es producto de la interacción entre los múltiples sistemas de control que operan sobre el corazón a distintas escalas temporales. Se acepta que cambios en la variabilidad de la frecuancia cardiaca (VFC) reflejan alteraciones en el balance entre la actividad de los sistemas simpático y parasimpático. En los últimos años hemos desarrollado dos índices (EDIM y FNNF10) basados en las características complejas de la VFC y estudiamos su variación en diversas patologías (EV, ESV, ICC, Chagas)
Objetivos: Estudiar la variación de EDIM y FNNF10 en función de la tasa de captura en pacientes con marcapasos VVI.
Material y Métodos: Se estudiaron las caracteristicas no-lineales de la variabilidad de la frecuencia cardiaca en dos poblaciones: (A) individuos adultos (>18 años) clinicamente sanos, sin medicación y con registros Holter dentro de parametros normales (<100 EV/24hs, < 100 ESV/24hs, sin salvas ni corridas, sin bloqueos ni otros transtornos de conducción), (B) pacientes adultos con marcapasos implantables tipo VVI. Dentro del grupo (B) fueron incluidos unicamente pacientes con Fracción de Eyección normal y fueron excluidos pacientes con Cardiopatía Isquémica, Diabetes, Enfermedad de Chagas, Infarto de Miocardio, Hipertensión o pacientes con trastornos tiroideos. Los criterios de exclusión fueron establecidos para evitar otros orígenes de alteraciones de la VFC. Se colectaron los registros electrocardiográficos de un total de 59 individuos del Grupo (A) y 15 individuos del Grupo (B) y se calcularon los índices no lineales EDIM y FNNF10.
Resultados y Conclusiones: Se presenta la variación de EDIM y FNNF10 con la tasa de captura del marcapasos. Los resultados se racionalizan en términos del acoplamiento entre un sistema de características complejas, como es el corazón y un sistema de características escencialmente pariódicas como el marcapasos.

245 Prevalencia de Ateromatosis Carotídea Subclínica en pacientes obesos

Hernandez, G; Chiosso, R; Foscarini, J. M; Daghero, F; Surur, A; Rosemberg, V; Bono, J
Unidad de Obesología, Servicio de Nutrición, Sanatorio Allende, Córdoba, Córdoba, Argentina / Sección Cardiología, Servicio de Cardiología, Sanatorio Allende, Córdoba, Córdoba, Argentina / Sección Eco-doppler, Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Sanatorio Allende, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial tanto en adultos como en adolescentes asociados a numerosas comorbilidades. Debido a la adaptación defectuosa del organismo y los cambios asociados a esta patologia, la obesidad genera un alto impacto a nivel cardiovascular.
Objetivos: Evaluar la prevalencia de la ateroscleroSis carotídea subclínica (ACS) en pacientes (p) obesos sometidos a cirugía bariátrica. Correlacionar estos hallazgos con la presencia de factores de riesgo (FR) para aterosclerosis.
Material y Método: Se reailzó un estudio de cohorte, prospectivo en 37 p obesos asintomaticos y sin antecedentes previos de enfermedad cerebrovascular sometidos a cirugia bariatrica en el Sanatorio Allende de Córdoba los que se les solicitó en el pre-quirúrgico eco-doppler carotídeo para evaluar la presencia de placas ateromatosas y/o aumento del complejo íntima-meda vascular (CIMT). Estos hallazgos se correlacionaron con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo, insulinoresistencia, dislipemia, hipotiroidismo, índice de masa corporal e insuficiencia renal. Método estadístico: descriptiva, medidas de frecuencia de enfermedad, inicio del estudio para evaluar prevalencia, al final del mismo será incidencia. Medidas de asociación exactas y chi cuadrado valor-p (1 cola) y valor-p (2 cola).
Resultados: Se estudiaron 37p, siendo 67,57% mujeres. Edad 43,69 años (21-65 a). Sin FR: 6p (16%) el 50% con ACS. Se los dividio en G° 1 con ACS: 51,4% y G°2 sin ACS 48,6%, p (1 cola)= 0,6432 y p (2 cola) >0,99. El G°1 el 84,2% con FR, y 15,6% sin FR. G° 2: 83,3% con FR, y 16,7% sin FR. El G°1: 32% con engrosamiento (CIMT) y 68% con placas no significativas.
Conclusión: La prevalencia de Aterosclerosis Carotídea Subclínica en esta población de pacientes está dada por la presencia de factores de riesgo asocados. La obesidad como factor de riesgo aislado no parecería ser importante en la prevalencia de esta patología.

248 Características de los pacientes que se presentan con Paro Cardiorespiratorio en un Servicio de Emergencias Cardiovasculares

Barrios, P; Parras, J; Gimenez, C; Fleitas Paez, M; Babi, C; Fernandez, E; Escalante, J; Echeverria, R
Emergenecias, Cardiologia, Instituto de Cardiologia de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Residencia de Cardiologia Clinica, Cardiologia, Instituto de Cardiologia de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina / Ecocardiografia, Cardiología, Instituto de Cardiolgia de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina

Introducción: La prevalencia mundial estimada de paros cardiacos es de 0,2 a 4% de los pacientes hospitalizados. Los resultados publicados de atención hospitalaria son dispares, debido a la variabilidad entre áreas de atención.
Objetivo: Evaluar las variables clínico-demográficas de los pacientes que se presentan con Paro Cardiorespiratorio (PCR) en el servicio de Emergencias.
Material y Métodos: Analisis retrospectivo, observacional, de las historias clínicas de los pacientes ingresados al Servicio de Emergencias del Instituto de Cardiología de Corrientes con diagnóstico de Paro Cardiorespiratorio entre 1/01/08 y 1/01/10.
Resultados: Se identificaron 70 pacientes. Se incluyeron 40 en el análisis. El 58% sexo masculino. El 70% ocurrió en el ambito extrahospitalario. La edad media de la población fue de 68 años. Entre los factores de riesgo, Hipertensión en 29 ptes (72%), Diabetes en 9 ptes (25%), IRC en 8 ptes (20%), EPOC 4 ptes. El 67% presentaba cardiopatía isquémica, 20% marcapasos definitivo, insuficiencia cardiaca/edema de pulmón el 32%. En el laboratorio de ingreso, Ph medio 7,07; PO2 39,3 mmHg; CO2 56 mmHg; K sérico 4,6; hto 34. Adrenalina fue la droga mas utilizada, media de 3,5 ampollas por RCP, mientras que la media de desfibrilaciones fue de 1,5. El ritmo al ingreso predominaron la taquicardia ventricular (20%) Fibrilacion ventricular (15%). El 90% recibió intubación orotraqueal y el 7,5% marcapasos transitorio. La RCP fue efectiva en 14 ptes (35%),6 de ellos fallecieron intrainternación.
Conclusiones: En este análisis de 40 pacientes, predominaron el sexo masculino, la mayoria fue extrahospitalario con cardiopatía isquémica. El 35% de las RCP fueron efectivas.

249 Utilidad de la Técnica de la PCR y Hallazgos Electrocardiográficos en pacientes con Cardiopatía Chagásica Crónica

Hernández, D. O; Severini, G. V; Lucero, R. H; Bruses, B; Schijman, A. J; Amarilla, N. O; Kolbenehuyer, G; Larroza, G. O; Sorba, V. M; Guibert, M. E
Consultorio de Chagas, Internado Rotatorio. , Facultad de Medicina, Corrientes, Corrientes, Argentina / Departamento de Biología Molecular, Instituto de Medicina Regionl, UNNE, Chaco, Chaco, Argentina / Biología Molecular, INGEBI, Hospital Mision Nueva Pompeya, Chaco, Chaco, Argentina

Introducción: La técnica de PCR, demostró tener una alta sensibilidad y especificidad, en la detección e identificación de T. cruzi, tanto en heces de triatomineos, como en suero de pacientes chagásicos, detectando fragmentos de DNA.
Objetivos: Demostrar la utilidad de la PCR y los hallazgos electrocardiográficos en pacientes con Enfermedad de Chagas.
Material y Métodos: Fueron evaluados en forma prospectiva 132 pacientes con serología positiva para la Enfermedad de Chagas, demostradas mediante dos métodos: HAI con un título > 1/32 Y ELISA positivo. Se realizó extracción de sangre de 1 centímetro cúbico anticoagulada con EDTA al 1 %, historia clínica y un electrocardiograma de 12 derivaciones. Las variables a evaluar fueron, edad, alteraciones electrocardiográficas y resultado de la PCR. Se expreso como método estadístico una variable cualitativa que fue el porcentaje.
Resultados: 41 pacientes (p) (31.06 %), presentaron PCR positiva, la edad promedio fue 38.5 años.91 pacientes (68.94%), presentaron PCR negativas, la edad promedio de esta población: 39,2 años. De los 41 pacientes, presentaron cardiopatía chagásica demostrada 29 (70.73 %). Y las lesiones eléctricas observadas fueron: Hemibloqueo anterior izquierdo 15 p (50.72 %), bloqueo de rama derecha 12 (41.37 %) taquicardia 4 p (13.8%), bradicardia sinusal 4 p (13.8 %), bloqueo bifascicular 3 p (10.34 %) y extrasístoles ventriculares 3 p (10.34 %). 12 pacientes (29,27 %) presentaron electrocardiogramas normales.
Conclusiones: La técnica de PCR en pacientes con cardiopatía chagásica crónica, que detectó fragmentos de ADN, fue de utilidad para demostrar que los pacientes con lesiones eléctricas presentaron en el electrocardiograma un elevado porcentaje de trastornos intraventriculares.

252 Prevalencia, Factores de Riesgo y Utilización de Anticoagulantes Orales en Pacientes con Fibrilación Auricular mayores de 65 años.

Anauch, D; Barcudi, R; Rodriguez Campos, J; Villagra, J; Medeot, J; Vega, H; Farias, C
Cardiología Clínica, Internado / UCO, Sanatorio Mayo Privado, Córdoba, Córdoba, Argentina / Cardiología Clínica, Unidad Coronaria, Sanatorio Mayo Privado, Córdoba, Córdoba, Argentina / Cirugía Cardíaca, Cirugía Cardíaca, Sanatorio Mayo Privado, Córdoba, Córdoba, Argentina.

El aumento de la espectativa de vida en la población mundial ha provocado un aumento de múltiples enfermedades cardíacas, dentro de las cuales se encuentra fibrilación auricular. El objetivo de este trabajo es conocer los principales factores de riesgo de nuestra comunidad así como el uso de fármacos antitrombóticos; esta es nuestra experiencia:
Material y Métodos: Se registraron pacientes que ingresaron a Unidad Coronaria con primer episodio de fibrilación auricular. Se analizaron datos como factores de riesgo, historia cardiovascular, puntuación de CHADS2, tratamiento farmacológico o eléctrico y requerimiento de anticoagulación. El diagnóstico se ealizó con electrocardiograma basal.
Resultados: Registro de 91 pacientes. Edad promedio: 74.8 años. Sexo Masculino:54% Femenino:46% Factores de riesgo: HTA: 82% (HTA Estadio 2 JNC7 60%) Diabetes: 23% (17% No insulino Requiriente) Tabaquismo: 37% (Tabaquista severo > 30 cigarrilllos dia: 26%) Dislipemia: 31%. Obesidad: 44%. Evento neurológico previo ACV/CIT: 22%. Renal: 25%. Enfermedad arterial no coronaria: 21%. Presentación Clínica: Palpitaciones 77%. Disnea 54%. Dolor precordial 38%. Asintomatico: 10% Hemodianamia inestable al ingreso: 29%. FC > 120 latidos: 63%. Laboratorio: Anemia 6% Trastornos del K: 10%. Ecocardiograma: Fey < 30% 37 DSVI >5.5 27% Ai >5: 34 Valvulares: 28%. CHADS 2 >2 69% Tratamiento al ingreso: CVE 41%. Cardioversión farmacológica 22%. Anticoagulacion: Efectiva 35%, No efectiva: 8% Contraindicación: 18%. NO anticoagulación sin contraindicación: 28% (principal causa falta de seguimiento o razón social) La prevalencia en la población en estudio fue del 9,6%.
Conclusiones: Los principales factores de riesgo fueron HTA, obesidad y tabaquismo. Se administró de forma insuficiente anticoagulación oral en pacientes sin contraindicación absoluta para dicho tratamiento. La presencia de valvulopatía, acv previo, AI dilatada y Fey< 30% fueron condición mayor para anticoagulación.

254 Utilidad del Ecocardiograma (Ec) en el seguimiento de pacientes en I. C. Crónica

Bonafede, R; Abraham, C
Dpto. ECV, Unidad de Insuf. Card. , Hospital Central, Mendoza, Mendoza, Argentina / Dpto. ECV, Servicio de Cardiología, Hospital Central, Mendoza, Mendoza, Argentina

Introducción: El EC es un método accesible, de bajo costo y útil para el seguimiento de la IC y es conocida también la variabilidad inter e intraoperador.
Objetivos: Evaluar la correlación DDVI-FEy y FEy-CF y otros parámetros en la serie de nuestra Unidad de IC.
Material y Métodos: Se evaluaron 87 pacientes (p) vivos hasta la fecha de cierre del seguimiento individual (G1): edad 57.7±10.6, F18 (20.68%), M69 (79.31%) y 24 p fallecidos[G2]:edad 61.7±10.8, fem.5 (20.8%), masc.19 (79.1%). El seguimiento EC fue 199 m. en el G1, habiéndose realizado 3.8±2.3 EC y de 257 m. en el G2 con 4.6±2.1 EC. Es un análisis descriptivo, donde los resultados se expresan como porcentajes para variables categóricas y como media con su desvío estándar para las continuas.
Resultados: (los resulatados del G1 se expresan sin [ ], los del G2 entre [ ]): DDVI inicial 65.4±8.5, final 64.8±7.8 [66±11-63.5±9]. Empeoraron el DDVI 41 p (47.1%)[17 (70.8%)],42 p (48.2%) [7 (29.1%)]lo mejoraron, 4 p (4.5%) no lo cambiaron. La Fey inicial fue ±13.5% [41.4±13.5] y final 38.9±13.2 [34.26±9.91]. Disminuyeron 10.1±7.7 % [15.1±11.3] la Fey 41 p (47.10%)[13 (54.10%)],41 (47.1%)[8 (33.3%] la aumentaron 10.1±9.7% [6.9±4.6] y 5 (5.70%)[2 (8.3%)] sin cambio. En 55 p (63.21%)[19 (79.1%)] hubo correlación DDVI-Fey mientras que en 32 p (36.7) [5 (20.8%)] no. La CF inicial fue 2.6±0.8 [2.5±0.9], final 2.1±0.7 [2.9±0.1], ↓global de 0.52 en G1, ↑ global [0.37],37 p (42.5%)[6 (25%)] bajaron la CF 1.4 [1.6],7 p (8.04%)[11 (45.8)] subieron 1.1±0.3 [1.36±0.8] la CF y no la cambiaron 43 p (49.42%) [7 (29.1%)]. Correlaciónaron Fey-CF 63 p (72.4%) [12 (50%)] y no lo hicieron 4 p (27.58%) [12 (50%)]
Conclusiones: Fue mejor la correlación DDVI-Fey en G2 (79%) que G1 (63.2%) y mejor correlación la Fey-CF en G1 (72.4%) que G2 (50%). Agrandaron VI más p en G2 (70.8% vs 47.1%). Fue buena la correlación para los ppales. parámetros a pesar de la variabilidad del EC.

256 Perfiles Clínico Epidemiológico en Chagas Crónico

Villalba, J; Jaimes, S; Verón, M
APS, Interior, Hospital Bobadal, El Bobadal, Santiago del Estero, Argentina

La enfermedad de chagas es una patología muy frecuente de la población rural de zonas con clima calido y seco de Sudamérica. Los objetivos del trabajo fueron: identificar las diferentes manifestaciones clínicas de la población chagasica crónica registrada del área de cobertura del Hospital del Bobadal, las complicaciones existentes y el grado de severidad de las mismas, la forma de presentación clínica predominante de la enfermedad (cardiológicas, digestivas, ambas o asintomáticas), grado de presencia del vector o infección de las viviendas y determinar el grado de conocimiento sobre chagas. El estudio fue descriptivo transversal con revisión de registros, que del total (100) de pacientes estudiados: el 77% pertenecía a el rango de edad que va de 20 a 59 años, el 76% fueron de sexo femenina, un 47% pertenecían al bobadal, un 65% presentó ECG patológico, de los cuales un 36% presentaba bloqueo completo de rama derecha, un 33% extrasístoles ventriculares y un 23% hemibloqueo anterior izquierdo. El 64% presenta alteraciones cardiológicas, 3% cardiológicas y digestivas, no encontrando pacientes con alteraciones solo digestivas. El 79% de los pacientes tiene conocimientos básicos sobre chagas. El porcentaje de viviendas con tratamiento químico fue: en el 87% (889) y las no tratadas del 13% (133); la vigilancia entomológica en el 71% fue negativo, en el 26% presencia en peri domicilio y en solo el 6% en intradomicilio. A partir de este análisis deberían priorizar la educación e instrucción de los habitantes de esta región sobre esta enfermedad y la forma de prevenir su contagio.

257 Percepción de la Enfermedad de Chagas en una población endémica en la localidad del El Bobadal

Villalba, J; Herrera, R
APS, Interior, Hospital Bobadal, El Bobadal, Santiago del Estero, Argentina

La problemática de la enfermedad de Chagas excede el marco bio-psico-social, por lo cual pasa a constituirse no sólo en una tradicional enfermedad de la pobreza, sino en un paradigma de los mecanismos de ocultamiento y exclusión como forma de discriminación social y laboral. Se realizo un estudio cualitativo de tipo fenomenológico, cuyos objetivos fueron: conocer la percepción de los pacientes con serologia positiva para chagas acerca de la enfermedad. Analizar las diferencias de la percepción de la enfermedad en varones y mujeres, como así también según la edad. La población bajo estudio estuvo constituida por pacientes mayores de 21 años de edad de ambos sexos con diagnostico de chagas que consultan en el hospital Distrital de El Bobadal, entre septiembre y diciembre de 2010. Se realizaron entrevistas por saturación, abiertas, gravadas y posteriormente transcriptas para su análisis. De las mismas surge, que en todos los pacientes entrevistados existió una actitud de indiferencia al recibir el diagnostico de la enfermedad en sus comienzos, debido a la falta de percepción de los síntomas y al bajo grado de información. En relación a lo laboral afirman que sus patrones desconocen su enfermedad, ya que si lo supieran no serian empleados. La resistencia para la eliminación de las casas ranchos se observó en la mayoría debido fundamentalmente a factores culturales. En conclusión se señala la necesidad de un abordaje interdisciplinario del paciente chagasico y de la población en riesgo siguiendo un esquema bio-psico-social para complementar y optimizar las medidas de control convencionales.

259 Farmacogenética de la Warfarina y Clopidogrel. Estudio de los Genes CYP2C19 (*2/ *3); CYP2C9 (*2/*3) y VKORC1 (-1639g>A)

Galván, C; González, F; Elbarcha, O; Fernández, E; Beltramo, D; Soria, N
Farmacogenética, Biotecnologia, Laboratorio de Análisis Clínicos Especializados (LACE), Córdoba, Córdoba, Argentina / Hemostasia, Laboratorio Central, Hospital de Niños, Córdoba, Córdoba, Argentina / Biotecnología, Biotecnología, Centro de Excelencia en Productos y Procesos de Córdoba (CEPROCOR), Santa María de Punilla, Córdoba, Argentina

Introducción: El Clopidogrel es un agente antiplaquetario que inhibe la formación de coágulos en la enfermedad arterial coronaria, enfermedad vascular periférica, y enfermedad cerebrovascular. Es un profármaco que sufre bioactivación hepática mediante la acción de una enzima de la familia Citocromo P450 codificada por el gen CYP2C19. Polimorfismos en este gen conducen a una enzima con actividad disminuida o aumentada. La Warfarina es un fármaco ampliamente utilizado como anticoagulante oral. Su estrecho rango terapéutico y marcada variabilidad interindividual en la respuesta requieren un control riguroso en su administración para evitar accidentes hemorrágicos. El principal agente metabolizador de la Warfarina es la enzima CYP2C9 perteneciente a la familia de los Citocromos P450. La warfarina inhibe a la subunidad VKORC1 de la epóxido reductasa que produce factores dependientes de vitamina K con menor actividad procoagulante. Variaciones genéticas en CYP2C9 y VKORC1 afectan significativamente las dosis de Warfarina.
Objetivos: Determinar las frecuencias de los polimorfismos en los genes CYP2C9, CYP2C19 y VKORC1 en individuos sanos.
Material y Métodos: Sujetos: se extrajo ADN de 26 individuos sanos. Detección de polimorfismos: se analizó por PCR en Tiempo Real la presencia de CYP2C19 (*2/ *3); CYP2C9 (*2/*3) y VKORC1 (-1639G>A).
Resultados: CYP2C19: 23 individuos salvajes (*1/*1) y tres (*1/*2). CYP2C9: 16 individuos salvajes (*1/*1), tres (*1/*2), cuatro (*1/*3), uno (*2/*3) y dos (*2/*2). VKORC1: 7 individuos (-1639G/G), seis (-1639A/A) y trece (-1639G/A).
Conclusiones: Nuestro estudio muestra la presencia de polimorfismos que afectan los niveles circulantes en sangre de warfarina y clopidogrel en 13 de los 26 individuos sanos estudiados (50%), por lo tanto, su identificación es recomendada en pacientes que van a utilizar estas drogas para lograr ajustar las dosis según el perfil genético del individuo.

260 Levosimendan Previo a la CRM en paciente con Severo Deterioro de la Función Ventricular.

Scaro, G; Sarjanovich, R; Medeot, N; Uribe Echeverria, A; Guzman, L
Insuficiencia Cardiaca, Departamento Cardiologia, Hospital Córdoba, Cordoba, Argentina / Cirugía Cardíaca, Departamento Cardiologia, Hospital Córdoba, Cordoba, Argentina.

Introduccion: el Sind. de Bajo Gasto Cardiaco (SBGC) es una complicación (CMP) frecuente en ptes coronarios (CORO) con disfunción sistólica (DS) grave post IAM y CRM, su mortalidad es de el 10 al 30%. la FEY es el predictor de riesgo mas importantes. El levosimendan (LEVO) es un inotrópico (INO) vasodilatador (VD), con una VM larga, que aumenta el flujo coronario y con cualidades antiinflamatorias y antiaptoticas.
Objetivo: Ver la evolución posoperatoria (PO) con uso de LEVO previo a la CRM en P CORO de alto riesgo.
Material y Método:. Desde 10 /10 a 01/11 se observo la evolución PO de 3 pacientes (P) con lesión de de 3 vasos (V) y/o lesión de TCI mas DS severa 2° IAM previo reciente e indicación de CRM por consenso clínico quirúrgico. Se indico una dosis (D) de 0,1 mcgl/kg/m, sin D de carga, 4 dias previo a la CRM en sala de cuidados generales, Todos los P estaban estables. Se analizo, la tolerancia a la infusión, la estadia hospitalaria PO, el T° de ARM, necesidad de D alta de otros INO y/o VD y las CMP. PO Resultados; 3 P masc. edad promedio de (PM). 55,3 a, con FEy PM de 24%. El PM de V 4,33. (66% con TCI) Todos con IAM previo (2 anterior y 1 inferior), 2 P dentro de los 60 d y 1 6 m antes. Todos con (D) target sin CMP y buena tolerancia Se realizo un PM de 3,2 ptes por P, a todos se le realizo LIMA, con ventriculoplastia a 2 P y 1 plástica mitral, el T° PM CEC: 151´ y clamp AO: 85'. En el PO se uso D habituales de INO y VD. PM ARM 15,3 hs., CMP PO (1 FA, 1 Hipoxemia s/ ARM, 1 sangrado medico). PM en UCO 5,6 d y en piso 3 d, PM total de estadia desde laCRM al alta 8,6 d.
Conclusiones: El LEVO infundido previo a la CCV podría disminuir las CMP de este grupo de ptes tales como el SBGC y vasoplejia, predictores importantes de Motalidad. A pesar de que la muestra es muy reducida, los resultados son comparables a la literatura.

REVISTA DE LA FEDERACION ARGENTINA DE CARDIOLOGIA 2011

INDICE TEMATICO

Arritmias. Electrofisiología
003, 004, 005, 007, 008, 010, 045, 071, 072, 073, 074, 106, 107, 108, 113, 133, 137, 150, 157, 170, 185, 187, 202, 217, 218, 228, 244

Aterosclerosis
100, 111, 181, 200, 209

Cardiología Clínica
030, 043, 090, 101, 102, 118, 132, 147, 184, 186, 189, 233, 237, 239, 240, 241, 242, 247, 248, 252, 259

Cardiología Nuclear
017, 025, 044, 061, 062, 063, 064, 065, 075, 078, 093, 097, 117, 120, 121, 144, 145, 156, 192

Cardiología Pediátrica
009, 034, 152, 153

Cardiopatía Isquémica
001, 002, 024, 037, 039, 040, 041, 051, 058, 082, 092, 094, 095, 096, 112, 127, 128, 131, 135, 139, 154, 178, 190, 201, 212, 215, 236

Chagas
018, 056, 059, 060, 119, 140, 203, 204, 205, 210, 224, 249, 250, 256, 257

Ciencias Básicas. Fisiopatología
019, 057, 077, 083, 099, 104, 110, 134, 179, 197

Cirugía Cardiovascular
022, 027, 029, 032, 046, 047, 048, 067, 080, 081, 087, 146, 148, 149, 151, 163, 177, 182, 188, 196, 206, 211

Ecocardiografía
020, 021, 033, 088, 126, 143, 164, 165, 191, 207, 230, 254

Epidemiología y Prevención Cardiovascular
012, 031, 035, 036, 054, 076, 124, 138, 173, 174, 176, 193, 222, 225, 243, 245

Ergometría. Rehabilitación Cardiovascular
125, 141, 223, 232

Hemodinamia. Cardiología Intervencionista
038, 042, 055, 066, 068, 085, 086, 089, 109, 116, 123, 129, 130, 158, 168, 175, 180, 213, 216, 229, 231, 246

Hipertensión Arterial
026, 053, 069, 070, 115

Insuficiencia Cardíaca
006, 013, 014, 015, 016, 084, 091, 098, 105, 136, 142, 159, 161, 162, 166, 167, 171, 195, 219, 260

Miocardiopatías
194, 199, 221

Misceláneas
023, 028, 049, 050, 122, 220, 227

Valvulopatías. Endocarditis
011

REVISTA DE LA FEDERACION ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

INDICE DE AUTORES

A

Abad Monetti, E 141
Abdo, L 078, 051
Abello, M.S 202, 187
Abib, J 175
Abraham, C 254
Abud, J 188
Acevedo, P 029, 033, 040, 041, 154
Ackerman, J 126
Acosta, G.E 193, 222, 225, 181
Acuña, L 018
Agredo-Zuñiga, RA 036
Aguilar De Plata, A.C 028, 036
Aiello, EA 083
Aispuru, GR 006
Alaguibe, E 027
Albano, F 107, 137, 157
Aldasoro, A 246
Alejandre, S 209
Almagro, M 213, 214, 216, 229, 231
Alonso (H), E 142, 171
Alonso, E 080, 081, 124, 142, 171, 182
Alonso, K 005
Alvarez Sánchez, C 216, 229
Alvarez, BV 057
Alvarez, C 213, 214
Alvarez, E 022, 206
Alvarez, J 122
Alvarez, OD 032, 033
Alvarez, S 219
Amarilla, NO 205, 249
Ambrosi, AA 116, 129
Ameriso, JL 087
Anauch, D 178, 196, 252
Andrada, CA 181, 193, 222, 225
Andres, D 140
Arabia, L 199
Aramayo G, N 156
Aramburu, C 080, 081, 177, 182
Arancibia, I 218
Aranda, MM 147
Araujo, C 036
Arce, C 046, 047, 067, 085, 086, 089, 130
Arce, M 007, 008, 10
Arevalo, M 215, 207
Argemi, R 232
Arguello, RP 237
Arias, E 131
Arias, SJ 138
Arias, V 115
Aristimuño, G 032, 040, 041, 042, 055, 109, 154, 207, 215
Arnold, R 013, 014, 015, 016
Arregui, V 117, 144, 232
Artana, C 012
Astore, F 211
Avegliano, G 194, 230
Avila, E 142, 171
Ayup, A 152
Azize,M 201
Azocar, A 228

B

Babi, C 32, 033, 247, 248
Baccaro, J 055
Badr, JM 080, 081, 177, 182
Báez, A 060, 119
Baez, J 218
Baez, M 104
Balceda, A 104
Baldiviezo, F 001, 186, 191, 239
Balestrini, A 022, 030, 058, 206, 112, 212, 217, 223
Balestrini, L 217
Ballaco, M 034
Banille, E 034, 66, 152, 153
Baranchuk, A 004, 005, 007, 008, 010
Barbaglia, FG 164, 165
Barbieri, A 188
Barbosa Barros, R 003
Barcudi, R 048, 178, 196, 211, 252
Bargazzi, G 219
Barja, L 106, 150
Baroni, M 069, 070
Barousse, AP 006
Barrios, P 247, 248
Bauk, O 146
Bayol, AP 147
Bazán, C 060
Bazan, J 068, 168
Bazán, P 119
Bechara, Z 246
Belardi, J 130
Beloscar, J 74, 197, 224
Beltramo, D 259
Beltrano, C 080, 081, 127, 177, 182
Benchetrit, CH 228
Bendersky, M 053, 069, 070
Berbert, L 224
Bernal, C 141
Berrocal, D 130
Biancolini, F 123, 126
Bilbao, J 106
Binaghi, D 179
Biolchi, L.A 250
Blumenkrantz, Y 156
Bochinfuso, M 148
Bochoeyer, A 071, 072
Bolzan, A 209
Bonaccorsi, H 046, 047, 067, 087
Bonafede, R 220, 254
Bono, J 219, 236, 245
Bono, J 245
Bonomini, P 106, 150
Borda, V 091, 093, 097, 098
Bordobava, A 229
Borelli, E 194
Borgo, J 002
Bossio, JC 138
Botta, C 027
Bottasso, O 224
Boughen, RP 049
Boyer, M 192
Bozovich, G 188
Brena, G 035
Brenna, E 043
Brizuela, M 147
Brocal, L 037, 241
Broda, DS 174
Bruno, G 156
Bruno, R 035
Bruses, B 249, 250
Buchanan, JA 175, 237
Budeguer, A 142, 171
Bueno, G 048, 178, 196, 211
Bueno, N 066
Burgos, C 055, 215
Burgos, M 171
Bustamante, N 148, 149, 151
Bustos, A 105
Buzzurro, M 023

C

Cabrera, M 152
Cacciamano, A 034, 0152, 153
Cacheda, H 029
Cadars, L 046, 047, 067, 088, 091, 090, 098
Caldiz, CI 083
Camara, B 242
Camardon, HL 044, 121
Camilletti, J 117, 127, 128, 144, 145, 232
Caminos, M.E 011
Camou, J 087
Campana, V 104
Campisi, R 156
Canalis, G 148
Canestri, A 022, 206
Cáneva, JO 049
Cangiano, C 221
Canteli, MS 243
Capece, R 002
Caram, R 220
Cardone, A 006
Cardozo, G 020
Cardozo, M 170
Carlessi, A 027
Carlessi, C.A 021
Carmona, MD 207
Carnero, G 107, 137, 157
Carrera, S 186
Carrizo, AD 143
Carroza, V 179
Cartasegna, L 080, 081, 128, 144, 177, 182
Carugati, R 126
Casanova, M 165
Casarini, M 127

Castillo, A 051, 078, 084
Castro Pizarro, R 175
Castro, F 194, 230
Castro, L 145
Catania, VA 056, 059
Ceballos, J 025
Cerezo, GH 031
Cesarone, J.F 012
Chain, S 019, 050, 051, 054, 078, 084, 101, 233
Charask, A 139
Chaya, G 078
Chayep, J 024, 058, 112, 212
Chiappe de Cingolani, GE 083
Chiappe, M 022, 206
Chichizola, N 085, 097, 086, 087, 089, 090, 091, 092, 093, 094, 095, 096
Chiosso, R 245
Chuquel, CH 029, 032, 042, 109, 133
Ciancio, V 023
Cicco, L 068, 168
Cimbaro Canella, J.P 122, 195, 207
Cinara, L 243
Cingolani, E 057
Cingolani, HE 057, 077, 083
Cisneros, M 037, 239
Clavier, M 006
Clementi, J 158
Coco, N 247
Cocozzella, J.P 209
Cognigni, L 135
Coll, M 030, 217
Collard, L 024, 058, 082, 112, 212
Collia, A 209
Colombo Berra, F 071
Colque, R 001, 186, 191, 219, 239, 240, 241, 242
Comisario, R 033, 040, 041, 042, 109, 154, 207
Conci, E 022, 024, 058, 112, 206, 212, 82
Contreras, A 020, 043
Cooke, RS 236
Corbalan, R 113
Corbera, M 197
Coria, P 219
Coronel, ML 042, 122, 195, 207, 219, 227, 220
Corradi, L 001, 186, 191, 242
Costantini, R 180
Cremonezzi, D 060
Crespo, F 115
Crovetto, L 209
Cruz, M 069, 070
Cuenca, M 233
Cursack, G 090, 219, 91, 98, 122, 220

D

D'Imperio, H 132, 135
D'Arrigo, M 197
Daghero, F 066, 245
Dain, A 199
Damonte, A 085, 086, 089, 130, 131
Damsky Barbosa, J 123, 126
Darling, CE 082
Davila, A 074
De Abreu, M 132, 135, 136, 139, 189, 190
De Battista, MR 185
De Battista, MR 244
De Benedetti, L 023
De Dios, AMS 123, 126
De Giusti, VC 083
De Glee, A 233
de la Fuente Galan, L 013, 014, 015, 016
De La Fuente, V 135
De la Riva, J 001, 241, 239, 240, 242
De Rosa, R 164, 165
De Sagastizabal, D 139
De Tournemine, N 029
Defeo, M 185, 244
Del Rio, A 073
Del Sueldo, M 031
Delgado Del Aguila, F 044, 069, 121, 184
Della Mora, A 069, 070
Demaria, D 232
Demas, M 071, 072
Descalzo, A 246
Dezar, GV 138
Di Giovan B., G 023
Di Toro, D 005
Diaz Rojas, MV 203, 204, 205, 250
Diaz, J 066
Diaz, R 246
Diez, A 090
Diez, ER 110
Diez, F 122, 220, 227
Diez, M 049
Diodatto, L 087
Ditoro, D 228
Dizeo, C 189
Dogliotti, A 046, 047, 067, 087
Douthat, W 020
Doval, H 136, 139, 189
Dulbecco, E 188
Durá, J 090, 091, 095, 096, 098
Duymovich, C 209

E

Echazarreta, A 061, 062, 063, 064, 065, 122, 145, 219, 220, 227
Echenique, CG 056, 059
Echeverri, I 028
Echeverria, RF 032, 040, 041, 042, 055, 109, 133, 154, 207, 215, 247, 248
Eibar, J 129
Elbarcha, O 259
Enciso, E 170
Ennis, I 057, 077, 083, 174
Erriest, J 117, 127, 128, 144, 145, 232
Escalante, J 087, 092, 093, 094, 095, 096, 097, 247, 248
Escarain, MC 188
Escobar, C 036
Escudero, EM 174
Escudero, M 108, 201
Espindola, M.E 216, 229, 231
Espinosa, VP 181, 193, 222, 225
Esteybar, N 200
Etchazarreta, D 075

F

Fantinelli, JC 099
Farez, B 221
Farias, C 048, 178, 196, 211, 252
Fassi, ME 175
Fauro, R 060
Favaloro, LE 049
Favaloro, R 049, 188
Feldman, G 019
Femenia, F 003, 004, 005, 007, 008, 010
Fernandez Frisano, G 132, 135, 190
Fernández, CC 192
Fernandez, D 143
Fernandez, E 247, 248, 259
Ferrero Guadagnoli, A 043
Ferreyra, R 071, 072
Ferro, E 170
Feryala, C 176
Fiorucci, M 180
Fitzpatrick, MF 010
Fleitas Paez, M 055, 248
Flores, E 126
Flores, M 221
Folonier, D 173
Fontan, E 229, 231
Fontana, S 221
Fortino, MA 173
Foscarini, JM 245
Franco, OA 075
Frey, G 152
Funaro, F 068, 168
Fusilieri, M 090, 091, 098

G

Gagliardi, J 136, 139, 189
Galizio, N 004, 005, 107, 137, 157
Galván, C 259
Gambarte, A 108
Gamen, M 085, 089, 130
Gant Lopez, J 071, 072
Garcia Brasca, D 218, 219, 237
García Morán, E 015
Garcia, E 033
Garcia, G 217
Garcia, M 189
Garcia, W 033
Garello, E 021
Gargano, A 107, 137, 157
Garro, H 072
Garros, P 046, 047, 067, 093, 097
Gaudencio, G 025
Gerbaudo, C 213, 214, 216, 229, 231
Gerbaudo, L 216, 229, 231
Gerez Albaca, A 054
Geromini, H 087
Gerrard, G 197
Giachello, F 080, 081, 177, 182
Gigena, E 105
Gimenez, C 247, 248
Gimenez, L 018, 140
Gimenez, R 241
Goldsmit, A 038
Gomez Salvador, I 013, 014, 015, 016
Gomez, H 086
Gomez, MC 225
Gomez, PE 193, 222
Gomez, PI 181
Gonzales Villa Monte, G 135
González Arbeláez, LF 099
Gonzalez Villamonte, G 132
Gonzalez Zuelgaray, J 045
Gonzalez, C 156
Gonzalez, E 108
González, F 259
Gonzalez, J 107, 137, 157
Gonzalez, M 176, 189, 207
Gonzalez, V 108
Gonzalo, P 173
Gotthelf, SJ 009
Goujon, N 170
Gragera, F 218
Granja, M 123

Guerrero, A 122
Guetta, J 139
Guevara, J 148, 149
Guglielmone, H 236
Guibert, ME 205, 249
Guillen, R 073
Guillermo Ortega, J 028, 036
Gulayin, M 035
Gulayin, P 035
Gurfinkel, EP 179
Gurid, I 190
Guridi, C 132, 135
Gutierrez, O 002
Gutstein, A 120
Guzmán Mentesana, G 119
Guzmán, L 158, 159, 161, 162, 163, 166, 167
Guzzanti, DA 116, 129

H

Halabi, A 175
Haurigot Posse, G 143
Haurigot, MP 220
Heffes, D 209
Henrichsen, J 012
Heredia, G 027
Hernandez, DO 203, 204, 205, 249, 250
Hernandez, G 245
Herrera, D 190
Herrera, J 181, 193, 222, 225
Herrera, R 257
Hita, A 106
Hodara, G 176
Hominal, M 086, 096, 097, 092, 093, 094, 095
Hopman, W 005
Huerta, C 049

I

Ibarra, J 199
Ibarzábal, U 076
Illanes, L 145
Insaurralde, D 146
Insaurralde, F 032, 040, 041, 042, 109, 154
Insaurralde, W 204
Irurzun, IM 140, 185, 244
Isa Massa, G. 024, 051, 054, 050, 058, 101, 212, 233

J

Jabif, V 143
Jaimes, S 256
Jerez Albaca, PA. 051, 078, 084, 101
Jorge, R 085, 086
Juaneda, E 066, 152, 153
Juri, R 048, 178, 196, 211

K

Kantor, P 038
Kisen Briger, O 223
Klein, F 049
Klyver, J 100, 111
Kolbenehuyer, G 205, 249
Kozak, F 085, 086, 089, 130, 131
Kriskovich, J.O 195
Kuschnir, P 194
Kyle, D 132

L

Laborde, M.E 012
Lake, M 077
Lange, J 029, 033, 040, 041, 042, 109, 133, 154
Larribau, M 116, 129
Larroza, GO 205, 249, 250
Lasave, L 086, 094, 085, 089, 091, 092, 095, 096, 130, 131
Laugle, C 185
Laurino, R 029
Lazzarin, O 034, 066
Ledesma, C 240
Lema, L 030, 122
Lembo, C 110
Létiz, MI 062, 075
Levantini, F 126
Liberman, A 236
Limia, P 108
Linari, E 131
Lioi, S 197
Liva, P 055
Llorens, C 104
Lo Presti, S 060, 119
Lobo Marquez, LL 220
Loconte, M 066
Logarzo, E 106, 150
Lopez Diaz, J 013, 014, 015, 016
Lopez Diez, JC 004, 005
Lopez Santi, R 140, 209
Lopez, J 093, 097
Lopez, M 170
Lopiccolo, L 125
Lucciarini, M 074
Lucero, RH 249, 250
Luciano, J 213, 214, 216, 229
Luciardi, H 054, 078, 100
Lucini, V 123
Ludueña, S 116, 129
Luisetti, D 017
Luján, L 034
Luluaga, S 124, 142, 171
Luna, MC 181, 193, 222, 225
Luquita, MG 059

M

Macagno, M 088
Maccarone, P 068, 168
Macin, SM 040, 041, 042, 109, 154, 227
Maggio, D 141
Maidana, G 113
Malfa, A 108
Maloney, J 071, 072, 228
Malvar, M 192
Mangani, N 106, 150
Mansilla, L 185
Mansilla, V 113
Manso, P 126
Manzolillo, S 133, 195
Marcetti, C 243
Marelli, D 035
Mariani, G 045
Mariani, J 132, 135, 136, 139, 189, 190
Marina, P 246
Marini, J 029, 190
Marolla, I 190
Marquez, A 123
Martellotto, R 175, 218, 237
Martín Montaña, R 015
Martinez Demaría, D 080, 081, 177, 182
Martínez Riera, N 019
Mascia, M 185
Massarutti, C 127, 128
Mats, I 120
Mattiazzi, A 134
Maurich, S 215
Mazzetti, H 071, 072
Medeot, J 048, 146, 148, 149, 151, 178, 196, 211, 252
Medesani, L 107, 137, 157
Medina, A 190
Medina, F 147
Meiriño, A 090, 091, 092,093, 094, 095, 096, 097, 098
Mendiz, O 130
Mendo, D 046, 047, 067, 087
Mercau, G 050, 054, 078, 084, 100, 111, 233
Miatello, RM 110
Michelson, AD 082
Micucci, L 060
Miguel, M 068, 168
Minoldo, S 236
Miralles, D 085
Miralles, D 086
Miranda Hermosila, R 004
Miranda, R 010, 108
Mitelman, J 018, 140
Modini, L 173
Moglioni, N 002
Moine, D 076
Mola, E 140, 185, 244
Molinas, H 027
Moltedo, JM 187, 202
Monacci, F 038
Montes, J 106, 150
Montrull, H 053
Moreno, C 076
Moreno, P 175, 218
Moreno, S 011
Moreyra, E 115
Moriconi, L 186, 191, 239, 242
Mosca, S 002, 077,099
Mosquera, M 028
Mota Gomez, P 014
Mottino, AD 056, 059
Moya, M 104, 176
Moyano, PL 181, 193, 222, 225
Mujica, R 044, 118, 121, 184
Muntaner, J 051, 050, 054, 078, 084, 100, 101, 111, 233
Muratore, C 004, 005, 045, 071, 072, 228

N

Namías, M 156
Nasca, P 227
Navia, D 230
Nicolai, S 069, 070
Nieto, J 221
Nieto, ML 015, 016, 116
Nieto, SI 181, 193, 222, 225
Nieva, E.E 210
Nolly, M 057, 083
Novoa, C 017, 025
Nuñez Burgos, A 018
Nuñez Burgos, F 210
Nuñez, C 122
Nuñez, P 127
Nuñez, SG 210

O

Ochoa, JP 179
Ochoa, V 050, 051, 084, 101, 233

Oliveri, P 023
Olmedo, J 011, 187, 202
Onocko, M 029
Onocko, M 215
Oporto, G 078
Oporto, L 054, 051, 101, 233
Ordoñez, V 128
Orias, M 115
Orlandini, A 088
Ortega, D 106, 150
Ortiz, F 027
Osorio, A 156
Otero Gruer, D 199

P

Pacheco, G 024, 058, 112
Pachon, CJ 228
Pagani, J 024, 112, 212
Paglini, P 060, 119
Palacios, K 140
Paladini, G 043
Palazzo, A 107, 137, 157
Palazzolo, J 007, 008, 010
Palomeque, J 134
Pang, H 010
Pantich, RE 133, 195
Paolasso, A 092, 094
Parra, M 131
Parras, J 029, 033, 055, 133, 147, 195, 247, 248
Pastoni, D 080, 081, 177 ,182
Pastor, V 185
Pastore, FA 192
Paz, G 034, 152
Pedernera, E 153
Peirone, A 034, 066, 152, 153
Pellizzon, O 045, 074
Peloso, RE 147
Peñafort, F 108
Peradejordi, M 188
Perdomo, VG 056, 059
Perea, G 194, 230
Pereiro, M 012
Pereyra Sueldo, C 001, 186, 191, 239, 242, 240
Pérez Núñez, IA 099
Perez Riera, A 003
Perez, AR 224
Pérez, NG 057, 077
Perna, ER 026, 040, 041, 042, 109, 122, 154, 195, 207, 219, 220, 227
Perricone, P 193, 222, 225
Pessah, G 158
Petrucci, J 224
Pettinari, M 246
Piasentin, J 108
Picabea, E 085, 086, 089, 130, 131
Picolini, A 021, 027
Pierantozzi, D 199
Pieroni, MD 175
Pierucci, M 017
Pillin, P 142
Pinilla, OA 077, 174
Pino, MA 044
Pireda, A 054, 111
Pitoni, C 229
Pizzorno, J.A 026
Plastino, ML 117, 177
Pogonza, P 043
Pollice, A 093, 097, 131
Ponce Zumino, AZ 110
Popilovsky, S 029, 215, 147
Pozzer, DL 133, 195
Pozzer, P 102, 220
Prado, NJ 110
Princich, JP 179
Przyklenk, K 082
Puerto Sanz, A 016

Q

Quiroga Castro, W 022, 024, 058, 082, 112, 206, 212
Quiroga, P 217, 223

R

Raffaelli, H 188
Ramallo, P 101
Ramello, G 146
Ramírez, JH 036
Ramirez, M 213, 214
Ramírez-Velez, R 028, 036
Ramos, JL 045, 72
Ranchilio, G 185, 244
Raña, R 107, 137, 157
Raúl, J 089
Re, MA 209
Redfearn, D 010
Redolatti, M 117, 144
Resino, C 034, 153
Resnik, M 141
Resnik, S 141
Retik, E 004, 005
Revelli, S 224
Revilla Orodea, A 013, 014, 015, 16
Reyes, ID 133
Reyes Prieto, ML 040, 041, 042, 055, 109, 133, 154
Ricapito, P 230
Riera Stival, J 215
Rigalli, JP 056, 059
Rios, M 048, 178, 196, 211
Ríos, V 192
Rivarola, W 060, 119
Rivero, MI 026
Robles, A 213, 214, 216, 229, 231
Robles, F 107, 137, 157
Robles, M 146, 218, 237
Rodriguez Artuza, C 004
Rodriguez Campos, J 048, 178, 196, 211, 252
Rodriguez, C 008
Rodriguez, F 142, 171
Rojo, J 044, 118, 121, 184
Roldan, M 057, 128
Romberg, D 195
Romero, M 147
Ronderos, R 194
Ronderos, R 230
Rosemberg, V 245
Rosset, G 218
Rossi Dias, A 035
Rossi, M 085, 089, 130, 131
Rottino, S 148, 149, 151
Rubio, M 001, 037, 239, 240
Rubio, C 240
Rubio, J 016
Rudavega, P 080, 081, 177, 182
Ruffa, F 141
Ruffa, R 141
Ruffino, G 227
Ruiz, ML 056, 059
Ruiz, N 228

S

Sabbione, L 173
Sala, A 088
Sala Mercado, JA 082
Sala, JP 022, 024, 030, 058, 069, 070, 082, 112, 206, 212, 217, 223
Salazar, B 028
Salazar, G 174
Saldeña, NLR 110
Salgado, R 213, 214, 216, 231
Salica, G 171
Saltimirys, R 126
Salzberg, S 189
San Roman Calvar, JA 013, 014, 015, 016
Sanagua, JO 181, 193, 222, 225
Sanchez Viamonte, G 144, 145
Sanchez, F 108
Sanchez, G 194, 230
Sánchez, JA 236
Sandoval, D 147
Sangiorgi, J 039
Sans, S 221
Santander, S 149
Santopolo, C 087, 089
Santos, N 019
Sanziani, L 071
Sarjanovich, R 158, 159, 161, 162, 163, 167
Sarti, M 75
Saucedo, JL 205
Saurit, VER 030
Savino, W 224
Scaglione, L 074, 197, 224
Scanio, MG 116, 129
Scaro, G 159, 161, 162, 163, 166, 167
Scausso, F 153
Schijman, A.G 249, 250
Scribano, M 104
Seara, G 126
Segura, M 241
Sella, V 241
Serra, C 022, 024, 030, 058, 112, 206, 212, 223, 217
Serra, JL 004
Serrano, A 054, 078, 100, 101, 111
Severini, GV 203, 204, 205, 249, 250
Sforza, NS 203, 204, 205 ,250
Silberstein, A 132, 136, 139, 189, 190
Silva-Balbosa, S 224
Silveyra, JM 215
Simondi, H 146, 237
Simpson, CS 010
Skibicki, J 084
Solodky, A 120
Sorba, VM 203, 249
Soria, N 259
Soriano, L 170
Sosa Mallemacci, A 221
Sosa Tomada, C. 051
Sosa Tomada, M 050, 054
Sosa, C 084, 233
Sosa, F 124, 142, 171
Spada, G 227
Stracquadania, H 023
Strauss, M 060
Suarez, A 199
Suarez, J 150
Suarez, ML 218
Suasnabar, R 068, 168
Suclla, L 243
Surur, A 245

T

Taborra, S 046, 047, 067, 092, 094, 095, 096
Tadeu Greco, O 228
Tajer, C 132, 135, 136, 139, 189, 190
Talamonti, L 243
Talavera, ML 049
Tamashiro, G 038
Tapia Ballesteros, C 014
Tarán, M 104, 105
Tauber, P 113
Taurozzi, S 141
Tazar, J 143, 164, 165
Tecco, G 082, 223
Tejedo, D 227
Telayna, J 180
Telechea, JF 073
Tentori, MC 045
Tescione, S 022
Tettamanti, M.E 013, 014, 015, 016
Thierer, J 194
Thomas, J 068, 168, 246
Tibaldi, M 030, 217, 223
Tolstano, A 246
Tomasella, M 018
Torres, R 116, 129
Tosar, C 159, 161, 162, 166, 167
Trevisan, M 139
Triquel, F 060
Trivi, M 194
Trucco, E 007, 008, 010
Trucco, G 158
Tuero, E 88
Tufare, A 200
Turco, M 197

U

Ueibe-E, A 148, 149, 151
Unzain, B 195
Uriarte, M 061, 062, 063, 065, 064, 075
Uribe Echabarria, A 146, 163
Uribe, W 007
Urrutia, I 035

V

Vaccarino, G 230
Valeff, E 209
Valentino, M 004, 005, 228
Vallejos, JA 147
Varela Otero, P 188
Vargas, A 201
Vassallo, AV 053
Vega Hidalgo, J 044, 118, 121, 184
Vega, H 048, 196, 211, 252
Velarde, JL 218
Velasco, P 135
Velez Rueda, O 134
Ventura, A 170
Verderone, M 148
Verón, M 256
Vicario, A 031
Videla, N 175
Vierci, J 076
Vigo, G 117, 144, 145, 232
Vilchez, A 232
Villa-Abrille, MC 057, 083
Villagra, J 252, 256, 257
Villagra, M 048, 196, 211
Villanueva, SSM 056, 059
Villar, S 224
Villavicencio, R 131
Villegas, A 175
Villegas, E 032, 040, 041, 133, 154, 109
Villegas, M 246
Visconti, G 074
Vivas, M 158
Volmaro, J 115
Vrancic, M 230

W

Wolcan, J 132

Y

Yanguez, W 100, 111
Yañez, M 201
Yeves, AM 083

Z

Zafrir, N 120
Zanier, MM 194
Zapata, G 090, 091, 092, 093, 094, 095, 096, 097
Zelaya, F 011, 022, 024, 058, 082, 112, 206, 212
Zgrablich, C 080, 081, 177, 182
Zilberman, J 031
Zoni, CR 032, 055, 215, 207
Zumoffen, C 197
Zurbriggen, A 173
Zurdo, P 017

REVISTA DE LA FEDERACION ARGENTINA DE CARDIOLOGIA 2011

INDICE DE INSTITUCIONES

A

ABC University, São Pablo, São Pablo, Brasil
ABC Faculty of Medicine, Cardiología 003

Asistencia Médica Libres, Paso de los Libres, Corrientes, Argentina
Cardiología, Consultorio Externo 102

Athlete´s Gym, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Cardiología, Rehabilitación Cardiovascular 141

C

CAMEPBA, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Cardiología, Arritmias 071, 072

CARDIOJUNIN, Junin, Buenos Aires, Argentina
Electrofisiología, Cardiología 228

Cedars Sinai Medical Center, Los Ángeles, California, United States of America
Cedars Sinai Heart Institute 057

Centro de Excelencia en Productos y Procesos de Córdoba (CEPROCOR), Santa María de Punilla, Córdoba, Argentina
Biotecnología 259

Centro de Imágenes Médicas. Clínica de Cámara Gamma, Rosario, Santa Fé, Argentina
Medicina y Cardiología Nuclear, Cardiología Nuclear 017

Centro de Medicina del Deporte y del Ejercicio (CEMDDE), La Plata, Buenos Aires, Argentina
Cardiología, Medicina del Deporte 232

Centro Modelo de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina
Ecocardiografía 100, 103
Electrofisiología y Arritmia, Unidad Coronaria 113, 114
Prevención, Cardiología 111
Residencia 101, 233
Servicio de Cardiología, Cámara Gama 078
Servicio de Ecocardiografía, Cardiología 051, 054, 050,111
Servicio de Hemodinamia, Cardiología 051, 078
UCO 101, 233
Unidad Coronaria,
Cardiología 050, 051, 054, 078
Dirección Residencia 084
Ecocardiografía 084

Centro Nacional de Investigaciones Nutricionales, Salta, Salta, Argentina
Epidemiología 009

CERECA, San Luis, San Luis, Argentina
EcoDoppler 221

CERHU, San Luis, San Luis, Argentina
Cardiología 221

Clínica Caraffa, Córdoba, Córdoba, Argentina
Unidad Coronaria, Cardiología 201

Clínica Chacabuco, Tandil, Buenos Aires, Argentina
Departamento Cardiovascular, Hemodinamia 068, 168

Clínica de Especialidades, Villa María, Córdoba, Argentina
Servicio de Cardiología 031

Clínica de Nefrología, Urología y Enfermedades Cardiovasculares, Santa Fé, Santa Fé, Argentina
Servicio de Cardiología, Departamento de EcoDoppler Cardiaco 021
Servicio de Cirugía Cardiovascular 027
Unidad Coronaria 027

Clínica Fusavim Privada SRL, Villa María, Córdoba, Argentina
Clínica Médica, Cardiología 229, 231
Comité de Enfermedades Cardiovasculares en la Mujer, Cardiología 229, 231
Hemodinamia, Cardiología 213, 214, 216, 229, 231

Clínica Italia, San Luis, San Luis, Argentina
Cardiología 221

Clínica Privada Velez Sarsfield, Córdoba, Córdoba, Argentina
Servicio de Cardiología
Cardiología 186, 191, 239, 240, 241, 242
Ecocardiografía 191
Hemodinamia 001, 037, 240
Unidad Coronaria 001, 037

Clínica San Camilo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Cardiología, Electrofisiología 106, 150

Clínica Viedma, Viedma, Rio Negro, Argentina
Cardiología, Medicina Nuclear 044, 121, 118, 184

CONICET
Mendoza, Mendoza, Argentina
IMBECU, Laboratorio de Fisiopatología Cardiovascular 110
Rosario, Santa Fé, Argentina
Instituto de Fisiología Experimental 056, 059
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Investigación 179

CORDIS - Instituto del Corazón, Resistencia, Chaco, Argentina
Servicio de Cardiología
Servicio de Ecocardiografía 170
Servicio de Electrofisiología 170, 172

D
Diagnóstico Médico Oroño, Rosario, Santa Fé, Argentina
Radiología 131

Diagnóstico por Imágenes, Santa Fé, Santa Fé, Argentina
Servicio de Ecografía, Departamento de EcoDoppler Cardiaco 021

F
F.I.B.A., Villa Marteli, Buenos Aires, Argentina
Electrofisiología 150

Federación Argentina de Cardiología, Argentina
Comité de Enfermedades Cardiovasculares en la Mujer 213, 214, 216
Comité de Insuficiencia Cardíaca 122, 219, 220, 227
Sociedad de Cardiología de Buenos Aires 031
Sociedad de Cardiología de Entre Ríos 076

FIBA, Buenos Aires, Argentina **106**

FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Instituto Oswaldo Cruz, Laboratorio de Pesquisas sobre o timo 224

FLENI, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Cardiología, Electrofisiología 183, 187, 202,
Cardiología pediátrica, Electrofisiología pediátrica 183, 187, 202

Fundación Barceló, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
IUCS, Cátedra de Chagas 140

Fundación Centro Diagnóstico Nuclear, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
PET/CT 156

Fundación CERTUS, Villa María, Córdoba, Argentina
Grupo de Investigación CERTUS 031

Fundación Favaloro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Arritmias, Electrofisiología 157
Cardiología y Neumonología, Grupo de Hipertensión Pulmonar 049

G
GEDIC (Grupo de Estudio, Docencia e Investigación Clínica), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Epi-Cardio, Investigación 136, 139, 189

Grupo Oroño, Rosario, Santa Fé, Argentina
Unidad de Epidemiología Clínica 046, 047, 067, 208

H
H.I.G.A. "Prof. Dr. Rodolfo Rossi", La Plata, Buenos Aires, Argentina
Servicio de Cardiología
Ecocardiografía 185
Sección Electrofisiología 185, 244

H.I.G.A. "Teodoro Alvarez", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Cardiología, Chagas 018

H.I.G.A. Dr. Allende, Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina
Ecocardiografía, Cardiología 200

H.I.G.A. Eva Perón, San Martín, Buenos Aires, Argentina
Medicina Nuclear 192

H.I.G.A. EVITA , Lanús, Buenos Aires, Argentina
Unidad Coronaria, Terapia Intensiva 002

H.I.G.A. Pedro Fiorito, Avellaneda, Buenos Aires, Argentina
Laboratorio Central 012
Pediatría
Cardiología Infantil 012
Nutrición Infantil 012

HMR, Córdoba, Córdoba, Argentina
División Clínica, Servicio Clínica Médica 198, 199, 238

Hospital A. Llano, Corrientes, Corrientes, Argentina
Servicio de Terapia Intensiva 026
Servicio de Tocoginecología 026

Hospital Alvarez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Unidad Cardiología, Consultorio de Chagas 140

Hospital Argerich, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Electrofisiología, Cardiología 228

Hospital Austral, Pilar, Buenos Aires, Argentina
Cardiología, Electrofisiología 150

Hospital Bobadal, El Bobadal, Santiago del Estero, Argentina
Interior, APS 255, 256, 257, 258

Hospital Centenario, Rosario, Santa Fé, Argentina
Servicio de Cardiología, Jefe Unidad Coronaria 074

Hospital Central, Mendoza, Mendoza, Argentina
Servicio de Cardiología,
Departamento ECV 254
Unidad de Insuficiencia Cardíaca
Departamento ECV 254

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, Valladolid, España
Insuficiencia Cardíaca y Transplante, Cardiología 013, 014, 015, 016
Unidad de Estadística, Cardiología 013, 014
Unidad de Imagen, Cardiología 013, 014, 015, 016

Hospital Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina
Clínica Médica 105
Departamento de Cardiología
Cirugía Cardíaca 148, 149, 151, 160, 163, 235, 260
Hemodinamia 158
Insuficiencia Cardíaca 159, 160, 161, 162, 166, 167, 260

Hospital de Messejana, Caera, Fortaleza, Brasil
Unidad Coronaria, Cardiología 003

Hospital de Miraflores, Miraflores, Chaco, Argentina
Ministerio de Salud Pública de Chaco, Consultorio de Chagas 203, 204, 205

Hospital de Misión Nueva Pompeya, Misión Nueva Pompeya, Chaco, Argentina
INGEBI, Biología Molecular 249
Ministerio de Salud Pública de Chaco, Centro de Salud 203, 205
Consultorio de Chagas 204

Hospital de Niños, Córdoba, Córdoba, Argentina
Cardiología, UCIP 034, 152, 153
Laboratorio Central, Hemostasia 259

Hospital de Niños "Pedro Elizalde", Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Cardiología infantil 123, 126

Hospital "El Cruce", Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina
Unidad de Coronaria, Cardiología 132, 135, 190

Hospital Español, Mendoza, Mendoza, Argentina
Arritmias, Cardiología 003, 004, 005, 007, 008, 010
Departamento Cardiovascular, Servicio de Hemodinamia 116, 129

Hospital Español, La Plata, Buenos Aires, Argentina
Medicina Nuclear, Cardiología 063, 075

Hospital Fernández, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Servicio de Cardiología
Sección Arritmias 045, 071
Sección Electrofisiología 228

Hospital Italiano, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Cardiología, Hemodinamia 130, 175
Cirugía, Cirugía Cardiovascular 080, 081, 177, 182

Hospital Italiano, Córdoba, Córdoba, Argentina
Instituto de Fisiopatología Toráxica, Cirugía Cardíaca 146
Servicio de Cardiología, Ecocardiografía 146

Hospital Italiano, Córdoba, Córdoba, Argentina
Servicio de Cardiología
Unidad Arritmias 218
Coronaria 237

Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina
Servicio de Cardiología 127, 128
Medicina del Deporte 232
Medicina Nuclear 117, 144, 145
Unidad Coronaria 080, 081, 177, 182

Hospital Italiano - Hospital Centenario, Rosario, Santa Fé, Argentina
Servicio de Cardiología, Sección Arritmias 045

Hospital "Luis C Lagomaggiore", Mendoza, Mendoza, Argentina
Servicio de Cardiología, Unidad Coronaria 108

Hospital Militar, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Arritmias, Cardiología 004, 005

Hospital Padilla, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina
Cardiología
Clínica Médica 124
Insuficiencia Cardíaca 142, 171

Hospital para la Comunidad de Arias, Arias, Córdoba, Argentina
Clínica, Cardiología 039

Hospital Privado de Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina
Cardiología 043
Ecocardiografía 020
Cardiología Pediátrica 066
Cirugía Cardiovascular 043
Nefrología, Hemodialisis 020
Reumatología 030

Hospital Ramos Mejía, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Cardiología, Arritmias 072

Hospital San Bernardo, Salta, Salta , Argentina
Servicio de Cardiología, Unidad de Holter 210
Sección de Chagas 210

Hospital San Juan de Dios, Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina
Departamento de Medicina Interna, Servicio de Cardiología 006

Hospital San Juan de Dios, La Plata, Buenos Aires, Argentina
Servicio de Cardiología, Insuficiencia Cardíaca 062
Cardiología 035

Hospital San Martin, La Plata, Buenos Aires, Argentina
Cardiología, Medicina Nuclear 061
Sala de Clínica 062, 064

Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires, Argentina
Cardiología, Hemodinamia y Terapéutico por Cateterismo 180
Electrofisiología 106

Hospital Universitario Fundación Favaloro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Servicio de Cardiología,
Cirugía Cardiovascular y Torácica 188
División electrofisiología 137
Investigación y Desarrollo 179
Servicio de Electrofisiología, Arritmias 107

I

IBGM, Valladolid, Valladolid, España
Instituto de Biología y Genética Molecular 015, 016

ICBA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Servicio de Cardiología, Ecocardiografía 230

INGEBI, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
INGEBI, Biología Molecular 250

INIFTA-CONICET, La Plata, Buenos Aires, Argentina
Universidad de la Plata, Facultad de Ciencias Exactas 140

Instituto Cardiovascular Rosario, Rosario, Santa Fé, Argentina
Cardiología Clínica, Cardiología Nuclear 093, 097

Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Cardiología, Hemodinamia 130

Investigaciones clínicas 194
Sección Ultrasonido Cardiovascular, Diagnóstico por imágenes 194

Instituto Cardiovascular de Rosario, Rosario, Santa Fé, Argentina
Cardiología
Arritmias 073
Hemodinamia 130, 131
Recuperación Cardiovascular 046, 047, 067
Cardiología Clínica
Ecocardiografía 088
Hemodinamia 085, 086, 089
Hipertensión pulmonar 090
Insuficiencia cardíaca 091, 098
Recuperación Cardiovascular 087
Unidad Coronaria 092, 094, 095, 096
Cirugía Cardiovascular 087
Neurología 086

Instituto de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina
Cardiología, Ecocardiografía 143, 164, 165

Instituto de Cardiología de Corrientes "J. F. Cabral", Corrientes, Corrientes, Argentina
Anestesia 029
Cardiología 195, 207
Arritmias 133
Cirugía Cardiovascular Adultos 029
Ecocardiografía 133, 248, 247
Prevención Cardiovascular 147
Recuperación Cardiovascular Adultos 029
Servicio de Insuficiencia Cardíaca 026, 122
Servicio de Insuficiencia Cardíaca e Hipertensión pulmonar 207
Unidad Coronaria 040, 041, 042, 055, 109, 154
Diagnóstico por Imágenes 147
Emergencias 247, 248
Laboratorio 147
Residencia 032, 033
Residencia de Cardiología Clínica 247, 248
Docencia e Investigación 215
Servicio Internación 215
Servicio Nefrología 215
Staff
Ecografía 033, 035
Hemodinamia 055
UCO 032

Instituto de Diagnóstico Cardiovascular , La Plata, Buenos Aires, Argentina
Cardiología
Insuficiencia Cardíaca 065
Medicina Nuclear 061, 063, 064, 065, 075

Instituto de Medicina Aeronáutica Civil, Quilmes, Buenos Aires, Argentina
Facultad de Ciencias Médicas, Servicio Cámara Hipobárica 023

Instituto Modelo de Cardiología Privado SRL, Córdoba, Córdoba, Argentina
Departamento de Prevención Cardiovascular 069, 070
Bacteriología 011
Cardiología 011, 022
Técnicas No Invasivas y Arritmias 217
Cardiología Clinica
Dirección 024, 058, 112, 206, 212
Rehabilitación Cardiovascular 223
Cirugía
Cirugía Cardiovascular 022, 206
Consultorio Externo y Técnicas no Invasivas 030
Hemodinamia 024, 058, 112
Internación, Unidad Terapia Intensiva 022, 024, 058, 082, 112, 206, 212

Instituto Universitario de Ciencias de la Salud - Fundación H. A. Barcelo,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Facultad de Medicina, Investigación Clínica 018

Investigaciones Médicas, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Imágenes, Resonancia Magnética 179

ISAPREC S.R.L., Casilda, Santa Fé, Argentina
Cardiología, Rehabilitación Cardiovascular 125

K
Kingston University, Kingston, Ontario, Canadá
Cardiología, Arritmias 004, 005, 007, 008, 010

L
Laboratorio de Análisis Clínicos Especializados (LACE), Córdoba, Córdoba, Argentina
Biotecnología, Farmacogenética 259

M
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, La Plata, Buenos Aires, Argentina
Subsecretaria de Coordinación y Atención de la Salud, Dirección de Patologías Prevalentes 209

R
Rabin Medical Center, Petach Tikva, Israel
Cardiology Department, Nuclear Cardiology 120

RENAL, Tucumán, Tucumán, Argentina
Nefrología 101

S
Sanatorio "Dr. Julio Mendez", Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Cardiología, Ergometría 141

Sanatorio Allende, Córdoba, Córdoba, Argentina
Unidad Cardiovascular, Cardiología 115, 236
Estadística 236
Hematología, Hematología Oncología 236
Servicio de Cardiología, Sección Cardiología 245
Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Sección Eco-doppler 245
Servicio de Nutrición, Unidad de Obesología 245

Sanatorio de la Mujer, Rosario, Santa Fé, Argentina
Instituto de Tecnologías Especiales, Cardiología Nuclear 025

Sanatorio de la Providencia, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Servicio Cardiología, Hemodinamia 038

Sanatorio de la Seguridad Social "Rosendo García", Rosario, Santa Fé, Argentina
Emergencia 243

Sanatorio Mayo Privado, Córdoba, Córdoba, Argentina
Unidad Cardiovascular, Cirugía Cardiovascular 048, 178, 196, 211, 252, 253
Unidad Coronaria, Cardiología Clínica 252

Sanatorio Modelo Burzaco, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Cardiología, Hemodinamia 246

Sanatorio Parque, Rosario, Santa Fé, Argentina
Cardiología, Arritmias 073

Sanatorio San Gerónimo, Santa Fé, Santa Fé, Argentina
Servicio de Cardiología, Servicio de Ecocardiografía 021

Sanatorio Trinidad, San Isidro, Buenos Aires, Argentina
Servicio de Cardiología, Sección Arritmias 045

Sanatorio Trinidad Mitre, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Cardiología 071, 072

Secretaria de Deportes de la Provincia de Buenos Aires La Plata, Buenos Aires, Argentina 232

U
Universidad CES, Medellín, Medellín, Colombia
Cardiología, Arritmias 007

Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Facultad de Medicina 141

Universidad de Zulia, Maracaibo, Maracaibo, Venezuela
Cardiología, Arritmias 008

Universidad del Valle, Cali, Valle del Cauca, Colombia
Departamento de Ciencias Fisiológicas, Grupo de Nutrición 028, 036
Facultad de Salud, Escuela de Rehabilitación Humana 036

Universidad Favaloro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Facultad de Medicina 188

Universidad ICESI, Cali, Valle del Cauca, Colombia
Facultad de Salud, Programa de Medicina 036

Universidad Nacional de Catamarca, San Fernando del Valle de Catamarca, Catamarca, Argentina
Facultad de Ciencias de la Salud
Unidad de Aceite de Oliva y Salud CV 222, 225
Unidad de Investigación de Aceite de Oliva 181, 193

Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina
Facultad Ciencias Médicas
Cátedra Farmacología Aplicada 053
Cátedra de Anatomía Patológica 060
Cátedra de Física Biomédica 060, 119
Cátedra de Histología 060
II Cátedra de Clínica Médica 213, 214, 216, 234

Universidad Nacional de Córdoba/Fundación Fiorini, Córdoba, Córdoba, Argentina
Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Física Biomédica/Becario Fiorini 104

Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Mendoza, Argentina
Facultad de Ciencias Médicas, Área de Fisiología Normal 110

Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina
CESPI 035
Centro de Investigaciones Cardiovascular 057, 077, 083, 099, 134, 174,
Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Farmacología 035

Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina
Facultad de Ciencias Exactas, INIFTA, Grupo de Sistemas Complejos 185, 244

Universidad Nacional de La Rioja, La Rioja, La Rioja, Argentina
Facultad de Ciencias Médicas
Clínica Medica I 176
Cátedra de Física Biomédica 104
Secretaria de Ciencia y Técnica, IICSHUM 104

Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Santa Fé, Argentina
Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacia
Area Química Analítica Clínica 197
Parasitología 056, 059
Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Cardiología 074, 197
Facultad de Ciencias Médicas, Hospital Centenario, Sección Chagas, Servicio de Cardiología 224
Epidemiología y Estadística 074
Instituto de Inmunología 224

Universidad Nacional de Tucumán, Facultad de Medicina, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina
Departamento de Salud Pública, Cátedra de Toxicología 019

Universidad Nacional del Litoral, Santa Fé, Santa Fé, Argentina
Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas
Cátedra de Epidemiología General y Nutrición 138
Laboratorio de Enfermedades Metabólicas 173
Facultad de Ciencias Médicas
Cátedra de Química Biológica 173

Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Corrientes, Argentina
Facultad de Medicina 207
Internado Rotatorio, Consultorio de Chagas 203, 204, 205, 249, 250
Instituto de Medicina Regional, Departamento de Biología Molecular 249, 250

University of Massachusetts, Worcester, Massachusetts, USA
Facultad de Medicina, Departamento Medicina de Emergencia 082

W
Wayne State University, Detroit, Michigan, USA
Facultad de Medicina, Instituto Cardiovascular 082

REVISTA DE LA FEDERACION ARGENTINA DE CARDIOLOGIA 2011

CRONOGRAMA DE PRESENTACION DE TEMAS LIBRES

TEMAS LIBRES CON PRESENTACION ORAL NOMINADOS A PREMIOS

* **Premio FAC – GADOR al "Mejor Trabajo de Investigación Clínica"**
Tribunal: Dr. Daniel Piskorz, Dr. Juan Pablo Cimbaro Canella, Dra. Stella M. Macín
Sábado 21 de Mayo - Salón Cerro Colorado - 14:45 a 16:15 / 16:45 a 18:00 Hs.
030 - 031 - 085 - 086 - 092 - 093 - 136 - 179 - 189 - 194 - 195 - 247

* **Premio FAC – GADOR al "Mejor Trabajo de Investigación Básica"**
Tribunal: Dra. Mónica Moya, Dra. Liliana Favaloro, Dr. Oscar Mordini
Viernes 20 de Mayo - Salón Laguna Brava - 13:15 a 14:30 hs
057 - 060 - 083 - 203 - 204 - 205 - 250

* **Premio FAC – GADOPRIL al "Mejor Trabajo presentado por Residentes"**
Tribunal: Dra. Judith Zilberman, Dra. Mildren Del Sueldo, Dr. Gustavo Beder Farez
Sábado 21 de Mayo - Salón Laguna Brava, 13:15 a 14:30 hs.
055 - 078 - 158 - 162 - 164 - 174

* **Premio FAC – GADOR al "Mejor Trabajo presentado en Formato Póster"**
Tribunal: Dr. Raúl Ortego, Dr. Juan Muntaner, Dr. Luis Aguinaga
Sábado 21 de Mayo – Salón Pósters, 10:00 a 11:00
009 - 044 - 061 - 099 - 110 - 154 - 197 - 229 - 231 - 246

* **Subsidio FAC - GADOR al "Mejor Proyecto de Investigación Básica"**
Tribunal: Dr. Alejandro Aiello, Dra. María Peral de Bruno, Dra. Irene Ennis
Sábado 21 de Mayo - Salón Tinogasta, 10:15 a 10:45 hs.

P.01 ***"Marcadores de Estrés Oxidativo en Síndrome Metabólico Asociado a Aterogénesis Subclínica"***
Prof. Dra. Moya Mónica; Dra. Mariana Tarán; Biól. María Baez; Biól. Candelaria Llorens; Prof. Dra. Vilma Campana; Dra. Cs. Químicas Miriam Binci.

P.02 ***"Obesidad Inducida por Dieta y Grado de Miocarditis Chagásica Aguda en un Modelo Murino de Infección por T. Cruzi"***
Dra. Romina Manarin; Dra. Ana Rosa Pérez; Dr. Oscar Bottasso.

* **Subsidio FAC - GADOR al "Mejor Proyecto de Investigación Clínica"**
Tribunal: Dr. Mario Bendersky, Dr. Néstor Vita, Dra. Lilia Lobo Márquez
Sábado 21 de Mayo - Salón Tinogasta, 10:45 –11:30

P.03 ***"Rol de la Lipocalina Asociada a la Gelatinasa de Neutrófilos y el CA 125 en la Insuficiencia Cardiaca"***
Dra. María L. Coronel; Dr. Eduardo R. Perna; Dr. Juan Címbaro Canella; Dra. Stella M. Macín; Dra. Eva G. Fernandez; Dr. José M. Silveyra; Bioq. Mónica Brizuela; Bioq. María F. Medina; Bioq. Bilda N. Gonzalez Arjol

P.04 ***"Vigilancia Médica Activa para Detección del Mal de Chagas en una Población de 220.000 Personas"***
Dr. Gustavo Rodolfo Bonzón; Prof. Eduardo E. Mola; Bioq. Antonio M. Ruiz; Dra. Mirian E. Dell'Oeste; Cdor. Atilio Velázquez; Dr. Orlando O. Arévalo.

P.05 "***Proyecto VELA. Epidemiología de la Hipertensión Arterial y Factores de Riesgo Cardiovascular en una Población Rural de la República Argentina***"
Mgtr. Dr. Alberto Alejandro Diaz; Dr. Matías F. Tringler; Dr. Darío Aguera; Dra. Viviana Prener; Dra. Cintia Galli; Enf. John David Molina; Edgardo M. Rodríguez; Bioq. Graciela Murno; Bioq. Natalia Elissondo.

P.06 "***Hipertensión Arterial y Factores de Riesgo Cardiovascular en Jóvenes Rosarinos***"
Dr. Sergio Sebastián García Zamora; Diego Bértola; Melina Crespo; Julia Correa; Ramiro Díaz López; Marcelo E. Mansilla Guevara; Florencia Palameta; Natalia Panero Schipper; Prof. Roberto L. Parodi; Prof. Alcides A. Greca.

P.07 "***Azul de Metileno y Corticoides en el Síndrome Vasopléjico tras la Cirugía Cardíaca. Ensayo Clínico Aleatorizado, Doble Ciego y Factorial 2 x 2***"
Dr. Ariel Dogliotti

TEMAS LIBRES CON PRESENTACION ORAL

- ***Insuficiencia Cardíaca / Arritmias***
  Viernes 20 de Mayo - Salón Las Pirquitas, 11:45 a 12:15 hs.
  003 - 004 – 008
  Viernes 20 de Mayo - Salón Famatina, 11:45 a 12:15 hs.
  006 - 090 - 098
  Domingo 22 de Mayo - Salón Mar de Ansenunza, 11:45 a 13:00 hs.
  016 - 054 - 133 – 153 – 165 - 167

- ***Cirugía Cardiovascular***
  Viernes 20 de Mayo - Salón Tinogasta, 11:45 a 12:15 hs.
  048 - 188 – 043
  Domingo 22 de Mayo – Salón Mar de Ansenuza, 11:45 a 13:00
  175

- ***Cardiopatía Isquémica:***
  Viernes 20 de Mayo - Salón Taninga, 11:45 a 12:15 hs.
  040 - 094 - 082
  Domingo 22 de Mayo - Salón Laguna Brava, 11:45 a 13:00 hs.
  068 - 130 - 139 – 180

- ***Cardiología Pediátrica / Mujer***
  Viernes 20 de Mayo – Salón Laguna Brava, 11:45 a 12:15 hs.
  026 - 034 – 066

- ***Imágenes / Valvulopatías***
  Viernes 20 de Mayo - Salón Talampaya, 11:45 a 12:15 hs.
  126 - 230 - 240
  Viernes 20 de Mayo - Salón Cerro Colorado, 11:45 a 12:15 hs.
  011 - 021 – 182

- ***Investigación Básica***
  Domingo 22 de Mayo - Salón Laguna Brava, 11:45 a 13:00 hs.
  056 - 059 - 077 – 134

- ***Prevención / Rehabilitación***
  Viernes 20 de Mayo - Salón Andalgalá, 11:45 a 12:15 hs.
  111 - 141 - 147
  Domingo 22 de Mayo - Salón Mar de Ansenuza, 11:45 a 13:00 hs.
  115

TEMAS LIBRES CON PRESENTACION POSTERS

- ***Aterosclerosis, Cardiología Nuclear y Cardiopatía Isquémica***
  Viernes 20 de Mayo – Foyer Pósters, 10:00 A 11:00 hs:
  002 - 017 - 024 - 025 - 058 - 095 - 097 - 100 - 120 - 192
  Viernes 20 de Mayo - Foyer Pósters, 11:00 a 12:00 hs:
  001 - 063 - 064 - 065 - 075 - 096 - 117 - 178 - 190 - 201
  Domingo 22 de Mayo – Foyer Pósters, 10:00 a 11:00:
  037 - 039 - 041 - 062 - 121 - 144 - 145 - 212 - 215 - 236
  Domingo 22 de Mayo - Foyer Pósters, 11:00 a 12:00 hs:
  051 - 112 - 127 - 128 - 131 - 135 - 156 - 181 - 200 – 209

- ***Cardiología Clínica y Ciencias Básicas***
  Viernes 20 de Mayo - Foyer Pósters, 14:00 a 15:00 hs:
  019 - 102 - 104 - 118 - 184 - 237 - 248 - 259
  Viernes 20 de Mayo - Foyer Pósters, 15:00 a 16:00 hs:
  101 - 132 - 186 - 233 - 239 - 241 - 242 - 252

- ***Miocardiopatías y Chagas***
  Viernes 20 de Mayo - Foyer Pósters, 16:00 a 17:00 hs:
  018 - 119 - 140 - 199 - 210 - 221 - 224 - 249 - 256 - 257

- ***Prevención, Rehabilitación y HTA***
  Viernes 20 de Mayo - Foyer Pósters, 17:00 a 18:00 hs:
  012 - 036 - 053 - 124 - 125 - 173 - 176 - 225 - 232 - 243
  Viernes 20 de Mayo - Foyer Pósters, 18:00a 19:00 hs:
  035 - 069 - 070 - 076 - 138 - 193 - 222 - 223 - 245

- ***Arritmias y Ecocardiografía***
  Sábado 21 de Mayo - Foyer Pósters, 09:00 a 10:00 hs:
  005 - 007 - 010 - 106 - 107 - 137 - 150 - 157 - 187 - 228
  Sábado 21 de Mayo - Foyer Pósters, 11:00 a 12:00 hs:
  020 - 045 - 074 - 088 - 113 - 185 - 202 - 218 - 244 - 254
  Sábado 21 de Mayo - Foyer Pósters, 12:00 a 13:00 hs:
  033 - 071 - 072 - 073 - 108 - 143 - 170 - 191 - 207 – 217

- ***Cirugía Cardiovascular y Cardiología Pediátrica***
  Sábado 21 de Mayo - Foyer Pósters, 14:00 a 15:00 hs:
  022 - 046 - 047 - 067 - 080 - 081 - 152 - 177 - 196 - 206
  Sábado 21 de Mayo - Foyer Pósters, 15:00 a 16:00 hs:
  027 - 029 - 032 - 087 - 146 - 148 - 149 - 151 - 163 - 211

- ***Insuficiencia Cardíaca y Misceláneas***
  Sábado 21 de Mayo - Foyer Pósters, 16:00 a 17:00 hs:
  013 - 014 - 015 - 028 - 049 - 091 - 122 - 219 - 220 - 227
  Sábado 21 de Mayo - Foyer Pósters, 17:00 a 18:00 hs:
  023 - 050 - 084 - 105 - 142 - 159 - 161 - 166 - 171 – 260

- ***Cardiología Intervencionista***
  Sábado 21 de Mayo - Foyer Pósters, 18:00 a 19:00 hs:
  038 - 042 - 089 - 109 - 116 - 123 - 129 - 168 - 213 - 216

MAS DE 40 AÑOS DE VIDA






OMINT. Podemos cuidarte mejor.

OMINT 1967 OMINT

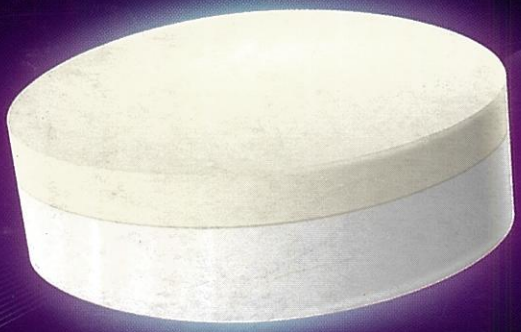
CALIDAD MÉDICA OMINT ATENCIÓN PERSONALIZADA

ISO 9001 BUREAU VERITAS Certification

Av. Hipólito Yrigoyen 552, Nueva Córdoba, Córdoba
Av. Rafael Nuñez 4820, Cerro de las Rosas, Córdoba
0800-555-OMINT www.omint.com.ar

Cuando su paciente con hipertensión necesite mayor control...
Seguro está pensando en agregar otra droga...

UN **NUEVO CONCEPTO** EN LA FAMILIA FENSARTAN.



24hs de protección

Ahora también en **pami** 50% DTO

FENSARTAN®

Losartan + Amlodipina **UniMax**

Único en un solo comprimido.

Presentaciones:
Fensartan Unimax®
30 comp. de 50mg de Losartan + 5mg de Amlodipina
30 comp. de 100mg de Losartan + 5mg de Amlodipina

Para mayor información sobre este producto dirigirse a Laboratorio Elea (Dirección Médica)
Tel.: 4379-4300 / 088-333-ELEA (3532) - Visite nuestra pagina web: www.elea.com

ELEA
CARDIOVASCULAR