ISSN 0326-646X

REVISTA DE LA FEDERACION ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

VOLUMEN 35 - Suplemento Nº1 - 2006

SOCIEDADES FEDERADAS

ATLANTICA
ATUEL
BUENOS AIRES
CATAMARCA
CENTRO OESTE DE LA PCIA. DE BUENOS AIRES
COMAHUE
CONURBANO SUR
CORDOBA
CORRIENTES
CHACO
CHUBUT
ENTRE RIOS
FORMOSA
JUJUY
LA PAMPA
LA PLATA
LA RIOJA
MENDOZA
MISIONES
NECOCHEA
NEUQUEN Y RIO NEGRO
NORTE DE LA PCIA. DE BUENOS AIRES
OESTE BONAERENSE
RAFAELA
RIO GRANDE
ROSARIO
SALTA
SAN JUAN
SAN LUIS
SANTA CRUZ
SANTA FE
SANTIAGO DEL ESTERO
SUR PCIA. DE CORDOBA
TUCUMAN

DELEGACIONES

CAÑADA DE GOMEZ
CASILDA
CENTRO SUR DE CORRIENTES
CONCORDIA
GOYA
GUALEGUAYCHU
NORESTE DE CORDOBA
ROQUE SAENZ PEÑA
SURESTE DE CORDOBA
TARTAGAL

XXV Congreso Nacional de Cardiología

Simposio de Enfermería en Cardiología
Jornada de Técnicos y Enfermeros en Cardiología Intervencionista

29, 30 de Abril y 1º de Mayo de 2006
Rosario, Argentina

RESÚMENES DE TEMAS LIBRES

Nueva Combinación

Nuevo

DIOVAN® A

VALSARTAN + AMLODIPINA

Eficaz reducción de la presión arterial con mínima incidencia de edemas [6]





Potencia y Protección...

siempre [1,2,3,4,5]

DIOVAN A® DIOVAN / AMLODIPINA

Fórmula: envase conteniendo comprimidos recubiertos de Diovan® 80/160: Valsartan: 80mg o Valsartan 160mg y comprimidos recubiertos de Amlodipina: Amlodipina 5mg. Diovan® 80/160mg.Acción Terapéutica: Antihipertensivo, antagonista específico de los receptores de la Angiotensina II. *Indicaciones Terapéuticas:* Tratamiento de la hipertensión. Tratamiento de la Insuficiencia cardiaca. Tratamiento de la insuficiencia cardiaca congestiva (Clase funcional II-IV) en pacientes tratados habitualmente con diuréticos, digital y también inhibidores de la ECA o betabloqueantes, pero no ambos. *Posología y forma de administración:* Hipertensión arterial: La dosis recomendada de Diovan® es de 80 mg una vez por día. En los pacientes cuya presión arterial no es adecuadamente controlada, la dosis diaria puede ser aumentada a un máximo de 320 mg, o puede agregarse otro antihipertensivo (por Ej. un diurético). Los pacientes que requieren reducciones mayores de su presión arterial, pueden iniciar el tratamiento con una dosis más alta. *Insuficiencia cardiaca:* La dosis recomendada de inicio en insuficiencia cardiaca es de un comprimido de Diovan IC® (40 mg) dos veces por día. Debe titularse la dosis a 80 y 160 mg dos veces por día, elevando la misma hasta la dosis máxima tolerada por el paciente. *Contraindicaciones:* Hipersensibilidad conocida a los componentes de Diovan®. Embarazo y lactancia. Amlodipina 5 mg. *Acción Terapéutica:* Antihipertensivo, bloqueador de los canales lentos del calcio. *Indicaciones Terapéuticas:* Tratamiento de la hipertensión. Tratamiento de la isquemia miocárdica (angina de pecho) secundaria a una obstrucción fija o a vasoespasmo coronario. *Posología y forma de administración:* Tanto para la hipertensión arterial como para la angina de pecho, la dosis recomendada de Amlodipina es de 5 mg una vez en el día. En los pacientes cuya presión arterial no es adecuadamente controlada, la dosis diaria puede ser aumentada a un máximo de 10 mg, o puede agregarse otro antihipertensivo. Los pacientes que requieren reducciones mayores de su presión arterial, pueden iniciar el tratamiento con una dosis más alta. *Contraindicaciones:* Hipersensibilidad conocida a los componentes de Amlodipina. Embarazo y lactancia. *Precauciones:* Amlodipina debe ser administrada con precaución en pacientes con Insuficiencia Cardíaca congestiva o pacientes con angina de pecho que han desarrollado una frecuencia cardíaca aumentada documentada. *Presentación:* Envases de Diovan®: 80 o 160 mg con 28 comprimidos. Envases de Amlodipina 5 mg con 28 comprimidos.

Citas Bibliográficas: 1. Mallion J-M, Carretta R, Trenkwalder P; et al, on behalf of the DIOVAN D® Study Group. Valsartan/hydrochlorothiazide is effective in hypertensive patients inadequately controlled by Valsartan monotherapy. Blood Press. 2003;12(suppl1):36-43. **2.** Maggioni A, Anand I, Gottlieb SO, et al, on behalf of the Val-HeFT Investigators. Effects of valsartan on morbidity and mortality in patients with heart failure not receiving angiotensin-converting enzyme inhibitors. *J Am Coll Cardiol. 2002;40:1414-1421* **3.** Wogen J, Kreilick CA, Livornese RC, et al. Patient adherence with amlodipine, lisinopril, or valsartan therapy in a usual-care setting. *J Manag Care Pharm.* 2003;9:424-429. **4.** Fogari R, Mugellini A, Zoppi A, et al. Effects of valsartan compared with enalapril on blood pressure and cognitive function in elderly patients with essential hypertension. *Eur J Clin Pharmacol.* 2004;59:863-868. **5.** Benz JR, Black HR, Graff A, et al. Valsartan and hydrochlorothiazide in patients with essential hypertension. A multiple dose, double-blind, placebo controlled trial comparing combination therapy with monotherapy. *J Hum Hypertens.* 1998;12:861-866. **6.** Corea L, Cardoni O, Fogari R, Innocenti P, Porcellat C, Prowidenza M, Meilenbrock S, Sullivan J, Bodin F. Valsartan, a new angiotensin II antagonist for the treatment of essential hypertension: A comparative study of the efficacy and safety against amlodipine. Clin Pharm Ther 1996;6:341-346.

Para mayor información consultar el prospecto del envase o al Departamento Médico de Novartis Argentina S.A.

Ramallo 1851 (C1429DUC) Buenos Aires
Tel (011) 4703-7000

NOVARTIS
CARDIOVASCULAR



XXV CONGRESO NACIONAL DE CARDIOLOGIA

Simposio de Enfermería en Cardiología

Jornada de Técnicos y Enfermeros en Cardiología Intervencionista

29, 30 de abril y 1º de mayo de 2006,

Rosario, Argentina

Resúmenes de Temas Libres

Comité de Honor

Dr. Hugo Lastiri
Dr. Ladislao Endrei
Dr. Daniel Peroni
Dr. Osvaldo Robiolo

Comité Organizador

Dr. Jorge J. Garguichevich
Presidente

Comité Científico

Dr. David Vetcher
Presidente

Tribunal de Arbitros

Dr. Jorge Baccaro
Dr. Carlos Balestrini
Dr. Higinio Balparda
Dra. Sofía Berman
Dr. Julio Bono
Dr. Guillermo Covelli
Dr. Fabián Diez
Dr. Fernando Faccio
Dr. Arturo Fernández Murga
Dr. Adolfo Juan Gambarte
Dr. Adrián H. González
Dr. Diego Kirschmann
Dr. Marcelo Lanzotti
Ing. Norberto Lerendegui
Dr. Javier Llanos
Dra. Lilia Lobo Márquez
Dr. Néstor Lódolo
Dr. Hugo Londero
Dr. Jorge López
Dr. José María Lotti
Dr. Héctor Luciardi
Dra. Stella Macín
Dr. Rafael Manzur
Dr. Felipe Martínez
Dra. Isabel Masuda
Dra. Alicia Mattiazzi
Dr. Hernán Molinas
Dr. Oscar Mordini
Dr. Diego Nannini
Dr. Daniel Paolantonio
Dr. Reynaldo J. Pascuzzi
Dr. Oscar Pellizzón
Dr. Gustavo Pereiro
Dr. Eduardo Perna
Dr. Daniel Piskorz
Dra. Amira Ponce Zunino
Dr. Domingo L. Pozzer
Dr. Viviana Puccini
Dr. Ricardo Rasmussen
Dr. Jorge Resk
Dr. Pablo Rodenas
Dr. Adolfo Rodríguez
Dr. Ricardo Rodríguez
Dra. Graciela Romero
Dr. Luis Rossetto
Dr. Jorge O. Sanagua
Dr. Francisco Sosa
Dr. Eduardo Valeff
Dr. Maximo Valentinuzzi
Dr. Jorge Vilariño
Dr. Gerardo Zapata

ANTIHIPERTENSIVOS

CASASCO

Calcio Antagonista

PELMEC®
AMLODIPINA 5/10 mg

Envases con 30 comprimidos

Calcio Antagonista + Inhibidor de la ECA

PELMEC® duo
Amlodipina + Benazepril
2.5/10 - 5/10 - 5/20 mg

Envases con 30 cápsulas

Inhibidor de la ECA

ENALAPRIL 5 - 10 - 20 mg
Tencas®

Envases con 20, 30 y 50 comprimidos

Antagonista de la Angiotensina II

Loplac®
LOSARTAN 50 mg

Envases con 15 y 30 comprimidos

Antagonista de la Angiotensina II + Diurético

Loplac-D®
LOSARTAN 50 mg HIDROCLOROTIAZIDA 12.5 mg

Envases con 30 comprimidos

ß - Bloqueante

Isobloc®
Carvedilol
6.25 / 12.5 / 25 mg

Envases con 30 comprimidos

Diurético

Eurético® 50
clortalidona

Envases con 30 comprimidos

Presentación de Posters

Código	Area - Temática	Presentación	Día	Horario
002, 003, 007, 008, 010, 013, 019	Arritmias y Electrofisiología	Poster	Sábado, 29 de Abril de 2006	16:00 a 19:00 hs
022	Bioingeniería	Poster	Domingo, 30 de Abril de 2006	16:00 a 19:00 hs
024, 025, 026, 031, 037, 038, 039, 045, 052, 054, 057, 058, 060	Hemodinamia - Intervencionismo Cardiovascular	Poster	Domingo, 30 de Abril de 2006	09:00 a 12:00 hs
062, 063, 064, 065, 066, 067	Cardiología Nuclear	Poster	Sábado, 29 de Abril de 2006	16:00 a 19:00 hs
072, 075	Cardiología Pediátrica	Poster Poster	Domingo, 30 de Abril de 2006 Domingo, 30 de Abril de 2006	16:00 a 19:00 hs 16:00 a 19:00 hs
080, 090, 098, 100	Cardiopatía Isquémica	Poster	Domingo, 30 de Abril de 2006	09:00 a 12:00 hs
105, 106, 112	Ciencias Básicas	Poster	Domingo, 30 de Abril de 2006	16:00 a 19:00 hs
113, 120, 121, 126, 127, 129, 134	Cirugía Cardiovascular	Poster	Domingo, 30 de Abril de 2006	16:00 a 19:00 hs
138	Docencia. Educación en Cardiología	Poster	Sábado, 29 de Abril de 2006	16:00 a 19:00 hs
141, 142, 143, 145, 150, 151, 152, 153, 154, 156, 157	Ecocardiografía	Poster	Domingo, 30 de Abril de 2006	09:00 a 12:00 hs
159, 160, 162	Enfermedades Vasculares Cerebrales y Periféricas	Poster	Domingo, 30 de Abril de 2006	16:00 a 19:00 hs
163, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 171, 172, 173, 175, 176, 177	Epidemiología y Prevención Cardiovascular	Poster	Sábado, 29 de Abril de 2006	16:00 a 19:00 hs
181, 182	Cardiología del Ejercicio	Poster	Domingo, 30 de Abril de 2006	16:00 a 19:00 hs
183, 185, 187, 188, 189, 192, 194, 195, 196, 197, 198, 200, 201, 202	Hipertensión Arterial	Poster	Sábado, 29 de Abril de 2006	16:00 a 19:00 hs
204, 213, 221	Insuficiencia Cardíaca	Poster	Domingo, 30 de Abril de 2006	16:00 a 19:00 hs
224, 225	Otros	Poster	Domingo, 30 de Abril de 2006	16:00 a 19:00 hs
237 242, 243, 244, 245	Miocardiopatías/ Enfermedad de Chagas	Poster	Domingo, 30 de Abril de 2006	16:00 a 19:00 hs

Postulantes para Premios

Premio Federación Argentina de Cardiología al Mejor Trabajo de Investigación Básica

* Angiotensina II Aumenta la Contractilidad Cardíaca a través de la Liberación de Endotelina-1 Endógena
  Irene Lucía Ennis y col.
* Efectos de la Contrapulsación Intra-Aórtica sobre las Propiedades Viscoelásticas Aórticas. Decime en el primer premio
  José Manuel Camus y col.
* Infarto de Miocardio y Quimerismo Mixto con Médula Ósea Alogénica en Cerdos Sexomismatch sin Inmunosupresión
  José Humberto Vicario y col.
* Relación del Área de Ateroma y Factores de Riesgo Coronario. Estudio con Ultrasonido Intravascular en el Tronco Coronario Izq
  Celso Fernando Garcia y col.

Premio Federación Argentina de Cardiología al Mejor Trabajo de Investigación Clínica

* Análisis de la Relación entre Niveles de PCR LDL y PAM Determinada por MAPA en Pacientes Hipertensos Leves y Moderados
  Jorge Said Nisi y col
* La Urbanización de la Enfermedad de Chagas en Tucumán. 15 Años de Seguimiento
  Francisco José Sosa
* Evidencia de Placas Coronarias con Tomógrafo Computado de 64 Detectores en Pacientes Asintomáticos. Experiencia Inicial
  Augusto Pablo Bayol y col
* Tratamiento de la Insuficiencia Cardiaca Refractaria con Implante de Stems Cells en la Miocardiopatía Coronaria Crónica
  Roberto Fernández Viña y col

Premio al Mejor Trabajo Científico presentado en Formato Poster

* Accesos Vasculares para Hemodiálisis: Las Crioprótesis Permiten Reducir las Diferencias Biomecánicas con los Vasos Nativos
  Daniel Bia y col
* Efectos de la Administración Crónica de Nebivolol a Nivel Vascular en un Modelo de Síndrome Metabólico
  Nicolás Renna y col
* Presión Wedge con Doppler Tisular, Dónde Medir en la Estenosis Aórtica Severa?
  Ricardo Obregón y col

Premio al Mejor Trabajo Científico presentado por Residentes

* Características Etiológicas y Clínicas de Pacientes con Trombosis Venosa Profunda con o sin Tromboembolismo de Pulmón
  Claudia López y col
* Estrategia Intervencionista en la Angina Inestable de Alto Riesgo con Baja Utilización de IGP 2b3a
  Juan Bonelli y col
* Péptido Natriurético & Trastornos de la Conducción Intraventricular en Insudiciencia Cardíaca
  Omar Daniel Gabrielli y col
* Rol de las Especies Reactivas del Oxígeno en el Efecto Inotrópico Positivo de la Angiotensina II
  Cristian Guridi y col
* Stent con Sirolimus vs Paclitaxel para Inhibir la Hiperplasia Intimal en Lesiones Complejas. Análisis Volumétrico con USIC
  Leandro Lasave y col

UN CORAZON FRAGIL NECESITA UN CUIDADO ESPECIAL

PRAVACOL®

PRAVASTATINA



Bristol-Myers Squibb Argentina

Para mayor información acerca de nuestros productos sírvase contactar
a nuestro representante o al departamento médico de Bristol-Myers Squibb Argentina S.R.L.
Monroe 801 (C1428BKC) Tel.: (5411) 4789-8400/ Fax: (5411) 4789-8559

eccosur®

tecnología médica

Holter HT103

- Software de detección automática de episodios cardíacos.
- Monitoreo previo de la calidad de las señales que serán grabadas.
- Diseño innovador, pequeño y liviano.





ECG view®

ergometría

Sistema de ergometría de 12 derivaciones simultáneas



eco estres®

Sistema integrado de Eco Estrés

Conexión con cualquier marca y modelo de ecógrafo.



Actualización de software a traves de Internet

Garantía de módulos hardware Extendida (3 años)

Eficiente Soporte post-venta a todos los usuarios



Visítenos en nuestro stand

Presentación Sistema

MAPA

Eccosur

XXV Congreso Nacional de Cardiología Rosario 2006

eccosur®

tecnología médica

Av. Córdoba 1367 Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Te: 011-4816-4585 Fax: 011-4816-4422

E-mail: info@eccosur.com

Pag. Web: www.eccosur.com

Nómina de Autores

A

Abello M. 009, 011
Abizaid A. 044, 053, 055
Abizaid AS. 044, 053, 055
Abras S. 175
Abril J. 157
Abud J. 017
Acevedo Miño M. 036, 085, 087, 088, 091, 093, 097, 101, 241
Acosta F. 180
Acosta G. 179
Acosta HJF. 007, 033, 052
Acuña L. 236
Agüero F. 081, 100, 114, 124, 130, 206, 222
Agüero M. 228
Aguerril AM. 245
Aguiar Muñoz S. 181
Aguirre J. 210
Aiello EA. 103, 111
Albornoz M. 204, 218
Albrecht JC. 115, 118, 129, 132, 136
Alemandri E. 007, 129
Allende GE. 184
Alvarez A. 051, 058
Alvarez I. 102
Alvarez M. 033, 052, 129
Alvarez MS. 205, 211
Alvarez Gil D. 037
Alvarez Iorio C. 051, 058
Ameriso JL. 016, 117
Andrin O. 032, 056
Ankudowicz V. 152
Antonetti M. 141, 145
Aparicio M. 030
Arabia L. 072
Arcuri L. 180
Argiró S. 110
Arietti L. 007, 052
Armentano R. 102, 104, 107, 109
Arnau J. 071
Arregui V. 019, 066
Astegiano R. 080
Augier MN. 164, 214
Aventín G. 137
Aversa E. 204, 218
Avila E. 138, 210, 220
Avila RE. 121
Avila Martinez D. 198
Ayllon I. 204

B

Baccaro J. 228
Badaracco JR. 073, 081, 094, 100
Baez MdC. 106, 112
Balbi J. 161, 223
Balestrini C. 035, 227, 233
Balestrini C. 233
Ballarino D. 122, 123
Bangher M. 164, 165
Barberena L. 185
Barbieri B. 144
Barcudi A. 089
Bargazzi G. 209
Barontini M. 218
Barreto D. 186
Barrios P. 073, 100, 124, 130, 137, 206, 209, 222
Bas GH. 184
Basqueira AL. 245
Bayol AP. 228
Bazán C. 194
Beloscar J. 054, 175, 242, 243
Benetti F. 126, 128
Beraldo P. 044
Berman S. 158
Bernasconi MV. 244
Bia D. 102, 104, 107, 109
Biasco A. 204, 218
Billoni Algarra M. 214
Birollo O. 040, 060
Bisogni C. 012, 030, 049, 079, 095, 117, 217
Blanca M. 080
Blanco D. 204, 218
Blanco N. 122, 123
Blencio S. 059
Bochinfuso M. 113
Bonaccorsi H. 117
Bonacorsi L. 217
Bonelli L. 025, 027, 028, 034
Bonini MT. 076
Bono J. 036, 082, 085, 086, 087, 088, 089, 091, 093, 097, 101, 115, 118, 132, 136, 241
Bontempo A. 076
Borgo J. 083, 084, 096
Borquez J. 144
Botbol AL. 122, 123
Botta C. 219
Bottasso O. 243
Boullon FJ. 122, 123
Bourdin F. 141, 143, 145, 146, 150, 156, 157
Braziunas D. 157
Bresanovich A. 195, 196, 197, 200, 202
Brizuela M. 164, 165, 203
Brooks DH. 021
Bucci A. 153
Burgos L. 078, 159
Busso F. 080
Bustamante JM. 237
Bustamante N. 113, 120, 135
Bustamante Labarta G. 230
Bustos L. 038, 039
Butron JA. 099, 239, 240

C

Cabaña M. 153
Cabrera Fischer E. 104, 107, 109
Cacciamani V. 188
Cacheda H. 114, 119, 137
Caffarena G. 242
Calenta C. 043
Cali L. 141, 143, 145
Camilletti J. 062, 066, 127, 134, 166
Camou JI. 116, 133
Campana DM. 106, 112
Campi R. 179
Campo C. 108
Cámpora N. 244
Camps DE. 121, 138
Camus JM. 107, 109
Canalis Pedrotti G. 113, 120
Candia A. 137
Canggiano C. 241
Capece R. 083, 084, 096, 149
Caprotta F. 073, 075
Caram R. 155
Carbo Amoroso EJ. 098, 162
Cardenas R. 214
Cardinali E. 113, 120
Cardirola S. 006
Cardona M. 010, 045
Cardozo D. 114
Cardozo N 120
Carmona G. 037
Carpio R. 058
Carranza VB. 142
Carrero Valenzuela R. 229
Carrión A. 002
Carrizo E. 180
Cartasegna L. 066, 127, 134
Casabe H. 125
Casas J. 125
Castellanos R. 017, 155, 211
Castelló J. 194
Castro L. 062
Castro R. 135
Catalano A. 242
Cavalieri A. 080
Celada J. 068
Cerantonio A. 001, 003, 020
Cereza J. 172
Cerezo G. 230
Chain S. 158, 163, 177
Chaparro E 231, 235
Chaves J. 001, 003, 020
Chiari E. 074
Chuchuy S. 073
Ciafardoni M. 080
Cialzeta J. 221
Ciccarelli M. 236
Cicco L. 008
Cigalini C. 025, 027, 028, 034
Cimbaro Canella JP. 203, 206, 209, 210, 212, 219, 221, 222, 226, 230
Cingolani HE. 103, 111
Citta L. 190, 191, 193, 199, 231, 235
Citta N. 190, 191, 193, 199, 231, 235
Citta P. 190, 191, 193, 199
Cocco N. 165
Coll Berón C. 178
Collantes J. 119
Colombo SJ. 018, 074, 232
Colque R. 209, 210, 212, 219, 221, 226, 230
Concetti AE. 105, 126, 128, 169
Concetti CI. 105, 126, 128, 169
Conci E. 035
Cooke R. 085, 091, 093, 115, 118, 132, 136
Corbera M. 175, 242
Corneli D. 144, 148
Coronel L. 203, 219
Coronel ML. 073, 081, 094, 100, 164, 165
Correa M. 111
Correa Zalazar C. 077
Corsiglia D. 139
Corvalán P. 076
Costa JA. 089, 195, 200
Costamagna A. 153, 172
Costantini OC. 042
Costantini R. 029, 041, 047, 050
Costello R. 023
Crisci S. 128
Cruz M. 035
Cruzado M. 188
Cuesta C. 025, 027
Cugat G. 024, 026

D

D Adamo C. 032, 056
D´Annunzio O. 139
D´Arrigo M. 175, 185
Daghero F. 233
Daglio ME. 011
Dallo M. 108
Dalurzo J. 040, 060
Damonte A. 030, 049
Dantur J. 110
Dávila P. 001, 003, 020
De Campo F. 135
De Elías R. 082, 085, 086, 087, 088, 091, 093, 097, 101
De Forteza E. 107, 109
De Francesca S. 173
de Hurtado MCC. 111
de la Riva J. 007, 129

De la Rosa M. 073, 081, 094, 100, 119, 124, 206, 222
De la Vega M. 031
De Loredo R. 058
De Lorenzi A. 022
de Moura L. 056
De Mouras R. 032
De Sabato I. 048, 061
De Tournemine S. 114
del Rio A. 015, 016
Desabato I. 025, 027, 028, 034
Descalzi JO. 033
Diangelo S. 012
Diaz S. 198
Diez ER. 002, 209, 212, 219, 221, 226, 230, 238
Diez F. 210
Dinerstein E. 149
Dogliotti A. 049
Dominguez de Rozas JM. 010
Duarte D. 161, 223, 226
Duce E. 005
Dumont C. 167, 238
Dupanlou ML. 002, 189

E

Echazarreta A. 063, 090, 157, 221
Echazarreta DF. 065, 067
Echeverria C. 146, 156, 157
Embon M. 068
Enjuto A. 080
Ennis I. 103
Ensinas J. 071
Ermengol E. 010
Erriest J. 062, 066
Escalante JM. 170, 171
Escudero EM. 142, 144, 148, 151, 152, 166
Esper AJ. 205
Esquivel A. 167, 238
Estigarribia J. 175, 242
Fabris N. 144, 148

F

Falcón R. 172
Falú E. 071
Farah A. 073, 075
Farrah M. 075
Farías F. 166
Fariñas Rivas MJ. 131
Fava C. 001, 003, 020, 029, 041, 042, 047, 050
Favaloro R. 125
Feldman G. 158, 163, 168, 177
Feltes G. 046
Femopase GA. 121
Feres F. 044, 053, 055
Fernandez A. 212
Fernández E. 155
Fernández H. 153
Fernández HA. 224
Fernández Bedoya M. 172
Fernandez Castillo JM. 139
Fernandez Cit G. 160
Fernandez Viña M. 032, 056
Fernández Viña R. 032, 056
Ferreyra V. 180
Ficarra AH. 116, 133
Filippa G. 161, 223, 226
Filippini F. 185
Flocco G. 045
Flores L. 160, 173, 176
Flores Daud C. 023
Flores Fernandez M. 170, 171
Fontanella G. 244
Foresto P. 185
Fosco MJ. 008
Franceschini C. 005
Franco O. 065, 067, 146
Fuertes F. 024, 026
Fuks R. 023

G

Gabrielli OA. 204, 218
Galindo L. 177
Galizio N. 001, 003, 020
Galli C. 102, 104
Gallo R. 185
Gallo Acosta CM. 244
Galmarini CR. 188
Gamboa R. 001
Gamen M. 030, 049
Gandara E. 037
Gandola F. 181
Garbelino I. 080
Garcia F. 049
Garcia WJ. 013, 073, 081, 094, 100, 137, 147, 164, 165, 203
García E. 147, 154
García J. 179, 180
García S. 243
Garcia Brasca D. 226
García Rodriguez NM. 131
García Toro R. 006
Garciarena C. 103
Gariglio L. 123
Garraza S. 004, 005, 009, 011
Gastaldi L. 243
Gazzul MA. 098, 162
Genna F. 006
Gentile A. 006, 080
Gentiletti A. 010, 048, 061
Gerardo L. 108
Gerones M. 141, 150, 157
Gesnouin GA. 022
Ghiglione J. 182
Ghirardi G. 216
Giachello F. 127, 134
Giacometti M. 213
Giacomo M. 141, 143, 145, 146, 150, 156, 157
Gigena K. 179
Gimenez A. 083, 084, 096
Giménez L. 236
Gimenez O. 153
Giménez S. 198
Gimigliano A. 083, 084, 096
Gioino CG. 059
Giraudo M. 031
Giunta G. 008
Giussano D. 115, 118, 132, 136
Godoy G. 141, 143, 150, 156
Godoy RS. 224
Gómez Monroy A. 145
Goncalves M. 037
Gonda F. 008
Gonzales F. 139
Gonzalez C. 149
Gonzalez JL. 001, 003, 020
Gonzalez R. 228
González G. 243
González JA. 139
González SE. 155, 178, 188, 189
Gonzalez Arjol B. 203
Gonzalez Zuelgaray JT. 004, 005, 009, 011
Graziano F. 037
Gregorietti V. 008
Grilli AR. 098, 162
Grinfeld D. 024, 026
Grinfeld L. 024, 026
Grupo de Trabajo de Unidad de Dolor Torácico, 089
Guillén RH. 016
Guindo J. 010
Guridi C. 111
Gutierrez O. 083, 084, 096
Guzmán L. 036, 046, 183, 192, 207, 208, 215, 216
Guzmán Montesana G. 237

H

Hallon L. 122, 123
Hanna C. 025, 027, 028, 034
Hasbani E. 110
Hauad S. 155
Hernandez DO. 196, 197, 202
Herrera RN. 158, 229
Heymo MJ. 098, 162
Hidalgo L. 018, 074
Hoffmann L. 047, 050

I

Ifran LC. 178
Ile J. 007
Investigadores del LABOR. 017
Isa M. 035
Islas R. 062
Ittig A. 031, 057

J

Jané R. 021
Joo Turoni C. 110, 155
Juarez R. 098
Juncos A. 031
Juri HO. 121

K

Kamelmán M. 172
Keller L. 212
Kerz G. 243
Kiener O. 082, 085, 086, 087, 088, 091, 093, 097, 101
Kirschmann D. 043, 048, 061
Kleiban A. 045
Klein F. 008
Kozak F. 030, 048, 049, 061
Kriskovich Juré J. 013, 114, 119, 124, 130, 137, 206

L

Labath L. 038, 039
Laciar E. 021
Lage S. 083, 084, 096
Lago Celada I. 131
Lama MC. 189
Laneri DP. 018, 074, 232
Lange C. 117
Lanzotti M. 190, 191, 193, 199, 231, 235
Lanzotti R. 190, 191, 193, 199, 231, 235
Larghi R. 167
Larrateguy LD. 234
Lasave LI. 044, 053, 055
Lazaroff VE. 195, 196, 197, 200, 202
Le Favi J. 070, 075, 078, 159
Lebensohn N. 185
Lehite V. 046
Lema L. 227, 233
Lenkovich RG. 178
Leonardi C. 031, 057
Lev C. 029, 041, 042, 047, 050
Levin G. 122, 123, 218
Licudis C. 070, 078
Limpias J. 159
Lioi S. 175, 242
Liva P. 228
Llanos M. 237
Lluberas S. 104
Lo Presti S. 237
Loayza J. 173, 176

Lobo Marquez L. 155, 205, 209, 210, 211, 212, 214, 219, 220, 221, 226, 230
Locatelli H. 190, 191, 193, 199, 231, 235
Londero H. 036
Lopez CA. 004, 011, 125, 158
López Campanher A. 165
Lopiccolo L. 045
Lorente C. 140
Losano Brotons M. 135
Luciardi H. 158, 229
Ludueña RS. 057
Lugo P. 130
Lupo S. 201
Luquez H. 115

M

Maccagno G. 160
Machtey J. 115, 118, 129, 132, 136
Macián H. 064
Macín S. 073, 081, 094, 100, 170, 171, 203, 206, 212, 222
Madoery R. 245
Maidana G. 220
Maldonado D. 113, 135
Maldonado G. 055
Malizia AA. 098, 162
Maltez R. 161, 223
Manago M. 217
Mangupli AC. 105, 169
Manos E. 122
Manzolillo HS. 013
Marangoni A. 241
Marasa V. 141, 143, 150, 156
Marconi L. 201
Marelli D. 141, 143, 145, 146, 150, 156
Marelli R. 157
Marino M. 231, 235
Marquez N. 071
Marquez S. 198
Martellotto R. 221
Marti V. 010
Martinez CD. 186
Martinez D. 115, 118, 132, 136, 183, 192, 213
Martindez F. 183, 192, 213
Martínez G. 183, 192, 213
Martínez M. 017, 025, 027, 028, 034
Martinez Demaria D. 134
Martínez Riera N. 082, 086, 163, 168, 177
Marturano MP. 008
Masevicius D. 083, 084
Massa R. 019
Mattos LA. 044, 053, 055
Maza S. 130
Medeot N. 113, 120, 135
Medesani L. 001, 003, 020
Medina F. 206
Medina MF. 164, 165
Meiriño A. 030, 079, 095, 117
Melchor R. 217
Mendez F. 087, 088
Méndez Jensen F. 036
Mendiz O. 029, 041, 042, 047, 050
Mendo D. 079
Menéndez R. 220
Menoyo M. 012
Merbilhaa RE. 008
Merich L. 098, 162
Merlo I. 032, 056
Miatello RL. 189
Miatello RM. 002, 188
Miguez H. 066
Miotti JA. 229
Mitelman J. 236
Moisés Azize G. 207
Moles V. 040, 060
Molinas R. 040, 060
Moll F. 057
Mollon A. 001, 029, 041, 042, 047, 050
Montes A. 161, 223
Montoya P. 001, 003, 020
Moragues A. 080
Morales P. 243
Moreno Barral J. 245
Mosca MS. 083, 084, 096
Mosconi I. 187
Moya M. 106, 112
Moyano A. 059
Mule M. 240
Muntaner J. 158
Murad Netto S. 032, 056
Muratore C. 017
Muttis N. 032, 056

N

Najenson M. 054
Narváez Perez G. 179, 180
Nasca P. 220
Negroni JA. 022
Neme R. 004
Nepote M. 243
Nevado A. 184
Nieto G. 163, 168, 177
Nieto N. 177
Noguero M. 010
Nolé FS. 184, 241
Nolly A. 127, 152
Novion C. 176
Nucci S. 181

O

Obregón R. 124, 147, 154, 228
Ochoteco L. 190, 191, 193, 199
Oliva A. 059
Olivera JM. 164, 180
Olmedo M. 094, 165
Olmos J. 230
Olocco B. 077
Ontiveros G. 008
Ordoñez F. 051, 058
Orellana B. 179
Ortega H. 108
Ortíz M. 190, 191, 193, 199

P

Pabstleben N. 153
Pacheco G. 035, 227, 233
Pacz C. 130
Paglini P. 237
Palma JA. 106, 112
Panizza J. 173, 176
Pantich RE. 013
Paolantonio D. 045, 048, 061
Papantoniou A. 204, 218
Parenti P. 187, 201
Parmisano JL. 024, 026
Parra J. 073
Parra Moreno J. 100, 124, 206, 222
Parras J. 147, 154
Pascuzzi RJ. 178
Pastene R. 024, 026
Paulino M. 059
Paz C. 140
Pedreira D. 153
Pedroni P. 127, 134
Peloso R. 228
Pena CL. 162
Peña L. 203
Pequeño García B. 131
Peral de Bruno M. 110
Pereda MM. 037
Pereira Zini G. 114
Pereyra Sueldo C. 007, 033, 129
Perez A. 004, 005
Perez PC. 099, 239, 240
Pérez H. 102
Pérez NG. 142
Pérez Bazterrica G. 122, 123
Perez Prados G. 218
Perna ER. 073, 081, 094, 100, 171, 203, 206, 209, 210, 212, 214, 219, 220, 221, 222, 225, 226, 230
Perrone SV. 068, 209, 210, 212, 219, 221, 226, 230
Pesce R. 017, 068
Peset A. 010
Pessah G. 031, 046
Petroni D. 098, 162
Pezzotto SM. 242, 243
Pfeiffer H. 108
Piacenza AE. 114, 119, 124, 130, 137
Picabea E. 030, 049
Piccini D. 106
Piccirilli GA. 098, 162
Pierini A. 108
Pinilla OA. 142
Piovano C. 149
Piraino R. 043
Pires JC. 178
Pis Diez E. 067
Pisano O. 141, 150
Piskorz D. 190, 191, 193, 199, 231, 235
Pituelli N. 175
Pitzus A. 219
Piva J. 108
Plastino J. 019, 166
Plastino ML. 127, 166
Ponce Zumino A. 002
Ponti DF. 195, 200
Porcasi Gomez S. 007, 129
Porcile R. 122, 123
Portis M. 144, 148
Pose N. 153
Poviña F. 214
Poy C. 209, 210, 212, 219, 221, 226, 230
Pozzer DL. 013, 017, 137
Prados L. 002
Prigiani A. 172
Pugliese O. 236
Puyó A. 218

Q

Quaraglia W. 204
Quercia Arias O. 113
Quiroga W. 035, 089

R

Racca L. 185
Racca R. 108
Ragone SG. 229
Raimondi J. 198
Ramia L. 036, 087, 088
Ramos J. 089, 243
Recuero YD. 121, 138
Reeb P. 181
Reggiani R. 063, 067
Rengel E. 211
Renna NF. 002, 188, 189
Retamar R. 038, 039
Reyes G. 144, 148
Reyes ID. 013
Reyes Grados D. 229
Reynoso JI. 098
Riera Stival J. 114, 119, 124, 137, 147, 206
Rifourcat I. 157
Righetti J. 241
Rinaldi G. 142
Rio L. 182
Risler NR. 188, 189
Rivarola W. 237
Rizzardi JL. 105, 126, 128, 169

Robiolo A. 054, 175
Robredo A. 070, 071, 073, 075, 077, 078
Rocca F. 204
Rodríguez G. 194
Rodríguez Arias J. 057
Rodríguez Campos JF. 115, 118, 132, 136
Rodríguez Saavedra AM. 023
Romero A. 228
Romero M. 073, 081, 094, 203
Romero SE. 069
Romero Vidonlansky M. 114, 164, 165
Ronderos R. 144, 148
Ros N. 152, 166
Rosa A. 038
Rosales 7 J. 204
Rosillo I. 175, 242
Rossi M. 030, 049
Rottino S. 113, 120
Rubio CR. 033, 052
Rubio MC. 007, 033, 052
Ruggiero M. 182
Ruiz Deza G. 153, 172
Ruiz Weisser J. 139
Ruveda SM. 013

S

Said Nisi J. 183, 192
Sala JP. 035
Saldías M. 102
Salomone O. 245
Salvaggio F. 122, 123
Samaja G. 023
Samar ME. 121, 138
Sanagua J. 179, 180
Sanchez N. 176
Sánchez A. 053, 055
Sanchez de Coll R. 130
Sandrín A. 227
Sansoni G. 054
Sant Yacumo R. 177
Santana L. 168, 177
Sarachaga M. 064
Saravalli O. 076
Sarjanovich R. 046, 135, 207, 208, 215, 216
Sarmiento S. 180
Saslavsky J. 032, 056
Scaglia J. 008, 029, 041, 042, 047, 050
Scarlato P. 033, 129
Scaro G. 207, 208, 215, 216
Scasso GR. 099, 239, 240
Schanz S. 003, 020
Schoenfeld L. 160
Secchi J. 077
Secchi ME. 198
Segura J. 125, 172
Sembaj A. 245
Serra C. 035, 227, 233
Sgarlatta H. 007, 052, 115, 118, 129, 132, 136
Silveyra JM. 114, 119, 124, 130, 137, 164
Simes J. 106, 112
Siqueira D. 044
Slobodian K. 153
Socolsky R. 064
Somoza JF. 069
Sonzini L. 089
Sorayre N. 077
Sosa JF. 174
Sousa AGM. 044, 053, 055
Sousa JE. 044, 053, 055
Spitale L. 112
Spontón E. 113
Staico R. 044, 053, 055
Stratta R. 210
Stroppi H. 095
Sturgeon C. 236
Stutzbach P. 125
Suasnabar R. 160
Suburo AM. 103
Suñol J. 067
Szyszko AE. 004, 005, 009, 011

T

Tanajura LF. 053
Tapia L. 070, 159
Tarán M. 106, 112
Tassano E. 147, 228
Tazar JI. 155
Telayna JM. 037
Testore J. 148
Tibaldi M. 227, 233
Tirantino A. 196, 197, 202
Titievsky L. 073, 094, 119, 165, 203, 209, 222
Togneri A. 149
Tomasella M. 236
Tomasini GJ. 116, 133
Timasini GM. 116, 133
Tomasini MM. 116, 133
Tommasi A. 190, 191, 193, 199, 231, 235
Torbidoni V. 103
Torrijos R. 024, 139
Treggia A. 006, 014
Trillo L. 007, 052, 129
Tufare AL. 151
Turco M. 175, 242

U

Unzain BA. 013
Uriarte M. 063, 065
Uriarte RM. 067, 090
Uribe Echeverría A. 113, 120, 135, 207, 208, 216

V

Valcesia M. 170, 171
Valdivieso L. 029, 041, 042, 047, 050
Valentino M. 006, 014
Valero E. 017, 068
Vallejos AA. 195, 196, 197, 200, 202
Vallejos F. 119, 164
Vallejos J. 228
Valverde CA. 177
Valverde J. 185
Van Perdeck V. 242
Vanella A. 215
Vanzetti E. 198
Vargas Morales W. 225
Vasquez G. 115
Vasquez J. 162
Vazquez L. 179
Velez H. 070
Ventura A. 015
Vergara S. 130
Verges E. 170, 171
Vergottini S. 072
Vettese M. 172
Vicario A. 186
Vicario J. 108
Videla F. 135
Vieytes A. 176
Vigo C. 072
Vigo G. 062
Vilchez A. 127, 134
Villa-Abrille MC. 103, 111
Villalonga MI. 033
Villegas A. 089
Villegas E. 119, 124
Viruega A. 128
Viscuso C. 143, 145, 146, 150, 156, 157
Visentín M. 025, 027, 028, 034
Vivas J. 085, 091, 093
Vozzi C. 045
Vrsalovic F. 032, 056

W

Wayar F. 070, 071, 073, 075, 077, 078, 159
Weisburd P. 146
Weissheim N. 037
Wolcan M. 019
Wunderlin S. 194

Y

Yaman B. 068
Yang XP. 142

Z

Zamora I. 046
Zampa C. 059, 069
Zangroniz P. 048, 054, 061
Zanuttini D. 038, 039, 040, 060
Zapata G. 012, 030, 079, 089, 095, 217
Zelaya F. 035
Zenón ME. 170, 171
Zócalo Y. 102, 104, 107, 109
Zukas P. 108

carvedil

CARVEDILOL

3,125
6,25
12,5
25



...más tiempo juntos

VALE + SALUD

Recetario Solidario

APTO CELIACOS

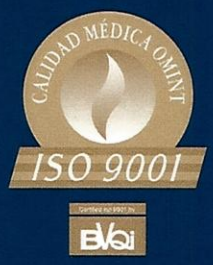
LINEA CARDIOLOGICA

www.bago.com.ar
www.carvedil.com

Bagó
Etica al servicio de la salud
www.bago.com.ar
www.carvedil.com

HACE 38 AÑOS OMINT SE COMPROMETIÓ CON LA CALIDAD MÉDICA. HOY, ESE COMPROMISO SIGUE INTACTO.

Somos la primera empresa de medicina prepaga
en obtener la certificación ISO 9001 en todos los procesos
que aseguran la Calidad Médica a nivel nacional.



Trayectoria
Calidez humana
Calidad médica

OMINT 1967

0800-555-OMINT **www.omint.com.ar** **Argentina-Brasil**

Nómina de Instituciones

A

Asociación Mutual Choferes de Taxi, José C. Paz, Córdoba, Argentina
*Dirección Médica 194

C

Centro de Entrenamientos Adaptados, Neuquen, Neuquen, Argentina 181
Centro de Salud «Zenón J. Santillán», San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina
*SI.PRO.SA, Cardiología 229
Centro Modelo de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina.
*Cardiología 158
Centro Privado de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina.
*Unidad de Arritmias y Electrofisiología 110
Centro Privado de Medicina Respiratoria, Paraná, Entre Ríos, Argentina.
*Unidad de Sueño, Neumonología 234
CICAF, Lanús, Buenos Aires, Argentina. 232
Clínica Chacabuco, Tandil, Buenos Aires, Argentina.
*Medicina Crítica 160
Clínica Nefrología, Santa Fe, Santa Fe, Argentina.
* IC 060, 040
Clínica Privada Vélez Sarsfield, Córdoba, Córdoba, Argentina.
*Cardiología 129
* Hemodinamia 033, 052,129
* Cardiología, Unidad Coronaria 007
Clínica San Nicolás, San Nicolás, Buenos Aires, Argentina.
* Fundación Roberto Fernandez Viña 056
CORDIS, Salta, Salta, Argentina.
* Pediatría 070, 071, 073, 075, 077, 078, 159

F

Federación Argentina de Cardiología, Argentina.
* Comité de Cardiopatia Isquémica 089, 206, 209, 221, 226
* Comité de Enfermedad de Chagas 243
* Comité de Epidemiología y Prevención 210
* Comité de Insuficiencia Cardíaca 206, 210, 212, 219, 230
Fundación Dr. Fernandez Viña, San Nicolás, Buenos Aires, Argentina.
*Cardiología Intervencionista 032
Fundación Favaloro, Capital Federal, Buenos Aires, Argentina. 008, 047, 050, 125
* Areas Críticas, Guardia 008, 029, 041, 042
* División Electrofisiología 001, 003, 020
* Servicio de Cardiología Intervencionista 029, 041, 047, 050, 125
Fundación Rusculleda, Córdoba, Córdoba, Argentina. 213, 183, 192

H

Hospital «Alejandro Posadas», El Palomar, Buenos Aires, Argentina.
* Cardiología, Hemodinamia 099, 239, 240
Hospital «Juan A Fernández», Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
* Servicio de Cardiología, Laboratorio de Insuficiencia Cardíaca 204, 218
Hospital «Presidente Perón», Avellaneda, Buenos Aires, Argentina.
* Unidad Coronaria 153
Hospital "San Juan de Dios", La Plata, Buenos Aires, Argentina.
* Servicio de Cardiología 143, 146, 157
* Servicio de Cirugía Cardiovascular 150, 156
* Servicio de Cirugía Cardiovascular 141, 143, 145, 146, 150
Hospital Aeronáutico (HAC), Capital Federal, Buenos Aires, Argentina.
* Servicio de Cardiología Infantil y Medicina del Deporte 018, 074
Hospital Álvarez, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
* Cardiología 236
Hospital Argerich, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
* Unidad de Arritmias 004, 005, 009, 011
Hospital Choele Choel, Choele Choel, Río Negro, Argentina. 225
Hospital Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina. 046, 113, 120, 135, 207, 208, 215, 216
*Servicio de Hemodinamia 031, 046
* Unidad Cardiovascular, Cirugía de Tórax y Cardiovascular 113, 120, 135
Hospital Cullen, Santa Fe, Santa Fe, Argentina.
* Hemodinamia, Cardiología 038, 039
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Barcelona, Barcelona, España
* Hemodinámica 010
Hospital de Niños «Ricardo Gutierrez», Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
CONICET, CEDIE 218
Hospital de Niños «Víctor J. Vilela», Rosario, Santa Fe, Argentina. 076
Hospital Español, Mendoza, Mendoza, Argentina. 169
Hospital Español, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
* Cardiología 128, 186
* Cardiología Nuclear 067
Hospital Español, La Plata, Buenos Aires, Argentina.
* Hemodinamia 024, 026, 126, 186
* Unidad Coronaria 139
Hospital Español, Rosario, Santa Fe, Argentina.
* Cirugía Cardiovascular, Pie Diabético 105, 126, 128, 139, 169
* Instituto de Intervenciones Cardiovasculares 045, 105
Hospital Interzonal General de Agudos «Evita», Lanús, Buenos Aires, Argentina.
* Unidad Coronaria, Terapia Intensiva 083, 084, 096, 149
Hospital Interzonal General de Agudos «San Felipe», San Nicolás, Buenos Aires, Argentina.
* Unidad Coronaria 098, 162
Hospital Iriarte, Quilmes, Buenos Aires, Argentina.
* Neumonología 173, 176
Hospital Italiano de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina.
* Cardiología 166
* Cardiología, Arritmias 019
* Cardiología, Ecocardiografía 127, 152
* Cardiología, Medicina Nuclear 062, 066, 127
* Cardiología, Recuperación Cardiovascular 062, 066, 134
Hospital Italiano Garibaldi, Rosario, Santa Fe, Argentina.
* Servicio de Cardiología 167, 238
Hospital Materno Provincial, USA 198
Hospital Privado Cordoba S.A, Córdoba, Córdoba, Argentina.
* Servicio de Cardiología 245
Hospital Privado del Sur, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.
* Cardiología Intervencionista 051, 058
Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Santa Fe, Argentina.
* Cardiología 054
Hospital Regional Río Grande, Río Grande, Tierra del Fuego, Argentina.
* Servicio de Terapia Intensiva 161, 223
Hospital San Juan Bautista, Catamarca, Catamarca, Argentina. 179, 180
Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires, Argentina
* Hemodinamia, Cardiología Intervencionista 037

I

Instituto CAICI, Rosario, Santa Fe, Argentina.
Clínica 201
Instituto Cardiovascular de Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina.
* Cardiología Clínica, Ergometría 030, 049, 117, 217
* Cardiología Clínica, Servicio de Electrofisiología 006, 014, 015, 016
* Cardiología Clínica, Unidad Coronaria 012, 030, 079, 095, 217
* Cardiología, Cirugía Cardiovascular 006, 014, 016, 117,
Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Brasil,
* Cardiología Intervencionista 044, 053, 055
Instituto de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina.
* Departamento de Cardiología Infantil 155, 205
* Ecocardiografía 155, 211
* Insuficiencia cardiaca 100, 205, 211, 214, 220
Instituto de Cardiologia «Juana F. Cabral», Corrientes, Corrientes, Argentina. 114, 119, 124, 137, 164, 165
* Arritmias 013, 081, 100, 154

* Consultorio de Insuficiencia Cardiaca 100, 203, 222
* Ecocardiografía 147, 154, 222
* Unidad Coronaria 073, 081, 094, 147, 203, 224
* Cardioimagenes, Servicio de Diagnóstico por Imágenes 228
* Departamento de Cardiología Infantil 114, 119, 137, 164, 165
* Departamento de Cirugía Cardiovascular 228
* Departamento Hipertensión Arterial 130, 224, 124
Instituto de Cardiología de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina.
* Ecocardiografía 144, 148
Instituto de Diagnóstico Cardiovascular, La Plata, Buenos Aires, Argentina.
* Cardiología Nuclear 063, 065, 090
Instituto Denton Cooley, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
* Hemodinamia 023
Instituto FLENI, Capital Federal, Buenos Aires, Argentina.
* Cardiología 068
Instituto Gamma, Rosario, Santa Fe, Argentina. 064
Instituto Gamma, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina.
* Servicio de Resonancia N. M. 064
Instituto Modelo de Cardiología, Córdoba, Córdoba, Argentina.
* Departamento de Hipertensión Pulmonar 035
* Unidad Coronaria, Cardiologia Intervencionista 035
* Unidad de Hipertensión Arterial 227, 233

M

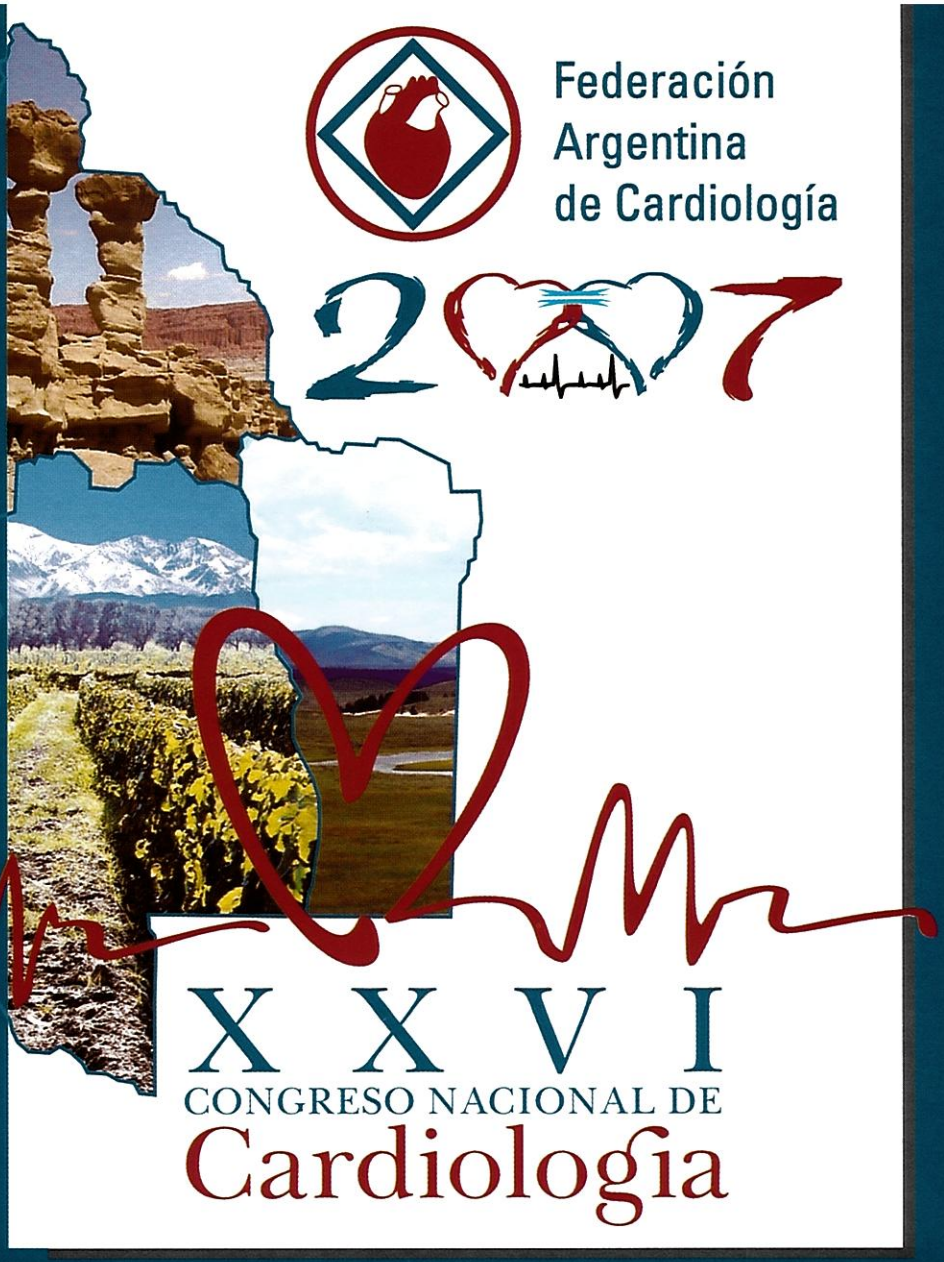
Medtec. Hospital Meixoeiro, Vigo, Pontevedra, España
* Cirugía Cardiaca, Unidad de Reanimación 131
Ministerio de Salud y Acción Social, Santa Fe, Santa Fe, Argentina.
* Programa Provincial de Chagas 243
Municipalidad de Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina. 140

N

Northeastern University, Boston, Massachusetts, USA,
* CDSP Research Center, Dept. Electrical & Computer Engineering 021

S

Sanatorio 9 de Julio, Santiago del Estero, Santiago del Estero, Argentina.
Hemodinamia, Cardiología 057
Sanatorio Allende, Córdoba, Córdoba, Argentina.
* Cirugía Cardiaca 085, 087, 088, 091, 093, 097, 115 ,118 ,132 ,136
* Hemodinamia e Intervenciones por cateter 036, 115, 118, 132, 136
* Unidad Cardiovascular 184
* Unidad Coronaria 082, 085, 086, 087 ,088, 091, 093, 097, 101, 184, 241
Sanatorio Bernal, Bernal, Buenos Aires, Argentina.
Servicio de Clínica Médica 172
Sanatorio Británico, Rosario, Santa Fe, Argentina.
* Centro de Tratamientos Endovasculares 025, 027, 028, 034
Sanatorio Británico, Rosario, Santa Fe, Argentina.
* Instituto de Cardiología 190, 191, 193, 199, 231, 235
Sanatorio del Salvador, Córdoba, Córdoba, Argentina.
Cardiología, Electrofisiología 072
Sanatorio Frangioli de Salud 2000 SRL, Resistencia, Chaco, Argentina.
* Residencia de Clínica Médica 178
Sanatorio Garay, Santa Fe, Santa Fe, Argentina.
* Cardiología, Hemodinamia 108
Sanatorio Plaza, Rosario, Santa Fe, Argentina.
* Cirugía 116, 133
* Servicio de Cardiología 043, 080, 116, 133
Clínica Sucre, Córdoba, Córdoba, Argentina.
*** Sheci S.A. (Servicio de Hemodinamia y Cardiología**
* Cátedra Bioquímica y Biología Molecular,
Facultad de Ciencias Médicas 112, 245
* Cátedra Física Biomédica, Facultad de Ciencias Médicas 106, 112, 237
* II Cátedra de Histología Básica, Facultad de Ciencias Médicas 121, 138
Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Mendoza, Argentina.
* Área de Fisiología, Facultad de Ciencias Médicas 002, 188, 189
Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina.
*Cátedra Libre de Posgrado de Cardiologia 151
*Centro de Investigaciones Cardiovasculares, Facultad de Ciencias Médicas103, 142
* Magister de Cardiología 103, 111, 151
Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina.
* Area Química Analítica Clínica. Facultad de Ciencias Bioquímicas y
Farmacéuticas 185, 242
* Facultad de Ciencias Médicas 175, 242, 244
* Inmunología. Facultad de Ciencias Bioquímicas y
Farmacéuticas 175, 185
* Gabinete de Tecnología Médica, Facultad de Ingeniería 021
Universidad Nacional de Tucumán, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina.
* Cátedra de Bioestadística, Facultad de Bioquímica,
Química y Farmacia 163, 168, 177
* Facultad de Medicina, III[a] Cat. de Pat. y Cl. Médicas 163, 168, 174, 177
Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Corrientes, Argentina.
* Area Internado Rotatorio y Pasantía.
Facultad de Medicina 170, 171, 195, 196, 200
* Carrera de Enfermería. Facultad de Medicina 195, 196, 197, 200, 202
* Cátedra de Farmacología. Facultad de Medicina 171
Universidad Politécnica de Cataluña, Barcelona, Barcelona, España.
* Centre Recerca en Enginyeria Biomèdica, Dept ESAII 021



Federación Argentina de Cardiología

2007

XXVI CONGRESO NACIONAL DE Cardiología

ORGANIZA: Región Cuyo

Mendoza, 24, 25 y 26 de Mayo de 2007

Palmares Bureau

JORNADAS DE TÉCNICOS Y ENFERMEROS EN CARDIOLOGÍA

26 de Mayo de 2007

Los esperamos en Mendoza 2007

Secretaría Comité Organizador
Olegario V. Andrade 496, (5500) Ciudad, Mendoza
Tel: (0261) 4286844
aberrios@cmm.org.ar

Secretaría General
Bulnes 1004, (1176) Buenos Aires
Tel-Fax: (011) 4866 5910 / 4862 0935
laurap@fac.org.ar / ealgan@fac.org.ar

Ablación por Radiofrecuencia en Pacientes Pediátricos — 001

Chaves J, Fava G, Galizio N, Medesani L, Dávila P, Cerantonio A, Montoya P, Gamboa R, Mollón P, Gonzalez J

Electrofisiología, Division Electrofisiología, ICyCC - Fundación Favaloro, Capital Federal, Argentina

Introducción: La ablación por radiofrecuencia (ARF) es un importante avance en el tratamiento de las arritmias cardíacas. Su eficacia y seguridad en niños y adolescentes es motivo de continuo estudio.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de la ARF en pacientes (p) pediátricos

Material y Método: Entre Marzo del 2002 y Enero del 2006, de 96 pacientes consecutivos estudiados, se realizaron 99 procedimientos de ARF en 94 p, constituyendo nuestra población en estudio. Edad media 14±3 años (2-18 años). Hombres: 58.3%. A) Haces accesorios: 60 (60,6%), 1.- manifiestos: 46 (46.5%); izquierdos: 36%; derechos: 20%; septales: 44%; 2.- Haz oculto: 14 haces (14,2%); izquierdos: 57%; derechos: 21,5%; septales: 21,5%. B) Taquicardia reentrante nodal (TRN): 24,3%. C) Taquicardia auricular (TA): 5%. D) Taquicardia ventricular (TV): 6%. E) Haz atriofasicular: 3%. F) Taquicardia ectópica de la unión (TEU): 1%.

Resultados: Éxito global: 94%. Éxito según tipo de ablación: A) Haces accesorios: 95,6%. B) TRN: 100%. C) TA: 80%. D) TV: 83%. E) Haz atriofascicular: 66.6%. F) TEU: 100%. Complicaciones 2% (BAV completo con necesidad de marcapasos permanente en 1 p.. Supradesnivel del segmento ST transitorio en 1 p)

Conclusión: La ARF demostró ser un método seguro y eficaz para el tratamiento de las arritmias en esta población de pacientes pediátricos.

Antioxidantes: sus Efectos sobre las Arritmias de Reperfusión — 002

Ponce Zumino AZ, Carrion A, Prados L, Diez ER, Dupanlou ML, Rena NF, Miatello RL

Fisiología; Fisiopatología, Fac. Cs. Médicas, U. N. Cuyo, Mendoza, Mendoza, Argentina

La producción explosiva de ROS es una de las causas del desencadenamiento de arritmias (AR) en el momento de la reperfusión miocardica. Por ello se estudió el efecto de algunos antioxidantes como los contenidos en el vino Malbec y en extractos de ajo cepa "Fuego". También se usaron: resveratrol, melatonina, tiron y tempol. Se trabajó con corazones aislados y perfundidos de rata, sometidos a 10 min de isquemia, por ligadura de la arteria coronaria y 20 min de reperfusión por desoclusión de la misma. Se determino la incidencia y duración de las AR, el caudal coronario (CC) y el valor del poder antioxidante total (PAT). Asimismo, se midieron variables electrofisiológicas: amplitud y duración de los potenciales ventriculares, magnitud del potencial de reposo y frecuencia cardiaca. Todos los resultados fueron analizados estadísticamente por ANOVA I, salvo la incidencia y duración de las AR sometidas al test del X cuadrado. Los resultados presentados en la tabla adjunta demuestran que, comparados con sus respectivos controles y en las dosis empleadas, todas las sustancias en estudio, salvo el extracto de ajo, tienen un efecto protector sobre las AR. Como ninguna de las variables electrofisiológicas, ni el CC presentaron cambios significativos atribuimos su efectividad al efecto sobre el PAT, sin poder explicar por qué el extracto de ajo fue ineficaz.

SUSTANCIA	n	Si AR%	No AR%	Reverte%	N°	PAT	ANOVA I	CC	ANOVA I
Control sin alcohol	10	80,0	0,0	20,0	-	22,82	-	11,0	-
control con alcohol	10	54,5	9,0	45,5	ns	26,45	ns	17,5	p<0,05
ajo desalcoholizado	9	37,5	50,0	12,5	p<0,039	30,78	p<0,001	11,3	ns
ajo entero	9	10,0	40,0	50,0	p<0,023	29,00	p<0,001	13,4	ns
resveratrol 10µM	13	20,0	26,7	53,3	p<0,013	30,10	p<0,001	15,2	ns
melatonina 10µM	10	30,0	20,0	50,0	p<0,026	33,44	p<0,001	17,0	ns
tiron 10 mM	11	0,0	45,5	54,5	p<0,001	40,50	p<0,001	17,5	p<0,05
ajo 0,5 ml/L	11	54,5	27,3	18,2	ns	29,30	p<0,001	13,4	ns

Cardiodesfibriladores: Predictores de Elevado Umbral de Desfibrilación en el Implante — 003

Cerantonio AR, Galizio N, Gonzalez J, Medesani L, Davila P, Fava G, Chaves J, Montoya P, Schanz S

División Electrofisiología, Fundación Favaloro- ICyCC, Capital Federal, Capital, Argentina.

Objetivo Identificar predictores de umbral desfibrilatorio (UD) elevado en pacientes sometidos a implante de cardiodesfibrilador (CDI).
Material y Método: Desde marzo de 2003 a noviembre de 2005 se midió el UD en 171 pacientes consecutivos a quienes se implantó un CDAI (edad: 56.6 ± 17 años, 80% hombres). Se definió UD elevado a la necesidad de entregar >20 Joules en 2 choques consecutivos para revertir FV en el implante.
La población se subdividió en: Grupo A) con UD normal: 130 pacientes, y grupo B) con UD elevado: 41 pacientes. Se compararon entre los 2 grupos las siguientes variables: enfermedad cardíaca, antecedente de cirugía cardíaca, síntomas, fracción de eyección (Fey), diámetro diastólico ventricular izquierdo (DDVI), duración del QRS (dQRS), arritmia que motivó el implante y terapia antiarrítmica.
Resultados: El análisis univariado mostró diferencias significativas entre los Grupos A y B, respectivamente, en las siguientes variables: dQRS < 120 mseg (30.8 % vs 14.6, p = 0.042); dQRS >150 mseg (30.8 % vs 48.8 %, p = 0.035); DDVI (59 2 ± 12 mm vs 67.6 ± 13 mm, p < 0.0001); DDVI > 60 mm (50.8 % vs 82.9 %, p = <0.0001); Fey (35 ± 14 % vs 29± 12 %, p = 0.017); Fey < 30 % (54.6 % vs 80.5 %, p = 0.003); consumo de amiodarona en las ultimas 6 semanas (53.1 % vs 70.7 %, p = 0.046) con una dosis media de 260 mg/día.
En el análisis multivariado alcanzó significancia estadística: DDVI > 60 (OR: 9.85, IC95%: 3.11 a 31.25).
Conclusiones: Se observaron UD elevados en pacientes con: dQRS >150 ms, DDVI > 60 mm, Fey < 30%, consumo de amiodarona (>200 mg/día en las últimas 6 semanas).
El DDVI>60 se mostró como variable independientes para predecir UD elevados

Correlación Anatómico-Electrofisiológica en la Reentrada Nodal — 004

González Zuelgaray J, Pérez A, Szyszko AE, Garraza S, Neme R, Lopez C

Electrofisiología, Hospital Argerich e Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento, Capital Federal, Buenos Aires, Argentina.

Antecedentes. La ablación de la vía lenta (VL) en pacientes (pts) con reentrada nodal (RN) se realiza en la posición más lejana que resulte posible con respecto al nódulo AV para evitar el riesgo bloqueo A-V iatrogénico. La identificación precisa de la localización más posteroinferior de la VL reduciría el número de lesiones y los tiempos del procedimiento y de fluoroscopia.
Métodos y resultados. Fueron incluidos en forma prospectiva 53 pts consecutivos con RN (38 mujeres, edad 49,1±14,8 años) y con curvas discontinuas en el sentido anterógrado bajo anestesia general (para evitar la influencia del tono adrenérgico sobre las propiedades nodales). La longitud del triángulo de Koch fue definida en posición oblicua anterior derecha a 30±. Mediante el coeficiente de Pearson se analizó la correlación entre: a) la distancia entre el sitio de lesión exitosa para la eliminación de la VL y el sitio de la deflexión del haz de His proximal, y b) la magnitud de la discontinuidad nodal (H1H2 menos H1H1, o H2H3 menos H1H2).
No hubo diferencias en relación con el sexo. El triángulo de Koch midió 23,6±10,1 mm, con correlación negativa con la edad (r:- 0,59; p<0,001). La distancia entre la localización del His proximal y el sitio de eliminación de la VL midió 15,7±7,4 mm (rango 6-40). La magnitud de la discontinuidad nodal fue de 117,2?55 mseg, y se correlacionó en forma positiva con la distancia entre el sitio de registro del electrograma del haz de His y el sitio de lesión exitosa (r: 0,625; p= 0,001).
Conclusiones. 1) Un triángulo de Koch de menor longitud en pacientes añosos incrementa el riesgo de bloqueo AV iatrogénico. 2) La correlación positiva entre la magnitud de la discontinuidad nodal y la localización más posterior del sitio de ablación de la VL, probablemente atribuible a una mayor longitud de la VL (o extensión nodal posterior), permite una identificación "a priori" del sitio más probable de ablación exitosa con reducción del tiempo de fluoroscopia y de la duración.

Detección de Episodios de Apnea del Sueño Mediante Electrocardiografía Ambulatoria. 005

Szyszko AE, Franceschini C, Garraza S, Perez A, Duce E, Gonzalez Zuelgaray JT

Electrofisiología, Hospital Argerich e Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento, Capital Federal, Buenos Aires, Argentina.

Antecedentes. La apnea del sueño, frecuentemente acompañada por arritmias potencialmente malignas, constituye un trascendente problema clínico. Un método simple para su detección sería particularmente valioso.
Métodos y resultados. Fueron incluídos en forma prospectiva 40 pacientes (pts) consecutivos a quienes se dividió en dos grupos: I, 20 pts (10 varones) con sospecha clínica de apnea del sueño (escala de Epworth 10,9 ± 5,2; 95% IC, 8-14), y grupo II (20 controles sanos, 12 varones). Un software de Holter para la detección de apnea del sueño basado en la variabilidad de la frecuencia cardíaca y el análisis de la amplitud de la onda R (Del Mar Reynolds Lifescreen versión 2.59) se utilizó simultáneamente con polisomnografía convencional (considerada "patrón estándar" con fines comparativos) en el grupo I, en tanto en el grupo II sólo se realizó la detección mediante el Holter. Un valor del índice de apnea-hipopnea (IAH) ±15 fue considerado anormal. El Holter identificó correctamente al 70% de los pts en el grupo I (95% IC, 45,6-87,1) con un coeficiente de correlación de Pearson con la polisomnografía de 0,73, área bajo la curva (ROC) de 0,79, y los siguientes valores: sensibilidad, 66,7% (95% IC, 35,4-88,7); especificidad, 75% (95% IC, 35,6-95,5); valor predictivo positivo, 80% (95% IC, 44,2-96,5), valor predictivo negativo, 60% (95% IC, 27,4-86,3), y likelihood ratio 2,67. El IAH fue normal en todos los pts del grupo II.
Conclusiones. Hay una buena correlación entre la detección de apnea del sueño mediante el Holter y la polisomnografía. Esta metodología simple permite la detección de esta entidad subdiagnosticada y con elevada morbilidad.

	GRUPO I	GRUPO II	p
Edad	48,7±14,6	27,3±9,2	0,02
Indice de masa corporal	41,3±11,8	22,4±1,9	<0,001
IAH (Holter)	19,5±20	3,9±4,4	<0,001
IAH (polisomnografía)	24,2±26,2	—-	—-
Tiempo de sueño (hs)	5,9±1,3	6,3±1,7	0,97

Evolución de Pacientes con Síncope de Origen Desconocido Tratados con Cardiodesfibrilador. 006

Valentino M, Treggia A, Caldirola S, García Toro R, Genna F, Gentile A

Electrofisiología, Cardiología,ICR "Dr. Luis. González Sabathié"; Electrofisiología, Cardiología, Sanatorio Plaza, Rosario, Santa Fe; Cirugía Cardiovascular, Cardiología, Clínica La Pequeña Familia, Junín, Buenos Aires, Argentina.

El Síncope de Origen Desconocido (SOD) en pacientes portadores de cardiopatía puede ser la primera manifestación de una arritmia ventricular maligna (AVM).

Objetivo: evaluar la evolución de pacientes con cardiopatía que debutaron con síncope y recibieron cardiodesfibrilador automático (CDI) por la alta sospecha de que la causa de su síncope fue una AVM.

Materiales y Métodos: 14 pacientes, 3 mujeres, edad media 56±17, 6 miocardiopatía necrótica, 3 miocardiopatía hipertrófica, 2 Síndrome de Brugada, 1 Valvular, 1 Fibrilación ventricular primaria, 1 Enfermedad de Chagas. Fracción de Eyección media 45±16, 86% CF I/II. A todos los pacientes se les realizó Estudio Electrofisiológico (EEF): en 10 pacientes se indujo taquicardia ventricular monomorfa sostenida sincopal, en 3 pacientes fibrilación ventricular, y un paciente taquicardia ventricular no sostenida presincopal. Todos fueron implantados con CDI de 3° generación.

Resultados: durante un seguimiento promedio de 19±23 meses, mediana 10.5 meses, ningún paciente repitió el síncope. Seis pacientes (43%) presentaron arritmia ventricular correctamente sensada y tratada por el dispositivo antes de llegar a la pérdida de la conciencia.

Conclusión: Pacientes con SOD, cardiopatía, y arritmias inducibles en el EEF, el CDI previene el síncope asociado a AVM.

Implante de Marcapasos Definitivos, Complicaciones en Pacientes Ambulatorios e Internados 007

Porcasi Gómez S, Ilc J, Acosta H, Pereyra Sueldo C, Trillo L, Rubio M, Arietti L, Alemandri E, De la Riva J, Sgarlatta H

Cardiología, Clínica Privada Vélez Sarsfield, Córdoba, Córdoba, Argentina.

La aparición de los MPD (marcapasos definitivos) permitió prolongar la sobrevida de pacientes que padecen determinadas arritmias. El implante del dispositivo es un procedimiento sencillo pero no exento de complicaciones.

Objetivos: Establecer si la internación prolongada influye sobre la aparición de complicaciones relacionadas al implante.

Material y Métodos: Se estudiaron 50 pacientes a quienes se les implantó MPD en esta institución entre los años 2004 y 2005, divididos en dos grupos: el 1°, pacientes ambulatorios, y el 2°, pacientes que por estar sintomáticos debieron esperar el implante internados.

Resultados: En ningún grupo hubo complicaciones mayores (neumotórax, hemo-neumotórax, o perforación de conducto torácico). Las complicaciones menores (hematoma, escara e infección de bolsillo) en el 1° grupo ocurrieron en el 12,1% de los pacientes. El 2° grupo presentó 17,3% de complicaciones menores relacionadas al implante, y otro 17,3% de complicaciones relacionadas con la internación (infección urinaria, neumonía, etc.).

Conclusiones: La aparición de complicaciones, aunque sean menores, es frecuente, más aun en los pacientes internados que deben esperar la llegada del dispositivo.

Manejo de la Fibrilación Auricular Paroxística en el Departamento de Emergencias. 008

Merbilhaa RE, Marturano MP, Fosco MJ, Cicco L, Scaglia J, Giunta G, Ontiveros G, Gregorietti V, Gonda F, Klein F

Guardia, Areas Críticas, Fundación Favaloro, Capital Federal, Buenos Aires, Argentina

Antecedentes: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia de mayor prevalencia en el adulto, su instalación, aún en ausencia de cardiopatía, expone al riesgo de complicaciones hemodinámicas, embólicas o hemorrágicas. Se propone una estrategia terapéutica de fácil implementación en el departamento de emergencias (DE).
Objetivos: Evaluar la eficacia de propafenona por vía oral (VO) en el tratamiento de la FA de menos de 48 hs. de comienzo, discriminar la población adecuada para recibir la misma, la tasa de reversión a ritmo sinusal (RS) y el tiempo de permanencia en el DE.
Métodos: Se incluyeron pacientes (p.) con FA de menos de 48 hs. de instalación en forma prospectiva y consecutiva, se les administró 600 mg de propafenona VO en una ó dos tomas. Se excluyeron aquellos con evidencia de cardiopatía estructural con deterioro moderado o severo de la función ventricular izquierda, compromiso hemodinámico o síntomas graves, síndrome coronario agudo, frecuencia ventricular menor de 100 latidos por minuto, QRS ancho y enfermedad del nódulo sinusal.
Resultados: De 66 p. con 69 episodios de FA entre abril y diciembre de 2003, 28 p. con 29 episodios reunieron criterios para recibir propafenona, la edad promedio de ese grupo fue de 60,2 ± 12,7 años (34-87) y 16 p. (55,2%) eran varones. En 14 p. (48,3%) era el 1er episodio y sólo 4 p. (13,8%) recibían algún antiarrítmico previo. Se obtuvo la reversión a RS en 25 p. (86,2%) y en 14 (48,3%) de ellos dentro de las 3 hs. de administrada la droga. 22 p. (76%) fueron dados de alta antes de las 6 hs. de la consulta y 7 p. (24,1%) requirieron internación. En 2 p. se observó hipotensión arterial transitoria que no requirió tratamiento.
Conclusiones: La administración de 600 mg de propafenona VO es una estrategia segura y eficaz en el tratamiento de ls FA de reciente comienzo y puede implementarse en la guardia con una breve estadía.

Modo de Inicio de los Episodios de Taquicardia Ventricular en Pacientes con Miocardiopatía Chagásica. 009

Abello M, González Zuelgaray J, Garraza S, Szyszko A

Servicio Cardiología, Unidad de Arritmias, Hospital Argerich, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Las extrasístoles ventriculares (EVs) con acoplamiento precoz son un hallazgo frecuente en pacientes con miocardiopatía Chagásica (MCC) y se sospecha que pueden ser disparadores de taquicardias ventriculares (TVs) en este grupo de pacientes. Sin embargo, los mecanismos de iniciación de TV en pacientes con MCC, aún no han sido investigados.
Material y Métodos: Se revisaron los electrogramas almacenados en la memoria de los desfibriladores implantados en 22 pacientes consecutivos con MCC. Las EVs previas al inicio de la TV se clasificaron de acuerdo al número y a la morfología. El inicio se consideró "súbito" si el latido desencadenante era, al mismo tiempo, el primer latido de la TV o "extrasistólico" si al menos una EV disparó el inicio de la TV. Además, se calculó el grado de prematuridad, mediante el intervalo de acoplamiento y un radio de prematuridad calculado (RR'/RR).
Resultados: Analizamos 222 electrogramas de TV en los 14 pacientes con al menos un electrograma almacenado y cuya TV fuera tratada por el dispositivo. Doscientos nueve episodios (94%) fueron iniciados con un acoplamiento tardío (radio prematuridad >0.5). El intervalo medio de acoplamiento del latido que inicia la TV fue de 565±117 ms con un radio medio de prematuridad de 0.72±0.15. El modo "súbito" fue la forma de inicio más frecuente (131 episodios, 59%). Entre los episodios de inicio "extrasitólico", 48 episodios (53%) fueron por EV múltiples y 86 episodios (95%) tenían diferente morfología a la TV subsiguiente. La arritmia fue precedida por una secuencia corto-largo-corto en 95/222 episodios (43%).
Conclusión: Los episodios espontáneos de TV en pacientes con MCC y un desfibrilador implantado son iniciados típicamente por EV con acoplamiento tardío y frecuentemente precedidos por una secuencia corto-largo-corto. Estos resultados podrían tener implicancias terapéuticas mediante la utilización de algoritmos de estimulación que eviten dichas pausas.

Pronóstico Después de una Muerte Súbita Cardíaca Extrahospitalaria Recuperada. 010

Gentiletti A, Marti V, Ermengol E, Noguero M, Guindo J, Peset A, Cardona M, Dominguez de Rozas JM

Cardiología Hemodinámica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Barcelona, España.

Los objetivos del presente estudio fueron analizar el pronóstico en pts recuperados de una muerte súbita cardíaca (MSC) que ingresaron en la unidad coronaria (UC), así como identificar los factores asociados a morbimortalidad.
Material y métodos. Analizamos 63 pts consecutivos (47 varones) de 61±12 años de edad que ingresaron entre 12-1999 a 1-2004 recuperados de una MSC y permanecieron en la UC. Se examinó la relación de las características clínicas y electrocardiográficas con la mortalidad y las secuelas neurológicas.
Resultados. 35 pts (55,5%) sobrevivieron y 28 (44,5%) fallecieron a los 28±4 días del ingreso, la mayoría en el hospital. El sustrato anatómico principal fue la cardiopatía isquémica (80,9%). En los pts que fallecieron comparado con los que sobrevivieron, las variables que se asociaron a un peor pronóstico fueron la diabetes mellitus (68,4% vs 17,1%, p<0,02), la presencia de cardiopatía valvular (28,6% vs 0%, p<0,003), la fibrilación auricular crónica (42,9% vs 14,3%, p<0,02) y la asistolia como primer ritmo observado (42,9% vs 11,4%, p<0,01). El análisis multivariable identificó a la asistolia como factor independiente de mal pronóstico (p<0,02). Veintitres de 28 pts que fallecieron fue secundario a secuelas cerebrales postanóxicas graves (82,1%), los 5 pacientes restantes fallecieron por su cardiopatía subyacente (p<0,01). Las variables que se asociaron a daño neurológico fueron la reanimación realizada extrahospitalariamente, que ingresara inconsciente, el tiempo de llegada >5 minutos y el tiempo en retraso de la resucitación cardiopulmonar.
Conclusiones. La supervivencia en pts recuperados de una MSC extrahospitalaria es alta, aunque la mortalidad todavía sigue siendo elevada. Las complicaciones neurológicas son la principal causa de mortalidad. El pronóstico viedeterminado por la presencia de factores relacionados con la enfermedad subyacente, el tiempo en iniciar las maniobras de recuperación y el daño cerebral postanoxia.

Ritmo Circadiano de los Episodios de Taquicardia Ventricular en Pacientes con Miocardiopatía Chagásica. 011

Abello M, González Zuelgaray J, Daglio ME, López C, Garraza S, Szyszko A

Servicio Cardiología, Unidad de Arritmias, Hospital Argerich, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: La variación circadiana de los episodios de taquicardias ventriculares (TVs) difiere según el sustrato estudiado (ej. picos matutino y vespertino en la enfermedad isquémica coronaria y pico nocturno en el síndrome de Brugada). El objetivo de este estudio es evaluar el ritmo circadiano de los episodios de TV en pacientes con miocardiopatía Chagásica (MCC).

Métodos: Se revisaron los datos almacenados en desfibriladores implantados en 22 pacientes consecutivos con MCC. Se examinó la distribución temporal de los episodios de TV y se clasificaron en 4 períodos diarios de 6 hs. Para evitar el sesgo propio de descargas múltiples en un corto período, episodios registrados dentro de una hora fueron contados sólo una vez.

Resultados: Quince pacientes presentaron al menos un episodio de TV tratado por el dispositivo después de una mediana de seguimiento de 18 meses (rango intercuartil: 16-41). Trescientos cincuenta episodios de TV (mediana: 32, rango intercuartil: 10-46) fueron revisados y con ellos se evaluó el ritmo circadiano. Estos se observaron más frecuentemente durante la vigilia (6:00 a 24:00 h) que durante las horas de sueño (24:00 a 6:00 h) (89% [313/350] vs. 11% [37/350]; p<0,01). Los episodios presentaron un pico por la tarde y un nadir por la noche.

Conclusión: Los episodios de TV en pacientes con MCC presentan un patrón específico de ritmo circadiano. Este patrón, caracterizado por un pico prominente entre el mediodía y las 18:00 h y un nadir nocturno, difiere de los observados en otros sustratos.

Sensibilidad (SE) del Tilt-Test (TT) en el Diagnóstico Etiológico del Síncope Vaso-Vagal (SVV). 012

Menoyo M, Bisogni C, Diangelo S, Zapata G

Servicio de electrofisiología, Cardiología clínica, Instituto Cardiovascular de Rosario (ICR), Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: El síntoma síncope (S) o presíncope (PS), son dos motivos de consulta frecuentes, que pueden corresponder a un gran n° de etiologías, siendo el SVV, la causa más frecuente. Los estudios que evaluaron la SE del TT, evidenciaron una SE de entre 67% y 83% para el SVV, tomando como patrón oro la sospecha clínica de etiología VV.
Objetivo: Analizar la SE del TT, en el diagnóstico (Dg) etiológico del SVV, en los pacientes (P) con sospecha clínica de SVV.
Material y métodos: Se analizaron de manera prospectiva y consecutiva, los TT de 49 P, realizados en nuestra institución, desde febrero del 2004 a diciembre del 2005, a los que se les solicitó el mismo por sospecha clínica de SVV, la cual fue determinada previa a la realización del TT, mediante el interrogatorio de los P, por el médico que llevo a cabo la prueba. Protocolo de TT: 20 min. con la mesa a 70° más 20 min. post sensibilización farmacológica (DNI 2,5 mg SL). Se evaluaron variables como edad (E), sexo, cardiopatía estructural conocida (CEC), medicación previa (MP), n° de episodios (NE), tiempo desde el 1° episodio (TPE), resultado del TT, sensibilización farmacológica (SF) y tipo de respuesta.
Resultados: La E promedio fue de 39,7+/-19 años, el 53% de los P pertenecían al sexo femenino. El 89,7% de los P no presentaban CEC. El 85,7% de los P no recibían MP. Al 83.7% de los P se les solicitó el TT por S y al 16,3% por PS. El NE fue de 4,7+/-3,6 y el TPE fue de 36+/-47 meses. El 83,6% de los TT fueron positivos, con un 82,5% de SF, un 96% de respuesta mixta, un 2% de cardioinhibitoria y un 2% de vasodepresora.
Conclusiones: La SE del TT en el Dg etiológico del S o PS, con sospecha clínica de etiología vaso-vagal, fue del 83,6%.

Sensibilización con Nitroglicerina vs Isoproterenol en Pacientes Evaluados con Tilt Test

013

Ruveda SM, Manzolillo HS, Pantich RE, Unzain BA, Reyes ID, Kriskovich Jure J, Garcia WJ, Pozzer DL

Arritmias, Instituto de Cardiología de Corrientes "J F Cabral", Corrientes, Corrientes, Argentina.

Objetivos: Comparar los resultados en una población de pacientes estudiados con Tilt test (TT) sensibilizado con isoproterenol (ISO) endovenoso, o nitroglicerina (NTG) sublingual.

Material y método: Se realizó un análisis restrospectivo de un registro consecutivo de 486 pacientes derivados por sincope y/o presincope, para realización de TT, en un único centro, realizado en dos fases. La primer fase con bipedestación a 70° por 30 minutos. Se realizó una segunda (en caso de ser negativa la primera) sensibilizada con i) ISO endovenoso; o ii) NTG 0.30 mg comprimido sublingual. Durante ambas fases se realizó medición de la tensión arterial cada 3 minutos y monitoreo electrocardiográfico continuo. La prueba fue detenida por positividad o finalización del protocolo. Se analizaron los pacientes que concurrieron por sincope y que pasaron a la segunda fase de sensibilización (n=296) que constituye la población en estudio

Resultados: Se observó una edad promedio de 36 (+/- 21) años, sexo masculino en 39% de los casos. 68% con síntomas recurrentes. La prueba fue positiva en el grupo ISO en el 50 3% y en el grupo NTG en el 49.7% de los casos (p=0.78).

Conclusiones: No se encontraron diferencias significativas en los resultados de la prueba realizada con los dos tipos de sensibilización, revelando la NTG una fácil administración.

Síncope Neurocardiogénico en Niños: Valor del Tilt Test Sensibilizado.

014

Treggia A, Valentino M

Electrofisiología, Cardiología, ICR "Dr. Luis González Sabathìe"; Electrofisiología, Cardiología, Sanatorio "Rosendo García"; Electrofisiología, Cardiología, Sanatorio Plaza, Rosario, Santa Fe, Argentina","

El Tilt Test (TT) es un importante método diagnóstico para Síncope Neurocardiogénico (SNC) pero su sensibilidad es baja. El uso de drogas para mejorar la sensibilidad del método debe ser tomado con cautela en niños.

Objetivo: presentar los resultados de un grupo de pacientes pediátricos a quienes se les realizó TT con un protocolo acortado sensibilizado con dinitrato de isosorbide (DNI).

Materiales y métodos: 14 pacientes con, al menos, 1 episodio sincopal, edad media 13±2 años (9 a 17), 10 mujeres. Tres pacientes recibian anticonvulsivantes. Ninguno tenía cardiopatía asociada. Protocolo de TT: primer etapa: tilt a 80° por 30 minutos, si era negativo: segunda etapa por 20 minutos con tilt a 80° con 2.5 mg de dinitrato de isosorbide sublingual (s/l).

Resultados: Primer Etapa: 9 pacientes fueron positivos a los 13±6 min de iniciado (5 vasodepresor, 3 cardioinhibitorio y 1 mixto). Cinco pacientes pasaron a la segunda etapa y recibieron nitritos s/l. Cuatro pacientes fueron positivos a los 9±3 min de iniciado. Un paciente fue negativo en ambas etapas. El uso de DNI aumento la sensibilidad del procedimiento del 64 al 92%. Ningún paciente presento complicaciones por el uso de DNI a una dosis de 2.5 mg s/l.

Conclusiones: La utilización de DNI para sensibilizar el TT en pacientes pediátricos con sincope es segura y aumenta la sensibilidad del procedimiento.

Taquicardias Mediadas por Haces de Mahaim. Tratamiento Mediante Ablación por Radiofrecuencia.

015

Del Río A, Ventura A

Cardiología, Electrofisiología, Sanatorio Parque; Cardiología, Electrofisiología, ICR, Rosario, Santa Fe; Electrofisiología, Instituto Cordis, Resistencia, Chaco, Argentina

Objetivo: Evaluar la utilidad de la ablación por radiofrecuencia para tratar pacientes que se presentan con taquicardias mediadas por haces de Mahaim que no responden a la medicación.
Material y métodos: Se incluyeron pacientes en forma retrospectiva que ingresaron a nuestros Servicios con diagnóstico final de taquicardias mediadas por haces de Mahaim. La búsqueda se realizó por los registros de procedimientos electrofisiológicos de los últimos 7 años. Se asentaron en una base de datos computarizada los datos clinicos, elecrocardiográficos y electrofisiológicos. Se se realizó seguimiento clínico en consultorio externo de todos los pacientes.
Resultados: Se incluyeron 7 pacientes, 2 mujeres y 5 varones, la edad promedio fue de 39 años, Todos los pacientes presentaban al momento del ingreso taquicardias con QRS ancho e imagen de bloqueo de rama izquierda. En 2 pacientes las taquicardias eran incesantes y presentaban signos de taquicardiomiopatía con baja Fracción de eyección. En 3 pacientes se constató que el haz accesorio formaba parte del circuito de la taquicardia (Taquicardia antidrómica). En los 4 restantes el haz accesorio actuaba como by stander (taquicardia preexcitada) de: aleteo auricular 2 pacientes y de reentrada nodal en 2 pacientes. Hubo una paciente que tenía aleteo auricular preexcitado y taquicardia antidrómica. Todos los pacientes tuvieron mala respuesta a drogas y pudieron ser tratados con éxito mediante la ablación por radiofrecuencia. Se realizaron 9 procedimientos. La tasa de éxito fue del 100% con abolición de la conducción por la via accesoria. Todas estuvieron localizadas en la región lateral o superior del anillo tricuspídeo.
Conclusión: La ablación por radiofrecuencia es el método ideal por lo seguro y eficaz para tratar pacientes con taquicardias mediadas por haces de Mahaim.

Terapia de Resincronización Cardíaca. Experiencia en la Ciudad de Rosario.

016

Del Rio A, Guillen RH, Ameriso JL

Arritmias, Cardiología, ICR; Arritmias, Cardiología, S. Parque, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Objetivo: Evaluar las indicaciones, complicaciones y evolución de los pacientes sometidos a terapia de resincronización cardíaca (TRC) en nuestros centros asistenciales.

Material y métodos: Se creó una base de datos prospectiva desde junio de 1999 donde se acentaron todos los datos. Ingresaban todos los pacientes con miocardiopatía dilatada con fracción de eyección menor (F.Ey) a 35%, BRI con QRS mayor a 150 mseg, CF III o IV y presencia de disincronía, en quienes se implantaba un resincronizador cardíaco.

Resultados: Se incluyeron 37 pacientes hasta octubre de 2005, 30% mujeres, edad promedio 68,3 años. 35% fueron miocardiopatías idiopáticas, 3% hipertensivas, 11% valvulares, 8% chagas y 43% post infarto. Todos los pacientes presentaron BRI con QRS promedio de 165 mseg, fracción de eyección promedio fue de 22,13 %. Fueron realizados 39 implantes en 37 pacientes con un tiempo promedio de procedimiento de 2 hs y 42 minutos. Los pacientes experimentaron gran mejoría en promedio mejoró el test de caminata a los 6 minutos de 290 a 430 mts. En el 81% de los pacientes se observó una mejoría de la F. Ey mayor al 5%, El 88% mejoró la clase funcional.

Conclusiones: La TRC constituye una terapéutica segura y eficaz capaz de ser realizada en centros asistenciales de nuestro país. Brinda una importante mejoría en la mayor parte de los índices de función cardíaca por lo que debe ser considerada como una opción valiosa en los pacientes dilatados con BRI y disincronía ventricular.

Umbrales de Desfibrilación y Mortalidad: Análisis en Pacientes del Registro ICD Labor. 017

Pozzer D, Martinez M, Muratore C, Abud M, Castellanos R, Pesce R, Valero E e Investigadores del LABOR ICD.

Electrofisiología, Argentina.

Objetivo: Analizar el umbral de defibrilación (UD) en el acto del implante en diferentes cardiopatias y su relación con la mortalidad. Evaluar si la fracción de eyección (FrEy) y el uso de amiodarona (A) tienen relación con el aumento de umbrales.

Material y Método: Datos del Latin American Biotronik Ongoing Registry (ICD-LABOR) (junio de 1994-enero 2006). Registro prospectivo. De la población total del registro 1011ptes, se analizan 750: 375 ptes con cardiopatía coronaria (CC48.9%), 230 ptes con cardiopatía chagásica (CCh 30%) y 145 ptes con miocardiopatía dilatada idiopática (MDI 18.9%).
El promedio de edad fue de 58±13 años 573 hombres (76.4%). Sólo en 245 (32.6%) se midió el umbral verdadero. En el resto de los ptes se fijo arbitrariamente un valor y se probó con él la reversión de la arritmia inducida (TV/FV). Las poblaciones fueron divididas en aquellos con valores > o < a 20 J. Los equipos entregaban 30J como energía máxima. Los 698 ptes con UD<20J presentaron una mortalidad del 17.6%, mientras que los ptes con UD >20J la mortalidad fue del 11.5%. Seguimiento entre 1 y 177 meses (promedio 31.8 meses)

Resultados: Se resumen en la tabla. Los ptes con CCh y UD < 20J recibían A en mayor proporción que las otras patologías (p<0.001). No hubo diferencias en las otras variables.

Conclusiones: El 95% de los ptes presentó UD < 20J, porcentaje similar en las tres patologías. No se observaron diferencias en la mortalidad en ptes con UD mayores o menores a 20 J. Ni el uso de A ni la FrEy demostraron ser responsables del aumento del UD. En la CCh los resultados sugieren que no es necesaria la indicación rutinaria de equipos de alta salida.

Etiología	CC	MDI	CCh	TOTALES
Umbral<20J n=	351 ptes	133 ptes	214 ptes	698 ptes (93%)
Recibían A, FrEy	71.5%* (FrEy 29 ± 16%)	65.4%* (FrEy 28 ± 14%)	97.6%** (FrEy 37 ± 12%)	vs** p=0.001 (FrEy p = NS)
Umbral >20 J n=	24 (6.4%)	12(8.2%)	16 (6.9)	52 ptes (7%)
Recibían A, FrEy	79,1% (FrEy 28 ± 14%)	83.3% (FrEy 28 ± 14%)	87.5% (FrEy 36 ± 12%)	p=NS
Muertes n=	63 ptes	22 ptes	44 ptes	129 ptes
En <20 J n=	59 (16.8%)	20 (15%)	44 (19.1%)	123 ptes (95%)
En >20 J n=	4 (16.6%)	2 (16.6%)	0	6 ptes

Uso de Teofilina (Te) Anhidra para el Tratamiento (T) del Síncope (S) en Niños (Nñ) y Adolescentes (Ad). 018

Laneri DP, Colombo SJ, Hidalgo L.

Servicio de Cardiología; Servicio de Cardiología Infantil, Hospital Aeronáutico Central, Buenos Aires, Argentina.

Se estudiaron un total de 20p con S entre nñ y ad. La edad media fue de 13.9ª (e/8 y 26ª.) el 100% de los p presentaron tilt test (tt) positivo. El 55% por respuesta (rs) Mixta. (Mx) el 15% por Cardioinhibitoria (Ci) Tipo A (Cia), el 20% por Ci Tipo B (Cib) y el 10% por Vasomotora (Vm). Luego del estudio se dió a todos los pacientes Te a dosis de 8 mgrs/kg/día o 400 mgrs/día como dosis (ds) máxima repartida en dos tomas. Se sumó a ello medidas de cambio de hábito en cuanto a ingesta líquida, conductas en cambios posicionales, etc, 3p. fueron llevados nuevamente a tt, y en 2 de ellos resultó negativo y uno positivo con el mismo tipo de respuesta. 2 p. (10%) abandonaron el T sin causa definida y permanecieron asintomáticos. 3 p abandonaron el T por intolerancia digestiva. El resto de los p. (75%) presentó una mejoría sintomática significativa, por reducción en el número de episodios S, o por la desaparición de los mismos. Incluído el p con tt positivo con te.

Conclusión: la teofilina anhidra resulta una medicación efectiva y con baja incidencia de complicaciones para el tratamiento del síncope en niños y adolescentes, unido a las medidas de cambio de hábito y la sicoterapia.

Uso del Tilt Test en > 60 Años. ¿Podemos Predecir una Respuesta Positiva en Base a Parámetros Hemodinámicos Basales? 019

Arregui V, Massa R, Wolcan M, Plastino J

Servicio de Cardiología, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: Se trató de analizar los parámetros hemodinámicos basales y las características clínicas que se asocian a una respuesta positiva en el Tilt Test (TT) en pacientes (p)> 60 años sin cardiopatía estructural que presentaron síncope.
Método: Se utilizó un protocolo de Tilt test con sensibilización con DNI sublingual 2.5 mg (SDNI), estudiándose 43 pacientes (p) entre marzo de 2004 y diciembre de 2005, con una edad promedio de 70,71 (+/-7,53) años, sexo femenino (53,48%), HTA (58,13%) y DBT II (11,6%). Se analizaron TA sistólica basal (TAS), frecuencia cardiaca basal (FC), uso de medicación vasoactiva (MVA) y masaje de seno carotídeo (MSC). Las respuestas hemodinámicas fueron clasificadas según el criterio VASIS: mixta (M), cardioinhibitoria (CI), vasodepresión pura (VP), incompetencia cronotrópica (IC) y elevación excesiva de la FC (EFC). Se consideró significativa un p valor < 0.05.
Resultados: La sensibilidad total del estudio fue de 48,83% (sin SDNI 32,55% vs. con SDNI 24, 13%, p 0,04). Los p con TT+ tienen una FC basal > que los p con TT- (74,52 vs. 67,95, p 0,034). La aparición de síntomas durante el estudio es más fte. en los TT+ que en los TT- (71% vs. 4,54%, p 0,00001). En esta población la respuesta hemodinámica preponderante es VP (48,83%).
Conclusión: En una población >60 años sin cardiopatía estructural la respuesta hemodinámica prevalente es VP. Una mayor FC basal y la aparición de síntomas durante el estudio son predictores de un TT+. La SDNI no incrementa la sensibilidad del estudio en este grupo de pacientes.

Valor del Test de Adenosina Post Ablación de Haces Anómalos Manifiestos para Predecir Recurrencia. 020

Medesani L, Gonzalez JL, Dávila P, Fava G, Chaves J, Cerantonio A, Schanz S, Montoya P, Galizio N

División Electrofisiología, ICYCC-Fundación Favaloro, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

La recurrencia de la conducción por haces anómalos manifiestos (HAM) post ablación por radiofrecuencia (ARF) es del 5 al 10%. Distintos grupos adoptan diferentes puntos finales intentando reducirla.
Objetivo: Evaluar la utilidad de la respuesta negativa de la administración de adenosina (AD) post ARF exitosa para predecir menor recurrencia de conducción por HAM en pts con más de 6 meses de seguimiento.
Material y método: Entre marzo del 2003 y julio del 2005, 81 pts (edad media 21,8 años ± 13, 52 hombres) fueron sometidos a ARF. El procedimiento fue exitoso en 76 pts. (93,8%) los cuales representan la población en estudio. Se separaron dos grupos: Grupo A (41 pts) con AD negativo y Grupo B (35 pts) en los que no se administró AD. En el Grupo A luego de 20 minutos de espera y estudio electrofisiológico (EEF) post ARF, sin evidencias de HAM, se administró un bolo de AD (12-18 mg). El test se consideró negativo ante la ausencia de preexcitación y presencia de por lo menos una onda P bloqueada. En el Grupo B se realizó solo EEF post ARF.
La localización de los HAM fue: Grupo A: 11 septales (17 %), 19 izquierdos (46,3%), 8 derechos (19,5%), 2 parahisianos (4,8%), 1 atriofascicular derecho (2,4%); Grupo B: 7 septales (20%) 22 izquierdos (62,8%), 4 derechos (11,4%) y 2 parahisianos (5,7%).
Resultados: Luego de un seguimiento medio de 17±8,2 meses (6 a 24 meses) se observó recurrencia en 3 pts (7,3 %) en el Grupo A, y 2 pts. (5,7%) en el Grupo B. (p: NS)
Conclusiones: En este grupo de pts. un test de AD negativo post ARF no predijo menor recurrencia a mediano o largo plazo.

Análisis Temporal del Electrocardiograma de Alta Resolución en Enfermos Chagásicos Crónicos. 021

Laciar E, Jané R, Brooks DH

Gabinete de Tecnología, Médica Facultad de Ingeniería, Universidad Nacional de San Juan, San Juan, San Juan, Argentina; Centre Recerca, Enginyeria Biomédica, Dept ESAII, Universidad Politécnica de Cataluña, Barcelona, Barcelona, España; CDSP Research Center, Dept. Electrical & Computer Engineering Northeastern, University Boston, Massachusetts, EEUU.

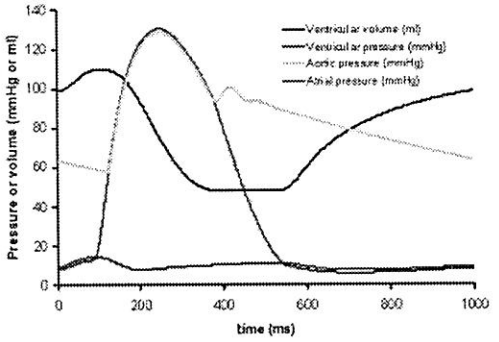
Objetivo: Evaluar el grado de daño miocárdico en enfermos chagásicos crónicos mediante el análisis temporal del electrocardiograma de alta resolución (ECGAR).
Metodología: Se analizaron los registros ECGAR de 96 enfermos chagásicos crónicos clasificados clínicamente en 3 grupos diferentes de daño miocárdico (GRUPO I: sin evidencia de daño; GRUPO II: con daño miocárdico leve o moderado; GRUPO III: con daño miocárdico severo). En cada registro, se estimaron cuatro índices: a) Duración del complejo QRS (QRSD); b) Nivel RMS de los últimos 40 ms del QRS (RMS40); c) Duración terminal del QRS con amplitud menor a 40 μV (LAS40) y d) Variabilidad latido a latido de la duración del QRS (var_QRSD). Para efectos comparativos, se analizaron también los registros ECGAR de 11 sujetos sanos usados como grupo de control (Grupo O)
Resultados: El valor medio y la desviación estándar de los índices examinados para las poblaciones estudiadas fueron: GRUPO O (QRSD = 104.9 +/- 4.2 ms; RMS40 = 40.5 +/- 18.4 μV; LAS40 = 27.9 +/- 8.1 ms; var_QRSD = 5.4 +/- 1.1 ms); GRUPO I (QRSD = 105.6 +/- 15.4 ms; RMS40 = 37.0 +/- 26.1 μV; LAS40 = 34.7 +/- 12.4 ms; var_QRSD = 5.6 +/- 1.7 ms); GRUPO II (QRSD = 116.5 +/ - 20.0 ms; RMS40 = 24.5 +/- 18.1 μV; LAS40 = 46.4 +/- 20.3 ms; var_QRSD = 6.5 +/- 2.2 ms); GRUPO III (QRSD = 131.9 +/- 16.8 ms; RMS40 = 15.1 +/- 9.6 μV; LAS40 = 52.1 +/- 16.2 ms; var_QRSD = 8.7 +/- 3.1 ms). Aplicando la prueba estadística U de Mann-Whitnney, se ha encontrado que dos o más de los índices examinados presentan diferentes significativas cuando se comparan los grupos O-II, O-III, I-II, I-III y II-III. Ninguno de los 4 índices presenta diferencias estadísticamente significativas entre los grupos O y I.
Conclusiones: Los resultados encontrados permiten afirmar que el análisis temporal del ECG de alta resolución constituye una técnica de diagnóstico promisoria para evaluar el grado de daño miocárdico en enfermos chagásicos crónicos.

Modelo matemático del sistema cardiovascular. Simulación computacional de patologías. 022

Gesnouin GA, De Lorenzi A, Negroni JA

Docencia, Departamento de Matemática, Universidad Favaloro; Servicio de Ecocardiografía, Hospital Universitario, Fundación Favaloro; Docencia, Departamento de Fisiología, Universidad Favaloro Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Resolver matemáticamente un modelo que represente el sistema circulatorio total, e implementar un programa con una interfaz sencilla para usuarios de ciencias médicas e ingenieriles.
Materiales y métodos: El modelo es un circuito cerrado el cual conserva la volemia total. Se utilizó un lenguaje orientado a objetos para la realización del programa, el cual fue Borland C++ Builder montado en una computadora personal Pentium 4.
Resultados: Se obtuvo un programa capaz de generar latidos en forma continua con visualización de gráficos y datos hemodinámicos (figuras adjuntas). El modelo permitió la simulación de patologías valvulares (puras y asociadas) y miocárdicas, y la valoración del efecto de drogas. En cada caso se obtuvo información de presión, volumen y flujo de cualquier cámara o lecho vascular que pudiera interesar al usuario. Además se pudo apreciar cambios en la distribución de volumenes sanguineos en los distintos compartimientos.
Conclusión: El modelo y las patologías simuladas estuvieron de acuerdo con resultados clínicos y experimentales. El programa continúa con el desarrollo de nuevas herramientas y con la incorporación de simulaciones de patologías que involucran comunicaciones ventriculares y auriculares.



Acceso Radial en Angioplastia Coronaria en Septuagenarios. 023

Samaja GA, Rodriguez Saavedra AM, Fuks R, Flores Daud C, Costello R

Hemodinamia, Hospital de Alta Complejidad, Formosa, Formosa, Argentina;Instituto Denton Cooley, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Impacto de Edad > 70 años en un Programa de Acceso Radial en Angioplastia Coronaria (ATC) comparando Tasa de Éxito, Complicaciones y Confort con Pacientes (p) menores.

Material y Métodos: Evaluamos las 100 primeras ATC consecutivas por Acceso Radial en nuestros Servicios, realizadas por el mismo equipo. Comparamos las ATC a p > 70 años (Grupo A n: 46) con las realizados a p < 70 años (Grupo B n: 54).

Se analizaron: Características Clínicas, Éxito del Acceso (ATC completada por la vía elegida); Éxito de ATC (Flujo TIMI III y lesión residual <20% sin MACE); Muerte, IAM, ReATC o CRM urgentes, Stroke (MACE); Complicaciones Vasculares Mayores (Sangrado que requiere cirugía, transfusión o compromiso hemodinámico; Pseudo aneurisma; Fístula AV; Isquemia del Miembro y Daño Neural) y Menores (Hematoma, Neuritis);Tortuosidad Vascular; Confort de p según Escala de 0a10 (0 ideal a 2 gran molestia en 5 ítems: Confort del Procedimiento, Molestias en Sitio de Punción, Dolor en Espalda, Dificultades en Micción y al Caminar) y Elección de la Vía de Acceso por el paciente de requerir otra ATC

Resultados: Ver Tabla

	Edad	Hombres	Éxito Acceso	Éxito ATC	CV May	CV Men	MACE	Tortuosidad	Confort	Elección Radial
Grupo A n 46	75.5	28 (60%)	42 (91.3%)	39 (84.8%)	0 (0%)	3 (6.5%)	1* (2.1%)	16 (34.8%)	0.41	43 (93.5%)
Grupo B n 54	59.2	49 (90%)	51 (94.4%)	50 (92.6%)	0 (0%)	2 (3.7%)	0 (0%)	15 (27.7%)	0.25	52 (96.4%)
	0.001	0.01	NS	0.01	NS	NS	NS	0.05	0.01	NS

Conclusiones: Acceso Radial es buena alternativa en ATC a p añosos. Comparando con p más jóvenes, la Tasa de Éxito del Procedimiento es menor, probablemente por el mayor porcentaje de mujeres y mayor tortuosidad vascular en los mayores. La Tasa de Complicaciones Vasculares Menores es baja y en esta pequeña serie inicial no hubo Complicaciones Vasculares Mayores. El Procedimiento es confortable y los p prefieren Acceso Radial en una eventual nueva Intervención.

Angiolastia Primaria. Resultados del Hospital Español de La Plata 024

Grinfeld D, Cugat G, Parmisano JL, Fuertes F, Torrijos R, Pastene R, Grinfeld L

Hemodinamia, Hospital Español, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: la angioplastia primaria (AP) como tratamiento del infarto agudo de miocardio (IAM) es actualmente el tratamiento de elección cuando se pueda realizar la misma en las primeras 12 hs horas, con los mejores resultados en la primera hora y media, declinando los mismos luego de las 6 hs. Estos resultados mejoran con la AP facilitada.
Entre enero del 2004 y junio de 2005 se realizaron en nuestro hospital 43 AP, con un tiempo medio de presentación de dolor a la internación de 5±4 hs y un tiempo puerta-balón de 45±20 minutos.
Nuestra población fue de: 51.1% HTA, 58.1% de DLP, 9.3 % DBT, 39.5% tabaquistas y extabaquistas, 11.6 % con IAM previo, 9.3 5 % con ATC previa y 2.3 % con CRM previa.
Los infartos fueron: 58.1 % anteriores, 30.2 % inferiores, 16.2 % laterales, con 8 (18.6%) shocks cardiogénicos y 4 bloqueos A-V (9.3 %).
La arteria culpable fue en el 51.1% la DA, 30.2 % la CD, 16.2 % la Cx, 11.6 % el tronco de coronaria izquierda. La incidencia de enfermedad de múltiples vasos fue de 30.2 %.
Se utilizó inhibidores IIb-IIIa en el 23.2 % de los pacientes (pts), catéter de extracción de trombos coronarios (Diver) en el 6.9 % y Balón Intraaortico de Contrapulsación (BIAC) en el 9.3 % de los casos.
Resultados: el éxito angiográfico (TIMI 3) fue de 83.7 %, con 3 AP fallidas (TIMI 2 o no reflow), 4 óbitos intraprocedimiento (9.3 %) de los cuales 3 fueron shock cardiogénicos. Tuvimos 2 óbitos (4.65 %) periprocedimiento (en las primeras 24 hs). No se presentaron óbitos durante el seguimiento a 9±3 meses.
El seguimiento fue telefónico con una adhesión del 88 % y un seguimiento medio de 9±3 meses, 100 % continúan asintomáticos, 0 % requirieron nueva revascularización o intervención y 0 % fueron reinternacdos por causa cardíaca.
Conclusión: por los resultados obtenidos podemos concluir que nos encontramos dentro de los parámetros internacionales en el tratamiento del IAM.
La AP sigue siendo el patrón de oro en el tratamiento del IAM.

Angioplastia Carotidea con Implante de Stent en Pacientes de Alto Riesgo. 025

Martinez M, Desábato I, Hanna Ch, Bonelli J, Visentín M, Cuesta C, Cigalini C

Centro de Tratamientos Endovasculares, Sanatorio Británico; Diagnóstico y Tratamiento Endovascular, Sanatorio Los Arroyos, Rosario, Santa Fe; Centro de Tratamientos Endovasculares, Sanatorio San Martín, Venado Tuerto, Santa Fe Argentina

La angioplastia carotidea (AC) con implante de stent se ha convertido en una viable alternativa a la endarterectomia (EAC), especialmente en aquellos pacientes con alto riesgo de complicaciones perioperatorias.

Métodos: desde noviembre de 1997 a diciembre de 2005, se siguieron en forma prospectiva 98 pacientes considerados de Alto Riesgo para EAC, luego de haber sido tratados con AC.

Resultados: se incluyeron 98 pacientes, edad 68+/-7.9 años, sexo masculino 76,53%, edad mayor de 75 años 23,4%, diabetes 22,5%, hipertensión arterial 88,78%, oclusión controlateral 20.40%, EAC previa homolateral 4,08%, coronariopatía severa (66,32%), otras causas de comorbilidad 26,53%, sintomáticos 72,49%. En todos los pacientes se implantaron stents autoexpandibles, el 65,30% fueron realizados con protección cerebral (90,63% filtros y 9,37% balón de oclusión distal). El éxito de la intervención fue del 97,95% con dos fracasos técnicos (2.04%). Complicaciones intrahospitalarias: 1 muerte (1.02%), 1 ACV mayor (1.02%) y un accidente isquémico transitorio (1.02%). En un seguimiento promedio de 37 meses (rango 2 meses a 8 años) la sobrevida fue del 91,39%, no se registraron nuevos ACV homolaterales.

Conclusiones: la AC con implante de stent es un procedimiento factible y seguro, con satisfactorios resultados a largo plazo en pacientes con alto riesgo para EAC

Angioplastia de Tronco de Coronaria Izquierda, Experiencia en Nuestro Centro. 026

Grinfeld D, Parmisano JL, Cugat G, Fuertes F, Pastene R, Grinfeld L

Hemodinamia, Hospital Español, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La enfermedad de tronco de coronaria izquierda (TCI) aún es una patología de tratamiento quirúrgico, sin embargo, en ciertos grupos de pacientes (pts) la terapéutica endovascular mediante angioplastia transluminal coronaria (ATC) es una opción válida, ya que la mortalidad de la misma con tratamiento médico ha sido reportada entre el 30 y 50 % a 3 años.
Entre junio de 2000 y julio de 2005 se han realizado en nuestro centro 28 ATC de TCI, 18 de ellas (64.2%) fueron ATC con TCI protegido y 10 (35.7%) a TCI no protegido.
La población se dividió en 22 hombres (78.5%) y 6 mujeres (21.4%), con edad de 70±10 años. 53.7% presentaban HTA, 28.5% DBT, 67.8% DLP y 42.8% tabaquistas y extabaquistas. Cinco (5) pts tenían antecedentes de IAM (20.8%), 4 (14.2%) ATC previa, 18 (64.2%) CRM previa. Se utilizaron 9 stents liberadores de drogas (SLD) 32.1%.
Los pacientes se presentaron con: angina inestable (AI) 35.7%, angina estable (AE) 46.4%, IAM 17.8%, de estos 5 pts, 3 ingresaron en shock cardiogénico.
Los motivos de la realización de ATC y no CRM fueron por que los pts presentaban CRM previa, ingresaban por IAM, alta morbimortalidad perioperatoria, cáncer o enfermedad terminal o por negativa de los pts. a ser sometidos a CRM.
Resultados: el éxito angiográfico fue de 92.86%, con 3 óbitos intraprocedimiento (2 shocks, 1 IAM sin Shock) 10.7%, 1 óbito dentro de los 30 días (3.5%) y 5 óbitos (17.8%) durante el seguimiento desde junio de 1999 a julio de 2005.
La reestenosis angiográficamente confirmada fue de 10.71%, los 3 fueron stents convencionales.
Conclusión: debido a que la mortalidad de la enfermedad de TCI con tratamiento médico se encuentra en el orden del 30-50%, la ATC de TCI es una opción válida en el tratamiento de la coronariopatía en los pacientes indicados, sin embargo el tratamiento de elección aún sigue siendo la CRM.

Angioplastia Primaria al Vaso Responsable en el Infarto en Pacientes con Enfermedad de Múltiples Vasos. 027

Cigalini C, Desábato I, Hanna Ch, Visentín M, Bonelli J, Martinez M, Cuesta C

Centro de Tratamientos Endovasculares, Sanatorio Británico; Diagnóstico y Tratamiento Endovascular, Sanatorio Los Arroyos, Rosario, Santa Fe; Centro de Tratamientos Endovasculares, Sanatorio San Martín, Venado Tuerto, Santa Fe, Argentina

La Angioplastia Primaria (AP) al vaso responsable es la estrategia recomendada en el Infarto Agudo de Mlocardio (IAM). Sin embargo es frecuente la presencia de otras lesiones severas en múltiples arterias. Su verdadero impacto pronóstico muchas veces es infravalorado en relación a otros predictores.
Método y resultados: se analiza en forma prospectiva un grupo de 176 pacientes (P) con IAM tratados con AP dentro de las primeras 12 hs. de evolución, definiendo dos grupos: Grupo 1 pacientes con lesión de 1 solo vaso (1V) y Grupo 2 obstrucción de múltiples vasos (MV). Las variables continuas se compararon a través de un ANOVA y contrastes ortogonales. Para las variables cualitativas se utilizó el test chi cuadrado o test de Fischer. Las curvas del seguimiento se compararon a través de log-rank test. Los P con MV eran 4 años más añosos (p 0,011), tenían más infarto previo (p: 0,009), insuficiencia cardíaca previa (p: 0.008) y presentación en Killip C o D (p 0,05). El éxito del procedimiento fue mayor en el grupo 1 (98,9% vs 89,5%, p < 0,001) mientras que la mortalidad hospitalaria fue mayor en el grupo 2 (3,3 vs 14,5 %, p 0,008). En un seguimiento a dos años la sobrevida fue mayor en el grupo 1 (91,3% vs 79,77% p 0,0077) al igual que la sobrevida libre de eventos (84,79 vs 73,81% p 0.0264).
Conclusiones: la enfermedad de MV se asoció a una mayor mortalidad hospitalaria y peor evolución en el seguimiento. La recomendación de no tratar las lesiones en arterias no responsables debería reveerse a la luz de estos resultados.

Angioplastia Primaria en Pacientes Mayores de 75 Años, Resultados Hospitalarios y Seguimiento Alejado. 028

Desabato IA, Hanna C, Bonelli JM, Martinez M, Visentin M, Cigalini C

Centro de Tratamientos Endovasculares, Sanatorio Británico; Diagnóstico y Tratamiento Endovascular, Sanatorio Los Arroyos, Rosario; Centro de Tratamientos Endovasculares, Sanatorio San Martín, Venado Tuerto, Santa Fe, Argentina

Introducción: Debido al marcado incremento en la expectativa de vida, la población de pacientes añosos se encuentra en un continuo crecimiento. Sin embargo esta categoría de pacientes es frecuentemente excluida de los grandes estudios randomizados, resultando sus conclusiones inapropiadas para este grupo.
Objetivos: Analizar los resultados hospitalarios y en el seguimiento de un grupo consecutivo de pacientes con más de 75 años con diagnóstico de IAM que fueron tratados con Angioplastia como método primario de reperfusión.
Material y método: Se analizaron 42 pacientes con diagnóstico de IAM, mayores de 75 años, tratados con angioplastia, que ingresaron en un período comprendido entre el 07/00 al 10/05. Todas las variables fueron comparadas a través del test exacto de Fisher de dos colas, y el análisis del seguimiento se realizó a través de las curvas de Kaplan Meier.
Resultados: 42 pacientes, edad promedio 83 (+/- 5) sexo masculino 54,77%, tiempo de isquemia 4.02 (+/- 2.3) hs, infarto anterior 50%, KK C y D 28,56%, función ventricular con severo deterioro 35,7%, enfermedad de múltiples vasos 59.51%, tasa de éxito primario 85.71%, mortalidad hospitalaria 21.4%. La sobrevida global libre de eventos a 36 meses (+/- 14) fue del 66.66%.
Conclusiones: La ATPC primaria en pacientes con IAM > 75 años se asoció a una aceptable tasa de éxito primario, con una elevada mortalidad intrahospitalaria a expensas de los pacientes que ingresaron en K y K C-D y mala función ventricular. Los pacientes que sobrevivieron al período intrahospitalario tuvieron una baja tasa de eventos en el seguimiento.

Angioplastia Vertebral. Evolución Hospitalaria y Seguimiento. 029

Fava C, Valdivieso L, Lev G, Costantini R, Mollon A, Scaglia J, Mendiz O

Servicio de Cardiología Intervensionista, IcyCC, Fundación Favaloro, Capital Federal, Buenos Aires, Argentina

Objetivo: evaluar los resultados hospitalarios (H) y en el seguimiento de los pacientes que se les realizó angioplastia de las arterias vertebrales (ATPV).

Material y Método: desde Julio de 1996 hasta Febrero del 2006 se realizaron 500 procedimientos (ptos) de los vasos supraaórticos, en el 5.8% (29 ptos) se realizó ATPV. Se definió éxito angiográfico: (EA) lesión residual <30% y éxito clínico: al EA en ausencia de muerte, ACV> o cirugía de urgencia. La edad fue de 65±9.7 años, mayores de 80 años el 10.3%, sexo masculino 72.2%, DBT 24.8%, TBQ 41.3%, DLP 75.7%. Síntomas previos: TIA 24.1%, ACV 17.2%, mareos 17.2%, síncope 17.2%. Se trató la vertebral derecha en el 72.2%, izquierda en el 24.1 y bilateral en el 3.4%. Se realizó angioplastia de otro vaso supraáortico en 15 Ptos (51.7%).

Resultados: se implantó stent en el 100%, se obtuvo EA en 29 ptes. (100%) y EC en 28 ptes (96.6%), muerte 3.4% (ACV hemorrágico por perforación de una pequeña rama intracraneal en un pte. con estenosis de la arteria vertebral intracraneana) , ACV< 6.9% y TIA 3.4% (los eventos neurológios se relacionaron a la ATP carotídea). El seguimiento se realizó en el 100%, a 34.6±22 (3-70) meses, estaban asintomáticos 23 ptes (82.2%), muerte no relacionada 5 Ptes (17.8%). Se realizó eco-Doppler el 62% sin presentar reestenosis.

Conclusión: La ATPV es factible con alta tasa de éxito angiográfico y aceptable incidencia de complicaciones H y en el seguimiento alejado.

Diferencias entre Hombres y Mujeres en 1144 Angioplastias Coronarias Programadas. Resultados Inmediatos y Alejados 030

Meiriño A, Aparicio M, Bisogni C, Damonte A, Kozak F, Picabea E, Gamen M, Rossi M, Zapata G.

Hemodinamia, Cardiología Intervensionista; Unidad Coronaria, Cardiología clínica, Instituto Cardiovascular de Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Las manifestaciones y la evolución de la enfermedad coronaria en la mujer (M) son diferentes comparadas con el sexo masculino. Muchos resultados de ensayos clínicos al respecto son solo aplicables a los hombres (H) incluida la ATC.
Objetivos: comparar características clínicas, angiográficas y resultados inmediatos y alejados de M y H, sometidos a angioplastia coronaria (ATC) programadas (Pr).
Materiales y métodos: se analizó una base de datos de 1.144 pacientes (P) sometidos a ATC Pr en forma prospectiva y consecutiva, entre los años 1997 y 2003 realizándose seguimiento de los mismos a 1 año. Se realizó análisis uni y multivariado y curvas de Kaplan-Meier con log rank test.
Resultado: H 942 (82%) Edad promedio 59años +/- 10, M 202 (18%) Edad promedio 64 años +/- 11. Entre los factores de riesgo y antecedentes analizados no hubo diferencias significativas excepto para el tabaquismo (ver Tabla). En cuanto a las indicaciones de ATC y las características angiográficas de las lesiones y los vasos tratados tampoco hubo diferencias significativas entre ambos sexos. Se observaron diferencias en cuanto al uso de stents, la mortalidad intrahospitalaria y en los eventos duros intrahospitalarios (mortalidad, infarto y necesidad de revascularización MACE), no así en el seguimiento a un año.

	Hombres	Mujeres	p=
Tabaquismo	59,9%	28,2%	0,0001
Diámetro ref vaso	2,95 DE 0,55	2,85 DE 0,46	0,051
Uso de stent	73,9 %	59,2 %	0,0065
MACE	0,74%	0,98%	0,006

Conclusiones: en nuestra experiencia en las poblaciones comparadas encontramos diferencias en cuanto al tabaquismo como factor de riesgo, uso de stents y eventos intrahospitalarios

Disección Coronaria Espontánea Idiopática Tratada Médicamente: a Propósito de un Caso 031

Ittig A, De La Vega M, Juncos A, Giraudo M, Leonardi C, Pessah G

Hemodinamia, Cardiología, Hospital Córdoba, Córdoba. Córdoba, Argentina

Introducción: La disección coronaria espontánea es una patología poco frecuente, habitualmente sin causa aparente (idiopática), o asociada a lesiones coronarias ateroescleróticas, enfermedades sistémicas (vasculitis, enfermedades del colágeno), embarazo o puerperio inmediato, ejercicios violentos o traumatismos de tórax. Se han publicado diferentes estrategias terapéuticas, que van desde el tratamiento médico a la revascularización miocárdica con angioplastia o cirugía de by-pass.
Objetivo: Es presentar la evolución clínica y angiográfica a mediano plazo de una paciente con disección coronaria espontánea idiopática tratada médicamente.
Material y Métodos: Se trata de una mujer de 45 años, en la peri menopausia, con cuatro hijos sanos (el menor de 21 años), hipertensa, dislipémica y obesa, a la que se le realizó una cinecoronariografía por presentar un cuadro de angina post infarto de miocardio de cara antero-septal. Se objetivó una disección extensa de la arteria descendente anterior, que comienza en su segmento medio y compromete los orígenes de la segunda y la tercera ramas diagonales, con flujo TIMI 2, sin lesiones del resto del árbol coronario. El ventrículograma izquierdo puso en evidencia una disquinesia apical. Se la medicó con atenolol 100 mg/día, enalapril 10 mg/día, amlodipina 10 mg/día y aspirina 100 mg/día. Al cuarto mes de seguimiento, la paciente se encontraba asintomática. La coronariografía de control mostró a la arteria descendente anterior y sus ramas diagonales sin signos de disección y flujo TIMI 3, con persistencia de la disquinesia apical del ventrículo izquierdo.
Conclusiones: En este caso, el tratamiento médico de una mujer joven con diagnóstico de disección coronaria espontánea idiopática tuvo, a mediano plazo, buena evolución clínica y resolución angiográfica de la lesión.

El Implante de Células Stems Cd34+ Post IAM Mejora en Forma Prolongada la Función del VI. Y Evitaría la Reestenosis 032

Fernandez Viña R, Andrin O, Vrsalovick F, Saslavsky J, Muttis N, Murad Netto S, De Mouras R, Merlo ID, Adamo C, Fernandez Viña M.

Cardiologia Intervencionista, Cells Therapy, Fundación D. Roberto Fernandez Viña. Clinica San Nicolás, San Nicolás, Buenos Aires, Argentina. Cardiol Interv., Cells Therapy, Instituto de Post graduación de Cardiologia de Rio de Janeiro, RJ, RJ, Brasil. Inmunohematologia, Laboratorio, MD Anderson, Center Houston, Houston, Tx, USA

Treinta y dos que sufrieron Infarto de Miocardio Anterior extenso con 5h y hasta 72 horas de evolución y con lesión de único vaso fueron sometidos a PTCA primaria con Stents a la ADA. La Fey. VI. osciló entre el 21 y el 32 %. Entre los 7 y 12 días post IAM se les implantaron a través de la ADA y con oclusión de la Vena coronaria anterior células mononucleares autólogas CD 34+ y CD38- en una cantidad promedio de 22x10p6. Se efectuó a los 180 días una coronariografía y verticulografía y se observó permeabilidad de todos los Stents implantados y una mejoría de la FE de hasta un 76% en todos los pacientes con respecto a la FE basal. Todos los pacientes fueron controlados durante un período de hasta 2 años y se constató por ecocardiografía que no se produjo deterioro de la función contráctil y no hubo MACE, existiendo una sola muerte no relacionada. Este grupo fue comparado con un Grupo Control de 26 pacientes con IAM anterior extenso también con OC de único vaso y que fueron sometidos solo a PTCA con Stent y se observó solo un incremento del la FEy. de no más de un 35% con respecto a la basal a los 180 días y se objetivo un 23% de re-estenosis del Stent en un período de 2 años. En este grupo se constataron episodios de MACE en el 35% de los pacientes y hubo una Mortalidad alejada de 3 pacientes (1,10%) y se constató una perdida de la FEy. de un 16% con respecto al control de los 180 días.

Conclusiones: El implante de Células Madres (Stems Cells) mejora la performance del VI. luego del IAM la cual se mantiene alejada en el tiempo y pareciera evitar la re-estenosis coronaria post stenting al menos en forma inmediata.

Estenosis de la Arteria Renal: Prevalencia y Factores de Riesgo en Angiografías Programadas

033

Rubio MC, Scarlato P, Acosta HJF, Descalzi JO, Rubio CR, Pereyra Sueldo CA, Villalonga MI, Alvarez M.

Hemodinamia; Cardiología, Clinica Privada, Velez Sarsfield, Córdoba, Córdoba, Argentina.

Introducción: Estenosis de la arteria renal (EAR) es una patología a menudo no tenida en cuenta, y es una causa significativa de hipertensión refractaria a tratamiento e insuficiencia renal crónica entre adultos mayores. La prevalencia de EAR se incrementa con la edad, y particularmente con la diabetes, la insuficiencia coronaria y la hipertensión. La revascularización constituye la base de la terapéutica.
Objetivos: Valorar la prevalencia y factores de riesgo de EAR en nuestro medio en pacientes sometidos a estudio angiográfico.
Material y Métodos: estudio observacional, transversal, descriptivo, en el cual se estudiaron a 200 pacientes consecutivos que tenían indicación de arteriografía coronaria, de miembros inferiores o vasos del cuello en quienes se les investigó las arterias renales mediante arteriografía abdominal.
Resultados: EAR fue identificada en 34/200 pacientes (17 % - IC 95% 12,08-22,95%).
La EAR fue identificada en 22/88 pacientes (25 % - p=0.009) mayores de 70 años, en 14/51 (25,45 % - p=0.04) pacientes diabéticos y en 31/173 (17, 81 % p=0.0028) pacientes hipertensos.
Conclusión: La EAR es una entidad subdiagnosticada que debe ser investigada especialmente en pacientes mayores de 70 años, diabéticos e hipertensos con enfermedad cardiovascular o vascular periférica, aún sin que el paciente deba ser sometido a un estudio angiográfico.

Estrategia Intervencionista en la Angina Inestable de Alto Riesgo con Baja Utilización de IGP 2b3a

034

Bonelli J, Desabato I, Vicentin M, Hanna Ch, Martinez M, Cigalini C.

Centro de Tatamientos Endovasculares, Hemodinamia, Sanatorio Británico; Diagnóstico y Tratamiento Endovascular, Hemodinamia, Sanatorio Los Arroyos, Rosario, Santa Fe, Argentina. Centro de Tratamientos Endovasculares, Hemodinamia, Sanatorio San Martín, Venado Tuerto, Santa Fe, Argentina

Introducción: el uso de inhibidores de las glicoproteinas IIb/IIIa (IGP) en pacientes con angina inestable de alto riesgo (AIAR) asignados a estrategia intervencionista, se ha asociado con mejor pronóstico inmediato y alejado. Debido a su costo, en nuestro medio su utilización es restringida.
Objetivos: Analizar los resultados inmediatos y alejados en un grupo de pacientes con AIAR, tratados con angioplastia coronaria (AC) y baja utilización de IGP.
Material y métodos: se incluyeron 334 pacientes consecutivos con AIAR, entre 1/03 al 1/06. Todos los pacientes recibieron Clopidogrel previo al procedimiento. Las variables se compararon con el test exacto de Fischer bilateral ($p< 0.05$ significativo), para el análisis de seguimiento se utilizaron curvas de Kaplan Meyer y la comparación alejada de los subgrupos se realizó mediante el Log- Rank-Test.
Resultados: Nº 334 pacientes, edad 61.2 ± 10.3 años, sexo masculino 76.3%, uso de GPI 2.3%, Stents 94.7%. Exito primario 98.2%, en un promedio de 16.9 ± 9.8 meses de seguimiento la sobrevida global fue de 96.3%, con un 88.5% de sobrevida libre de eventos.
Conclusión: La AC en el tratamiento de la AIAR, con baja utilización de IGP, ha demostrado ser un procedimiento seguro y eficaz, con baja morbimortalidad en la población analizada.

Estudio Retrospectivo de Asistencia Circulatoria Mecánica con Balón de Contrapulsación Intraaórtico, 12 Años de Experiencia.

035

Cruz M, Conci E, Isa M, Quiroga W, Pacheco G, Balestrini C, Sala J, Serra C, Zelaya F.

Cardiología Intervencionista, Unidad Coronaria, Instituto Modelo de Cardiología Privado SRL, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: El Balón de Contrapulsación Intraaórtico (BCIA) es el dispositivo de asistencia circulatoria mecánica más utilizado. Objetivos: En pacientes (pac.) asistidos con BCIA evaluar: número, indicaciones, complicaciones, tiempo de contrapulsación y mortalidad. Comparar los datos con los del Benchmark Registry (BR).
Material y Métodos: 257 pac. con BCIA entre 1990 y 2002. Resultados: 194 pac. hombres y 63 pac. mujeres; edad promedio 61.9 años (22-81 años); pac diabéticos: 41; las tres Indicaciones más frecuentes: Infarto Agudo de Miocardio (IAM) complicado 86 pac., Shock postcardiotomía 66 pac. y Profilaxis de cirugía cardiovascular 43 pac. En los pac. con IAM complicado las tres indicaciones más frecuentes: Angioplastia Transluminal Coronaria 36%, Insuficiencia Cardíaca 32.6% y Complicaciones Mecánicas 14%. Complicaciones Mayores 10 pac (3.9%) y complicaciones menores 29 pac. Tiempo medio de contrapulsación 43.7 horas. Mortalidad Intrahospitalaria Total: 30.7%.
Conclusiones: La indicación más frecuente de uso de BCIA es la de IAM complicado; Baja tasa de complicaciones Mayores, coincidiendo con BR; Aún con baja tasa de complicaciones la mortalidad intrahospitalaria sigue siendo elevada, a diferencia de BR; menor tasa de mortalidad intrahospitalaria en los últimos 6 años de este estudio.

Evolución de la Angioplastía Coronaria con Múltiples Stents en Pacientes Diabéticos y no Diabéticos

036

Méndez Jensen F, Acevedo Miño M, Ramia L, Londero H, Bono J, Guzmán L.

Cardiología Hemodinamia e Intervenciones por Catéter, Sanatorio Allende, Córdoba, Córdoba, Argentina.

Objetivos: Establecer si la Diabetes Mellitus aumenta las complicaciones clínicas a mediano y largo plazo en pacientes con implante de múltiples stents coronarios no farmacológicos.
Material y Métodos: Estudio de cohorte histórico que incluyó a todos los pacientes sometidos electivamente a angioplastía con 2 o > stents coronarios no farmacológicos en forma consecutiva desde enero 2003 hasta septiembre del 2004. Los pacientes se dividieron en 2 grupos (diabéticos y no diabéticos). Estos fueron sometidos a un seguimiento clínico a mediano y largo plazo (a partir del alta hospitalaria desde el día 30 posterior al procedimiento) para analizar los puntos finales: índice de MACE (major adverce cardiac event) compuesto por mortalidad cardiovascular, infarto agudo de miocardio (IAM) y necesidad de nueva revascularización.
Resultados: se analizaron 143 pacientes incluyendo 109 no diabéticos (76,2 %) y 34 diabéticos (23,8 %). El rango de seguimiento fue de 45 días a 34 meses posterior al alta hospitalaria. La incidencia de MACE combinado fue de 20,7 % en diabéticos contra 23,7 % en no diabéticos (p: 0,744). La mortalidad ajustada a tiempo de seguimiento fue de 6,9 % en diabéticos contra 5,3 % en no diabéticos (p: 0,667). Asi mismo no se observó diferencias significativas en la incidencia de IAM y necesidad de nueva revascularización entre los grupos analizados (logaritmo de rango: p: 0,105; p: 0,889 respectivamente).
Conclusiones: Los pacientes diabéticos sometidos a angioplastía coronaria con 2 o > stents no farmacológicos presentan una evolución clínica a mediano y largo plazo similar a los pacienten no diabéticos.

Experiencia Institucional Inicial: Indicaciones, Seguridad y Eficacia del Implante de Filtros de Vena Cava Removibles

037

Graziano F, Weissheim N, Carmona G, Alvarez Gil D, Goncalves M, Pereda MM, Telayna JM.

Cardiología Intervensionista, Servicio de Hemodinamia, Hospital Universitario Austral (HUA), Pilar, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Demostrar la seguridad y eficacia del implante y remoción de filtros de vena cava en la prevención primaria o secundaria de eventos tromboembólicos.
Métodos: Entre agosto de 2001 y diciembre de 2005 se implantaron 17 filtros de vena cava (Definitivos: 7 y Removibles:10) en localización infrarenal por vía percutánea con cavografía pre y post implante. Se efectuó un análisis retrospectivo de FVC Removibles (FVCR) a través de revisión de sistema informatizado de historias clínicas.
Resultados: Se implantaron 10 FVCR (Optease=6 y Günther Tulip=4) en 10 pacientes (p) (femenino=6 masculino=4) con edad promedio de 61,1 años, por vía percutánea (femoral derecha=9 y yugular interna derecha=1). La cavografía control post implante no evidenció complicaciones asociadas al FVCR. El cuadro clínico inicial fue variado (Neoplasias=4 Enfermedad autoinmune=2 Fibrosis pulmonar severa=1 Fractura de cadera=1 y Tromboembolismo de pulmón=2), y el motivo del implante consistió en contraindicación de anticoagulación (AC) (8p), fracaso de AC (1p) y escasa reserva cardiopulmonar (2p). Fueron removidos 4 FVCR (Optease=1 Gunther Tulip=3), con un tiempo medio de permanencia de 14,7 días (entre 8 y 27). En solo 2 FVCR se observó material trombótico al momento de su remoción. Permanecen sin remover 6 FVC (Optease=5 Gunther Tulip=1), 1 por fallecimiento del p y los demás por criterios médicos hematológicos. El tiempo medio de seguimiento fue de 61 días (entre 8 y 236) sin evidencia clínica de eventos tromboembólicos primarios o secundarios fatales. Solo hubo 1 fallecimiento de causa no embólica.
Conclusiones: El uso de FVCR es una alternativa válida, segura y eficaz en la prevención de enfermedad tromboembólica fatal en grupos de pacientes seleccionados. En nuestra serie no se han registrado complicaciones clínicas con los FVCR que permanecen sin remover.

Grado de Blush Miocárdico como un Fuerte Predictor de Evolución en Infarto Agudo de Miocardio Tratado con Angioplastia

038

Zanuttini D, Retamar R, Bustos L, Rosa A, Labath L.

Hemodinamia, Cardiología, Hospital Cullen, Santa Fe, Santa Fe, Argentina.

Introducción: el grado de blush miocárdico (GBM) observado en la angiografía ultimamente es considerado tan importante como el flujo TIMI 3 final como predictor en la evolución de pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) tratados con angioplastia primaria (AP).

Objetivo: evaluar GBM y correlacionar con evolución hospitalaria.

Método: desde 07/2005 hasta 02/2006 29 pacientes (pts), 20,7% sexo femenino, con edad media de 55,6 años y menos de 12 horas de evolución de IAM, fueron sometidos a AP. La clase Killip de admisión fue III, IV y no clasificable en 13,8%. IAM de pared anterior en 34,5% y multiarteriales en 64,3%. El flujo coronario en la edmisión fue TIMI 0 en 17,2%. Post AP con implante de un stent fue reestablecido el flujoTIMI 3 en 86,2% con diámetro luminal mínimo final de 3,23 mm. El GBM final fue grado 0/1 en 48,3%, 2 en 13,8% y 3 en 37,9%.

Resultados:

GBM	0/1 (48,3%)	2 (13,8%)	3 (37,9%)	p
Muerte	3 (2 cardíacas)	0	0	0,045
Cirugía	0	0	0	NS
Re-IAM	0	0	0	NS
Re-ATC	0	1	0	NS

Conclusión: El GBM demostró en esta coorte de pacientes buena correlación con los resultados clínicos estando fuertemente asociado a mortalidad hospitalaria (GBM 0/1 mortalidad 21,4%, p 0,045).

Impacto del Tirofiban en el Grado Final de Blush Miocárdico y en Evolución Clínica, Post Angioplastia Primaria en IAM

039

Zanuttini D, Retamar R, Bustos L, Labath L.

Hemodinamia, Cardiología, Hospital Cullen, Santa Fe, Santa Fe, Argentina.

Introducción: en algunos estudios los inhibidores de glicoproteína IIb/IIIa en la angioplastia primaria (AP) mejoran la evolución clínica a corto y largo plazo de pacientes (pts) con IAM.
Objetivo: evaluamos el Tirofiban en el Blush Miocárdico (BM) final y en la evolución clínica hospitalaria y 30 dias.
Método: desde 07/2005 hasta 02/2006 29 pts consecutivos con IAM < 12 horas de evolución fueron tratados con AP. De ellos 12 (41.4%) recibieron Tirofiban vs 17 (58.6%) que no lo recibieron. Se indicó Tirofiban según trombo angiográfico intracoronario significativo y Flujo TIMI < 3.
Resultados: no hubo diferencias estadísticas en las características demográficas de los 2 grupos. Edad: 55,6 vs 52,5 años, femenino: 25% vs 11,7%. Diabetes: 16,6% vs 11,7%, IAM anterior: 41,6% vs 34,4%, KK >II: 8,3% vs 13,8%, tiempo del primer síntoma hasta la reperfusión: 271 vs 339 min, diámetro de referencia del vaso culpable 3,3 mm vs 3,1 mm, % de estenosis final 7% vs 4%, flujo TIMI 3 final 75% vs 94,2 %, en el grupo TIROFIBAN vs NO Tirofiban, respectivamente. Implante de stent 100% en los 2 grupos. El BM final y eventos cardíacos se describen en el gráfico.
Conclusión: el flujo epicárdico final (TIMI 3) fue alcanzado en 86,2% (25 pts) de los pts evaluados, pero un BM 3 (perfusión miocárdica normal) en solo 37,9% (11 pts). No hubo mejora inmediata én BM post Tirofiban, pero con tendencia significativa a disminuir la mortalidad hospitalaria.

	Grupo TIROFIBAN (n= 12)	Grupo sin IIb/ IIIa (n= 17)	p
BM 0/1 , %	50% (n= 6)	47% (n= 8)	NS
BM 2 , %	16,6% (n= 2)	11,7% (n=2)	NS
BM 3 , %	33,4% (n= 4)	41,3% (n= 7)	NS
Eventos cardiacos Hospital. y 30 días	8,3% (1 Re ATC)	17,6% (3 Óbitos)	0,064

Impacto del Ultrasonido Intracoronario en la Evaluación de la Reestenosis de Stent

040

Zanuttini D, Dalurzo J, Birollo O, Molinas R, Moles V.

Cardiología Intervencionista, UDIC, Clínica Nefrología, Santa Fe, Santa Fe, Argentina.

Introducción: El principal mecanismo de reestenosis de stent es la hiperplasia neointimal, algunos estudios describen otro mecanismo como es la insuficiente expansión (área seccional transversa < 80% de la media del área de referencia) entre un 20 a 50% de todas las reestenosis, menor porcentaje debido a insuficiente aposición y a falla en cubrir la extensión total de la lesión.
Objetivo: identificar mecanismo de reestenosis en stent implantado sin guía por IVUS (Ultrasonido intracoronario).
Métodos: desde Abril 2004 a Octubre 2005 de un total de 29 procedimientos de IVUS, 9 fueron realizados para evaluación de reestenosis de stent implantados previamente, media de 8,3 meses. La edad media de 52 años. Diabetes 22%. Fueron medidas las áreas de luz (L), stent (S), vaso (V), placa (PL= V - S) y neointima (AN= S - L). Los volúmenes de luz (VL), stent (VS), vaso (VV), placa (VP) y neointima (VN).
Resultados: sin complicaciones relacionadas al procedimiento. 7 stents (77,8%) presentaban insuficiente expansión, por no alcanzar el 80% de la media del área de referencia. Ver gráfico.
Conclusión: esta pequeña casuística intenta demostrar la utilidad del IVUS en la identificación del mecanismo fisiopatológico de la reestenosis de stent, diagnosticando la insuficiente expansión en alto porcentaje, asociada a hiperplasia neointimal.

7 stents hipoexpandidos

Área V	Área S	Área L	VS	VN
10,5 mm³	**5,8 mm³**	**3,2 mm³**	**92 mm≈**	**51 mm≈**

Implante de Stents Liberadores de Droga en Enfermedad de Multiples Vasos. 041

Mollon A, Scaglia J, Costantini R, Fava C, Lev G, Valdivieso L, Mendiz O

Hemodinamia, Cardiología intervensionista, Fundación Favaloro, Capital Federal, Buenos Aires, Argentina.

Se realizó un análisis retrospectivo de 126 pacientes (p) consecutivos con enfermedad de múltiples vasos en quienes se implantaron stents liberadores de droga (DES) desde junio de 2002 hasta febrero de 2006. La población presentó: edad promedio 64.2 años; diabetes 27p (21%); infarto agudo de miocardio (IAM) previo 30p (23%); cirugía de revascularización previa 18p (14%). Isquemia silente 28p (22%), angina crónica estable 43p (34%); sindrome coronario agudo no ST 54 (43%), sindrome coronario agudo ST 0 p. Se implantaron 317 DES en 310 lesiones coronarias (stents liberadores de rapamicina 128 y stents liberadores de paclitaxel 189) siendo el diámetro promedio de 3.0 mm y la longitud de 25 mm. La relacion stent / paciente fue de 2.5.
Se obtuvo éxito clínico en el 97% de la población (muerte intrahospitalaria 2.3%, IAM 0.7%)
Se efectuó seguimiento clínico extrahospitalario de 12 meses a 113 p (90%). Permanecieron asintomáticos 106p (94%) y sintomáticos 1p (0.8%). Eventos cardiovasculares mayores: ver tabla. Conclusiones: el implante de DES en pacientes con múltiples vasos presentó una baja incidencia de eventos cardiovasculares tanto en el período intrahospitalario como en el seguimiento alejado.

MACE	6	5.3 %
Muerte	4	3.5%
IAM	2	1.7%
TVR	2	1.7%

Implante de Stents Liberadores de Droga según el Sexo. 042

Mollon A, Scaglia J, Costantini R, Fava C, Lev G, Valdivieso L, Mendiz O

Hemodinamia, Cardiología intervensionista, Fundación Favaloro, Capital Federal, Buenos Aires, Argentina.

No se conoce con total certeza si el resultado de la angioplastia coronaria con stent liberadores de droga (DES) es diferente en mujeres y varones. Se realizó un análisis retrospectivo de 394 pacientes (p) consecutivos desde junio 2002 hasta febrero 2006 a quienes se les implantaron DES. Se compararon los resultados en 79 mujeres (m) y 315 varones (v). La población presentó (m vs v): edad 63.4 vs 63.6; diabetes 19 (24%) vs 67 (21%); infarto agudo de miocardio (IAM) previo 18 (23%) vs 69 (22%), cirugía de revascularización previa 3 (4%) vs 48 (15%); isquemia silente 13 (16%) vs 34 (11%); angina crónica estable 28 (35%) vs 138 (44%); sindrome coronario agudo no ST 36 (45.5%) vs 135 (43%), sindrome coronario agudo ST 2 (2.5%) vs 2 (1%). Se angioplastiaron múltiples vasos 38 (48%) vs 181 (57%);con diametro y longitud promedio del vaso tratado de 3.01 mm y 24 mm vs 3.02 y 24 mm, respectivamente. Se implantaron 107 vs 551 DES.
Presentaron éxito clinico 100% las m y 98.7% los varones (muerte intrahospitalaria 0.9%, IAM 0.32% en los v). Se logró un seguimiento del 91% de los pacientes con un promedio de 12 meses. Permanecieron asintomáticos 62 (86%) vs 260 (93%), sintomáticos 10 (12%) vs 12 (4.3%).(p NS)
Eventos cardiovasculares mayores (ver tabla). Conclusión: el implante de DES en esta población no presentó diferencias significativas en los resultados intrahospitalarios o extrahospitalarios.

	Mujeres	Varones	
MACE	4 (5.3%)	17 (5.9 %)	
Muerte	3 (4 %)	9 (3.1%)	p 0.7 NS
IAM	0	3 (1.1%)	p 0.4 NS
TVR	1(1.3 %)	5 (1.7%)	p 1 NS

Mejoría del Flujo Coronario Previo a la Angioplastia en el Infarto de Miocardio con la Administración Precoz de Clopidogrel. 043

Piraino R, Kirschmann D, Calenta C

Cardiología Intervensionista, Sanatorio Plaza, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Introducción: Estudios previos han demostrado la importancia de lograr un adecuado flujo coronario epicárdico lo antes posible en el contexto de la reperfusión con Angioplastia (ATC) en un Infarto Agudo de Miocardio (IAM).
Objetivo: Dada la relevancia de obtener un Flujo inicial TIMI 2-3, se evaluó si la administración precoz de Clopidogrel mejora el Flujo TIMI inicial.
Definiendo a Flujo TIMI "inicial" como el observado en la angiografía previa a la ATC Primaria.
Material y Método: entre 08/98 y 10/05 fueron tratados con ATC 150 pacientes (p) con diagnóstico de IAM. Fueron excluídos de este estudio aquellos p tratados con Fibrinolisis, y los que recibieron tienopiridinas durante la hora previa a la ATC.
Se conformaron 2 Grupos. El Grupo 1, 79 pacientes, que no recibieron tienopiridinas previo a la angioplastia, reclutados entre 08/98 y 06/02; y el Grupo 2, 71 pacientes, recibieron 300 a 600 mlg de Clopidogrel 1 hora o más previo a la ATC, incluídos entre 06/02 y 10/05. Se analizaron variables clínicas de presentación y angiograficas.
Resultados: El tiempo promedio de administración de clopidogrel previo a la ATC en el G2 fue de 111 minutos (60-180). La edad promedio del G1 fue de 68.5 y del G2 de 66.9 años. El 23.9% del G1 y 13.9% del G2 eran diabéticos (p=NS). El 14.1% del G1 y 19.7% del G2 se presentaron con Shock (p=NS). La arteria mas frecuentemente involucrada fue la Descendente Anterior, en el 53.5% del G1 y 50.6% del G2 (p=NS). En la angiografía previa a la ATC se observo Flujo inicial TIMI 2-3 de la arteria relacionada con el IAM en el 16.9% del G1 y 5.06% del G2 (p=.037;OR 0.32;IC 95% 0.08-1.12). Dos pacientes del G2 y ninguno del G1 sufrieron hemorragias que requirieron de transfusión a nivel del acceso vascular.
Conclusión: La administración temprana de Clopidogrel en un IAM no mejora el Flujo TIMI epicardico Inicial previo a la Angioplastia.

Nuevo Stent Zomaxx con Liberación de Zotarolimus. Estudio Comparativo con Ultrasonido Intracoronario Tridimensional. 044

Lasave LI, Abizaid A, Siqueira D, Beraldo P, Mattos LA, Staico R, Abizaid AS, Feres F, Sousa AGM, Sousa JE

Cardiologia Intervensionista, Hemodinámica, Instituto Dante Pazzanese de Cardiología, São Paulo, São Paulo, Brasil.

Introducción: El Stent ZoMaxx (ZX) se compone de una plataforma de última generación (Stent TriMaxx) (TX) y de un polímero de fosforil colina con liberación de Zotarolimus (ZL), un derivado de la rapamicina que demostró reducir la hiperplasia intimal (HI).

Objetivos: 1°: Evaluar el impacto del ZL en la reducción de la HI comparando el stent ZX con el stent TX en pacientes (Pt) con lesiones coronarias de novo. 2°: Evaluar los eventos cardíacos (EC) hospitalarios y al seguimiento.

Métodos: Se trataron 75 Pt ,40 Pt con stent ZX y 35 con stent TX. Se realizó análisis por angiografía cuantitativa (QCA) y con Ultrasonido Intracoronario (USIC). Se evaluaron los EC hopitalarios y al seguimiento: muerte, IAM, revascularización de la lesión alvo (RLA). En el seguimiento (+/- 5 meses) se analizó la pérdida tardía y la reestenosis binaria in-segment (RBI) por QCA, como también el volumen de HI y el % de obstrucción intrastent por USIC.

Resultados: la edad media fue 59 ± 8 años, 57% de sexo masculino, 29% eran diabéticos y en el 43% se trató la arteria DA, sin diferencias en las características basales de los grupos. No hubo EC hospitalarios. Al seguimiento la RBI fue 22,8% para el grupo TX y 2,5% para ZX (p=0,01; RR 9 IC 1,2-6,5), la RLA fue 14,2% vs 2,5% (p=0,07) y los EC fueron 22,8% para TX vs 5% para ZX (p=0,03). Se realizó QCA e USIC en el 90% (TX) y 95% (ZX) de los Pt:

	ZoMaxx	TriMaxx	
QCA (mm)	Media (DS)	Media (DS)	p
Pérdida Tardía	0,23 (0,25)	1,08 (0,47)	<0,001
Indice Pérd Tardía USIC	1,1 (0,11)	1,72 (0,72)	<0,001
Volumen HI (mm3)	5,15 (5,57)	54,48 (28,2)	<0,001
% Obstruc Stent	4,65 (3,62)	31,67 (15,9)	<0,001

Conclusión: este estudio comparativo, no randomizado, demuestra el impacto significativo del Zotarolimus en la reducción de la HI en los Pt tratados con stent ZoMaxx vs el mismo stent sin liberación del fármaco.

Prevalencia de Enfermedad de Arterias Renales en Aortografía Abdominal. 045

Kleiban A, Paolantonio D, Cardona M, Lopiccolo L, Flocco G, Vozzi C

Instituto de Intervenciones Cardiovasculares, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Objetivo: Determinar prevalencia de enfermedad arterias renales (EAR) con aortografía abdominal (AA) en población (pb) con ateroesclerosis en otros territorios derivada para angiografía diagnóstica (AD).
Material y método: estudio prospectivo, incluyó pacientes (pts) consecutivos derivados a Hemodinamia desde 12-04 a 12-05 para AD. Previa firma de consentimiento informado, finalizado el procedimiento se realizó AA con inyección a nivel origen de arterias renales. Excluidos: pts con sospecha clínica de HTA renovascular y derivados para angiografía renal. Características clínicas, demográficas, resultados angiográficos ingresados en Base de Datos usando Epi Info 2002 para su análisis. Definiciones: EAR: estenosis =o>20% de la luz del vaso. Estenosis significativa (ERS): mayor o igual 50%.
Resultados: De 194 pts, 171 AA adecuadas (91.4%). Características basales: Edad: 68.6+/-9.17años, 56% masculinos. Uremia: 42.9+/-34.06, Creatininemia:1.06+/-0.33. 74.9% HTA, 36.3%DBT, 48.5% DLP, 50.9% fumadores, 23.2% antecedentes familiares. Cinecoronariografía 75.4%, arteriografía miembros inferiores 19.3%, Vasos del cuello 5.3%. Enfermedad aórtica 93 pts (54.4%), EAR 25.4% (43 pts), ERS 9.4% (16 pts).
Conclusiones: 1) Adecuada AA en 91.4% pts. 2) Prevalencia EAR y ERS, 25% y 9.4% 3) Significado de estos hallazgos podría determinarse con estudio de seguimiento de esta pb.

Prevalencia De Lesión Severa De Arteria Descendente Anterior En Pacientes Con Bloqueo Completo De Rama Izquierda. 046

Feltes G, Lehite V, Zamora I, Sarjanovich R, Pessah G, Guzmán L

Hemodinamia, Departamento de Cardiología, Hospital Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina.

Objetivos. Determinar la correlación entre lesión severa del tronco de la arteria coronaria izquierda (TCI) o de la arteria descendente anterior proximal (ADAP) y la presencia de bloqueo completo de rama izquierda (BRI); analizar la prevalencia de factores de riesgo (FR) para coronariopatía y su relación con la presencia de BRI y lesiones coronarias severas.
Material y métodos. Se analizaron 1718 cinecoronariografías (CCG) realizadas en el Hospital Córdoba. Se tomaron dos líneas de estudio: 1) pacientes (P) con lesión severa de TCI o ADAP, en los que se determinó la prevalencia de BRI. 2) P con BRI, en quienes se analizó la anatomía coronaria.
Resultados. El 1º grupo incluyó 309 estudios con lesión severa de TCI o ADAP, con 15 casos de BRI (valor predictivo positivo 4.85 %). El 2º grupo incluyó 72 casos de BRI; 45.8% tenían coronarias normales; 31.9% otras lesiones; 20.8% lesiones severas de TCI o ADAP (sensibilidad del 20,8%). Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre la proporción de P con 4 FR y los que tenían 2 ($p< 0,02$) y 5 ($p< 0,001$).
Conclusiones. En la mayoría de los casos de BRI la etiología del mismo no fue isquémica. El hallazgo de BRI no acompañado de clínica y/o presencia de FR de coronariopatía, no constituiría por sí solo, una indicación de CCG.

Recanalización e Implante de DES en Oclusiones Totales Crónicas. 047

Costantini R, Mollon A, Scaglia J, Hoffmann L, Fava C, Lev C, Valdivieso L, Mendiz O

Hemodinamia, Cardiologia Intervensionista, Fundación Favaloro, Capital federal, Buenos Aires, Argentina.

Se analizaron los resultados intrahospitalarios y a mediano plazo de 41 pacientes (p) a quienes se les realizó ATC con implante de DES por oclusiones totales crónicas entre junio 2003 y febrero 2006. La población presentaba: edad promedio 59,6 años; varones 37 p (90%); hipertensión arterial 28 p (68%); diabetes 10 p (24%); cirugía de revascularización previa 2 p (4%); infarto agudo de miocardio previo 9 p (21%). Isquemia silente 8 p (19%); angina crónica estable 28 p (63%); síndrome coronario agudo no ST 7 p (17%). Presentaban enfermedad de múltiples vasos 21 p (51%) y calcificación severa 14 p (34%). La longitud promedio tratada fue de 39 ± 20 mm; se implantaron 38 (62%) DES c/rapamicina y 23 (38%) DES c/paclitaxel, siendo la relación DES/pte 1.5. Se obtuvo éxito técnico en 40 p (97.6%), oclusión aguda coronaria 1 p (2.4%) con éxito clínico en 40 p(97.6%). Se obtuvo un seguimiento promedio de 8 meses en 36 p (88%): ver tabla.
Conclusión: la recanalización e implante de DES en oclusiones totales crónicas presentó en esta población un alto éxito clínico con una baja tasa de complicaciones intrahospitalarias y en el seguimiento a mediano plazo una baja tasa de revascularización.

Asintomaticos	32 ptes	88.9%
Sintomaticos	1	2.8%
MACE extrahospitalarios	3	8.3%
Muerte No relacionada	2	5.5%
TVR (1 CRM – 1 Tto médico)	1	2.8%

Registro Rosarino de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista. Año 2004. Comité de Hemodinamia de Rosario. 048

Kirschmann D, Paolantonio D, Kozak F, Zangroniz P, De Sabato I, Gentiletti A

Comité Hemodinamia y Cardiologia Intervensionista, Sociedad de Cardiología, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Introducción: La información obtenida de Registros permite conocer la realidad de la práctica médica. El propósito del Comité de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista de la Sociedad de Cardiología de Rosario es recoger la información de los cateterismos diagnósticos y terapéuticos efectuados en todos los centros de Hemodinamia de la ciudad de Rosario.
Material y Método: Se envió una encuesta a todos los centros de Hemodinamia de la Ciudad. La respuesta fue obtenida en formato de papel o disquete. El Comité de Hemodinamia es responsable y fue encargada del análisis de los datos.
Resultados: Respondieron el 92.8 % de los centros encuestados. En el año 2004 se realizaron 6141 Cateterismos Diagnósticos. De los cuales 4007 fueron Coronariografías. Asimismo se realizaron 1268 Angioplatias Coronarias. Se efectuaron ATCs de múltiples vasos en el mismo acto en el 15.37% de los procedimientos. El 5.04% de los pacientes tratados presentaron isquemia inducida (Asintomático), el 15.8% fueron angioplastiados por Angina Crónica Estable, el 63.4% por Angina Inestable y el 15.69% por Infarto Agudo de Miocardio. El Stent fue el dispositivo más utilizado, en el 97.5% de los pacientes tratados. Se emplearon Stent liberadores de Fármacos en el 10.91% de los Stents implantados. Se reporta un 97.1% de éxito y 1.12% de complicaciones mayores intrahospitalarias para el grupo tratado por Angina Estable e Inestable. Y un éxito del 92.4% con 7% de complicaciones mayores intrahospitalarias en el grupo de pacientes tratados en el contexto de un IAM.
Conclusiones: Debido al alto grado de participación de los centros de Rosario se considera a la información presentada como representativa de la actividad hemodinámica realizada en Rosario durante el año 2004.

049 Relación del Area de Ateroma y Factores de Riesgo Coronario. Estudio con Ultrasonido Intravascular en el Tronco Coronario Izquierdo

Kozak F, Damonte A, Bisogni C, Garcia F, Rossi M, Gamen M, Dogliotti A, Picabea E

Cardiología Intervencionista y Hemodinamia, ICR, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Objetivo: Evaluar la relación entre el área del ateroma (AA) en el tronco coronario izquierdo (TCI) mediante ultrasonido intravascular (IVUS) con los factores de riesgo coronario (FRC).
Métodos: Se realizó IVUS a 59 pacientes en procedimientos diagnósticos o terapéuticos de los vasos epicárdicos, en quienes se analizó el TCI. Sitio analizado: mínima área luminal. Area de referencia: menor cantidad de placa. Se efectuaron mediciones directas y derivadas. El AA (mm2) se calculó: Area del vaso menos área lumen. Otros cálculos indirectos: burden (%), índice remodelamiento y exentricidad a nivel del segmento analizado. Se evaluó mediante test de Fisher, T student y regresión múltiple.
Resultados: La mediana del AA fue 6.3 mm2 . La población se dividió en cuartilos según los valores de AA, tomando al 1er y 4to cuartilos, a los que se los relacionó con los FRC.
La edad se asoció a mayor AA. Tres o más FRC mostraron una asociación limítrofe. El análisis de regresión múltiple mostró que la edad (p:0,022) y el sexo masculino (p:0,04) fueron variables independientes asociadas a mayor AA.
Conclusiones: 1. La edad y el sexo masculino, en este grupo de pacientes, se asociaron a mayor área de ateroma en el tronco de la coronaria izquierda. 2. Los pacientes con 3 o más factores de riesgo coronario mostraron una asociación limítrofe, quizás influenciada por el escaso tamaño de la muestra.

	1er cuartilo	4to cuartilo	p
Edad	55+/-12	62+/-8	0.029
3 o mas FRC	1/15	8/17	0.065
Hombres	11/15	17/17	0.6
HTA	9/15	13/17	0.78
DBT	2/15	3/17	1
Dislipemia	4/15	8/17	0.5
Tabaquismo	4/15	8/17	0.5

050 Resultados del Implante de DES en Lesiones de By Pass Venosos.

Scaglia J, Mollon A, Hoffmann L, Costantini R, Fava C, Valdivieso L, Lev G, Mendiz O

Hemodinamia, Cardiologia Intervencionista, Fundación Favaloro, Capital Federal, Buenos Aires, Argentina.

La angioplastia coronaria (ATC) con stents "bare" en by pass venosos presenta resultados menos satisfactorios frente ATC de vasos nativos. Los resultados del implante de stents liberadores de droga (DES) en by pass venosos son inciertos. Entre agosto de 2003 y febrero de 2006 se realizaron en 16 pacientes (p) ATC a by pass venosos con implante de DES. La población presentaba edad promedio de 69.7 años; sexo masculino 16p (100%); hipertensión arterial 15p (94%); diabetes 6p (37%); isquemia silente 4p (25%); angina crónica estable 7p (44%); síndrome coronario agudo no ST 5p (31%).
Se obtuvo éxito clínico en todos los pacientes.
A un seguimiento promedio de 6 meses del 100% de los pacientes, uno falleció de causa no relacionada (6.3%) y dos presentaron reestenosis que requirió nueva ATC (12.5%).
Los restantes 13 p (81.3%) permanecen asintomáticos libre de eventos.
Conclusión: en esta pequeña serie los resultados de la ATC con DES en by pass venosos son promisorios en relación a los resultados históricos de la ATC con "bare" stents.

	SLS	SLP	p
Pérdida tardía intrastent, mm	0,24±0,2	0,41±0,3	0,006
RBI, n	2 (5,6%)	2 (5,6%)	0,8
Volumen de HI, mm3	0,38±0,3	0,96±0,8	0,006
% Obstrucción del stent	6,2±4,1	14,1±13,5	0,009
RLA, %	0%	3,7%	0,6

051 Resultados Intrahospitalarios y a Largo Plazo de la Angioplastia con Stents Liberadores de Fármacos.

Alvarez A, Ordoñez F, Alvarez Iorio C

Cardiología Intervencionista, Hospital Privado del Sur, Bahia Blanca, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Los stents farmacológicos (std) han tenido un impacto positivo en la evolución de los pacientes sometidos a angioplastia coronaria (atc) ya que han demostrado disminuir la restenosis y en consecuencia todos los eventos coronarios.
Objetivo: Analizar retrospectivamente los resultados intrahospitalarios y alejados (> de un año) de los pacientes sometidos a atc con std.
Material y Métodos: Desde 1/04 al 2/05 se analizaron 50 pacientes (p) consecutivos a quienes se implantaron 58 std en 52 vasos con una media de edad (66 años) y 30 % eran femeninos, DBT (26%), HTA (72%), DLP (44%), TBQ (10%), IAM previo 9 p (18%), CRM previa 2 p (4%), atc previa 7 p(14%), con angina inestable 49 p (98%).El 85% tenían lesiones tipo C, se trató la arteria DA en el (68%), la CD (9%), CX (8%) y TCI (4%). El 22% fue tratado por restenosis intrastent, la media de los diámetros de los vasos fue de 2.9mm y la de la longitud de 17.2 mm. El seguimiento fue entre 12 y 25 meses (media 18).
Resultados: No hubo eventos intrahospitalarios y en el análisis al año de evolución hubo 2 re atc con std (4%) y 1 óbito por trombosis tardía de 1 std en tronco por supresión de los antitrombóticos (2%).
Conclusiones: Los resultados en nuestra población son concordantes con los publicados en la literatura demostrando que el procedimiento es seguro y eficaz, produciéndose en el largo plazo una dramática reducción de los eventos mayores a expensas de una significativa disminución de nuevos procedimientos de revascularización.

052 Salida de Diálisis Tras Angioplastia del Tronco de Coronaria Izquierda.

Alvarez M, Rubio C, Rubio M, Acosta H, Arieti L, Trillo L, Sgarlatta H

U. Coronaria; Hemodinamia, Cardiología, C. Velez Sarsfield, Córdoba, Córdoba, Argentina.

Objetivo: Presentar un caso que demuestra la mejoría hemodinámica tras la reperfusión del miocardio hibernado.
Introducción. Es una situación compleja la del paciente con cardiopatía isquémica severa y bajo volumen minuto, ya que si no se resuelve el proceso isquémico, el deterioro de la función renal oscurece el cuadro clínico.
Métodos y Resultados. Paciente masculino de 76 años, con antecedente de cardiopatía isquémica severa con fracción de eyección de 35% y con insuficiencia renal crónica, se internó por angor inestable, oliguria e hiperkalemia. Entró en plan de diálisis diaria y se realizó coronariografía que informó lesión severa del tronco de Coronaria izquierda, por lo que se realizó angioplastia con stent a dicha lesión y es dado de alta sanatorial. Dos meses después, presentó fracción de eyección de 51% y comenzó con diuresis espontánea por lo que se lo retiró del plan de diálisis.
Conclusión. Es un claro ejemplo clínico de mejoría hemodinámica y franca recuperación de la función ventricular tras la reperfusión del miocárdio hibernado.

Stent con Sirolimus vs Paclitaxel para Inhibir la Hiperplasia Intimal en Lesiones Complejas. Análisis Volumétrico con USIC

053

Lasave LI, Sánchez A, Feres F, Abizaid A, Mattos LA, Staico R, Tanajura LF, Abizaid AS, Sousa AGM, Sousa JE

Cardiologia Intervensionista, Hemodinámica, Instituto Dante Pazzanese de Cardiología, São Paulo, São Paulo, Brasil

En lesiones coronarias poco complejas (A-B1) los stents liberadores de medicamentos, tanto Sirolimus (SLS) como Paclitaxel (SLP), han demostrado reducir la hiperplasia intimal (HI) y la reestenosis comparados con los stents convencionales. El objetivo primario de este estudio fue comparar el SLS vs SLP en la reducción de la hiperplasia intimal evaluado por Ultrasonido Intracoronario (USIC) a los 8 meses en lesiones coronarias complejas. El objetivo 2° fue evaluar la presencia de eventos cardíacos (EC) hospitalarios y al seguimiento.

Métodos: Se randomizaron 52 pacientes (Pt) con 72 lesiones. Se trataron 25 Pt (36 lesiones) con SLS y 27 Pt (36 lesiones) con SLP. Se realizó angiografia cuantitativa (QCA) y USIC luego del implante y a los 8 meses. Se evaluaron los EC: muerte, IAM, reestenosis binaria intrastent (RBI) y revascularizacion de la lesión alvo (RLA).

Resultados: La edad media fue 60±10 años, 29% eran diabéticos, el 83% de las lesiones eran B2/C, la media de stent por lesión fue 1,5. Los grupos fueron similares en las caracteristicas basales y no hubo EC hospitalarios. Al seguimiento no hubo diferencias en los EC y se observó:

	SLS	SLP	p
Pérdida tardía intrastent, mm	0,24±0,2	0,41±0,3	0,006
RBI, n	2 (5,6%)	2 (5,6%)	0,8
Volumen de HI, mm3	0,38±0,3	0,96±0,8	0,006
% Obstrucción del stent	6,2±4,1	14,1±13,5	0,009
RLA, %	0%	3,7%	0,6

Conclusión:En lesiones coronarias complejas, los SLS presentaron mayor reducción de la HI, con menor pérdida tardia a los 8 meses en comparación con los SLP. Sin embargo, no se observaron diferencias en RBI ni en eventos clínicos en este período de seguimiento.

Stenting Coronario Directo. Experiencia en un Centro Hospitalario.

054

Najenson M, Sansoni G, Beloscar J, Robiolo A, Zangroniz P

Cardiología Intervencionista, Cardiología Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Objetivos: 1) Analizar la factibilidad y seguridad de la técnica de stenting directo (SD) en las intervenciones coronarias percutáneas (ICP) en la práctica cotidiana. 2) Comparar los resultados, las complicaciones y la duración del procedimiento de esta técnica vs. la técnica convencional de predilatación y stenting. (PS).

Material y métodos: evaluamos en forma retrospectiva las ICP realizadas desde el 1/10/03 hasta el 31/12/05. En ellas comparamos los resultados (angiográficos y clínicos), las complicaciones y la duración de los procedimientos de los pacientes tratados con SD vs los tratados con PS.

Resultados: se trataron 262 pacientes. Grupo I (pacientes con SD): 56 pacientes. Grupo II (pacientes con PS): 206 pacientes. No hubo diferencias significativas (DS) con respecto a los resultados angiográficos y clínicos entre ambos grupos. Tampoco hubo DS en cuanto a las complicaciones mayores. La duración del procedimiento fue significativamente menor en el GI (29,2±12,9 min.) que en el GII (44.3±18,8 min.)

Conclusiones: El SD es en la práctica cotidiana y en casos seleccionados una técnica factible, segura y efectiva que permite realizar las ICP en menor tiempo.

Stents Metálicos vs Liberadores de Medicamentos para el Tratamiento de la Arteria Descendente Anterior. Evolución a Dos Años.

055

Lasave LI, Sánchez A, Abizaid A, Mattos LA, Staico R, Maldonado G, Abizaid AS, Feres F, Sousa AGM, Sousa JE

Cardiologia Intervensionista, Hemodinámica, Instituto Dante Pazzanese de Cardiología, São Paulo, São Paulo, Brasil.

El tratamiento de la arteria descendente anterior (ADA) presenta mayor morbi-mortalidad durante el procedimiento y al seguimiento. En comparación con los stents metálicos (SM), los stents liberadores de medicamentos (SLM) han demostrado reducir la reestenosis y la nueva revascularización pero sin diferencias en eventos cardiacos mayores (ECM) como IAM o muerte.

El objetivo de este estudio es evaluar a mediano plazo la presencia de ECM en el tratamiento de la ADA comparando SLM con SM.

Métodos: Se incluyeron 341 pacientes (Pt) con tratamiento aislado de la ADA. En 178 Pt se utilizó SLM y en 163 SM. Se analizaron las características clínicas y angiográficas y se realizó seguimiento clínico (± 24 meses) en todos los Pt, evaluando la presencia de ECM: muerte cardiaca (MC), IAM, revascularización de la lesión alvo (RLA). Con las variables más importantes se realizó un análisis multivariado (AM).

Resultados: La edad media fue 60±11 años y 27% eran diabéticos. No hubo diferencias en la mayoría de las características basales entre los grupos. El grupo SM presentó stents de mayor diámetro (3,1±0,3 vs 2,9±0,3:p=0,001) y una tendencia a menor longitud (18,2±5,6 vs 19,4 ±6,1: p= 0,06). En el AM las variables edad (p=0,02), fracción de eyección (p=0,0007) y SM (p=0,02) fueron predictores independientes de mortalidad cardíaca.

Conclusión: En este grupo de pacientes con tratamiento aislado de la ADA los SLM presentaron menor incidencia de ECM incluyendo mortalidad cardíaca. El tipo de stent, la fraccion de eyección y la edad fueron predictores independientes de MC.

Eventos	SM	SLM	p	RR (IC 95%)
MC	14 (8,59%)	4 (2,25%)	0,013	0,26 (0,1-0,7)
RLA	23 (14,11%)	2 (1,12%)	0,0001	0,07 (0,02-0,23)
IAM	8 (4,91%)	3 (1,69%)	0,18	0,34 (0,09-1,19)
ECM	48 (29,45%)	15 (8,43%)	0,0001	0,26(0,16-0,44)

Tratamiento de la Insuficiencia Cardiaca Refractaria con Implante de Stems Cells en la Miocardiopatía Coronaria Crónica.

056

Fernandez Viña RJ, Andrin O, Saslavsky J, Vrsalovick F, Fernandez Viña RF, Muttis N, Dádamo C, Murad Neto S, De Moura R, Merlo I

Fundación «Don Roberto Fernandez Viña», Cardiolgía Intervensionista, Clinica San Nicolás, San Nicolás; Universidad Maimonides, Investigación Biológica, Facultad de Medicina, Buenos Aires, Argentina; Instituto de Post Graduación de Cardiolgia, Universidad Fulminense; Inst. de Crianzas y Corazón, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Antecedentes: Algunos trabajos revelan que la terapia celular puede mejorar la función ventricular en pacientes infartos crónicos y con insuficiencia cardiaca por generación de miocardiocitos a través de transdifenciación de las Stems cells.

Objetivos: Demostrar que el implante de Stem cells Autologas implantadas por vía Venosa retrógrada coronaria puede generar Miogénesis, mejorar la contractilidad de áreas necróticas al reducir las Áreas de infartos crónico (escaras).

Método:19 pacientes (17 hombres y 2 mujeres) que presentaban Insuf. cardiaca C.F. III-IV refractaria al tratamiento médico, con antecedentes de IM con Ecocardiogramas con Fr. Ey. entre el 25% y el 29%,con Cámara Gammas con isquemia peri necrótica en los 20 sectores infartados y con Fr.Ey Ventriculográficas entre 25% y 27%. fueron sometidos a un implante celular con Stems cells (CD34+) el cual se efectuó en forma retrograda a través del Seno Venoso Coronario.

Resultados: A partir de los 7 días del implante los pacientes mejoraron sus episodios de I.C, y se objetivó un incremento de contractilidad parietal a los 30 días, con mejoria de la contractilidad regional de 28%(+-2) en los sectores hipoquineticos por ecocardiografía. En las Ventriculografía (90 días) se detectó reducción leve de las áreas de Aquinesia (13%), con mejoría de la contractilidad de los sectores hipoquineticos perinecróticos.

Conclusiones: La vía retrógrada venosa coronaria es un excelente método de implante de Stems cells en territorios inadecuadamente prefundidos, la mejoría de la FEy. se debió a Angiogénesis, causando la mejoría de la contractilidad de sectores viables lo que produjo el incremento de la F.Ey en un 22 % valorado por Ecocardiograma y de un 24 % con la Ventriculografía. Se detectó una escasa recuperación en la contractilidad de las escaras. Clínicamente todos los pacientes mejoraron su actividad funcional, 14 de los 19 pacientes han cumplido el año de evolución y se encuentran asintomático o en C.F.1.

Tratamiento de la Isquemia Crónica de Miembro Superior con Prostaglandina E1 Intra-Arterial: a Propósito de un Caso. 057

Ittig A, Leonardi C, Ludueña S, Rodríguez Arias J, Moll F

Hemodinamia, Cardiología, Sanatorio 9 de julio, Santiago del Estero, Santiago del Estero, Argentina.

Introducción: La isquemia crónica de miembro superior es un síndrome clínico poco frecuente. Su etiología y tratamiento se relacionan con la localización y el calibre del vaso afectado. Las prostaglandinas son potentes vasodilatadores y antiagregantes plaquetario, utilizados para la oclusión de pequeñas arterias distales.
Objetivo: Es presentar los efectos clínicos y cambios angiográficos, inmediatos y a mediano plazo, tras la administración intra-arterial de prostaglandina E1 (PGE1) en una paciente con isquemia crónica de miembro superior.
Material y Métodos: Se trata de una mujer de 84 años, sin antecedentes clínicos de enfermedades inmunológicas ni hematológicas, que presentaba dolor, cianosis, frialdad y rigidez progresiva del extremo distal del dedo mayor de la mano izquierda, refractario al tratamiento con analgésicos y vasodilatadores por vía oral. Los pulsos humeral y radial homolaterales estaban presentes. En la arteriografía selectiva, las arterias subclavia, axilar, humeral, radial, cubital e interóseas no presentaban obstrucciones ni malformaciones. El arco palmar profundo se encontraba permeable, con oclusión en el origen de la rama interósea del tercer espacio. La PGE1 (alprostadil 20 microgramos alfa-ciclodextrina 647,7 microgramos) fue administrada disuelta en 50 cc de solución fisiológica en la arteria humeral homolateral a través de una vaina introductora de 4 French, en cinco sesiones (una cada 72 horas). Luego se realizó una angiografía de control que mostró marcada vasodilatación del sistema arterial del arco palmar profundo, con visualización por circulación colateral de la rama interósea del tercer espacio. Clínicamente el dolor calmó, y el dedo recuperó su color, temperatura y motilidad normal, manteniéndose dicha mejoría en el control anual.
Conclusiones: En este caso, la administración intra-arterial de PGE1 produjo un beneficio clínico y angiográfico inmediato y al año de evolución.

Tratamiento del Pseudoaneurisma Femoral Postcateterismo por Compresión Guiada Ultrasónica 058

Alvarez A, Ordoñez F, De Loredo R, Carpio R, Alvarez Iorio C

Cardiología Intervensionista, Hospital Privado del Sur, Bahia Blanca, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: el seudoaneurisma femoral (sf) es una complicación importante y relativamente frecuente (2-3%) del cateterismo. Nuestro propósito es evaluar nuestra tasa de éxito en su tratamiento por compresión guiada ultrasónica.

Métodos: Se analizaron 26 pacientes (Pts.) consecutivos con sf diagnosticados (d) por clínica y ultrasonido, edad 65,7 (44-89), 14 varones (61,5%), Hipertensión arterial 21 (80,8%), Dislipémicos 18 (69,2%), Diabéticos 5 (19,2%), Sobrepeso 5 (19,2%), medicados con aspirina 26 (100%), Clopidrogrel 10 (38,5%), Heparina 7 (26,9%), en 17 Pts. (65,4%) el d se realizó antes de las 72 horas, el resto antes de los 7 días excepto 1 al mes, 16 Pts. (61,5%) fueron cateterismos diagnósticos y 10 Pts. (38.4%) Angioplastias, el diámetro máximo del sf fue 10mm-62mm (media 29,1), cuello 2-6mm (media 3,6mm). Se realizó compresión guiada por ultrasonido, seguida con implantación de Femorostop por 12 horas, con nueva evaluación clínica y ultrasónica a las 24 horas. Hipnoanalgesia en el 100% de los Pts.

Resultados: Se obtuvo el cierre total en todos los casos (100%) sin registrarse complicaciones. En 21 Pts.(80,7%) la curación se produjo antes de los 35 minutos (m), y en el resto a los 60 m o antes.

Conclusiones: En una reducida pero compleja población, el tratamiento por compresión bajo guía ultrasónica del sf demostró ser una técnica suficientemente segura, fácilmente implementable, eficaz, bien tolerada, pudiéndose constituir en un procedimiento de primera elección en manos experimentadas.

Tratamiento Endovascular del Stroke Isquémico Agudo 059

Paulino MJ, Zampa CL. Colaboradores: Oliva MA, Gioino CG, Blencio S, Moyano AG

Cardiología, SHECI S.A., Córdoba, Córdoba, Argentina.

Introducción: El Stroke se define como un evento de inicio súbito causado por falta de flujo sanguíneo al tejido cerebral, el cual resulta en daño irreversible al mismo. Constituye la 3° causa de muerte y 1° de invalidez en el mundo. Aproximadamente el 80 % de los ictus isquémicos son oclusivos, por lo que el empleo de drogas trombolíticas que logren la recanalización arterial con mínimos efectos sistémicos se a convertido en una nueva estrategia terapéutica de esta patología.
El tratamiento agudo esta dirigido a salvar la penumbra isquémica, por ello la intervención temprana es de suprema importancia. Actualmente la terapéutica utilizada para los infartos de menos de 3 horas de evolución es el activador tisular del plasminógeno recombinante (rt-PA) intravenoso (IV). La necesidad de ofrecer alternativas de tratamiento a los pacientes que están fuera de esta ventana terapéutica llevo a la utilización de trombolisis intraarterial (IA).
Objetivos: Mostrar el advenimiento de la trombolisis (IA) como método efectivo de tratamiento en el stroke isquémico.
Material y métodos: Presentación de un caso clínico.
Conclusiones:En éste momento, la trombolisis IV con rt-PA es la única terapéutica aprobada para el tratamiento del infarto encefálico (FDA). La trombolisis IA es una técnica prometedora y en pleno desarrollo, tiene la ventaja de utilizar menores dosis de fármaco lo cual disminuye el número de complicaciones sistémicas; además permite evaluar de inmediato la eficacia de la recanalización arterial.
Se aguardan los resultados finales de ensayos que combinan la trombolisis IA e IV, con informes preliminares prometedores.
El objetivo primario de esta nueva estrategia terapéutica es mejorar el pronóstico funcional de los pacientes con stroke, reduciendo así la mortalidad.

Ultrasonido Intracoronario para Evaluar Estenosis Moderadas de Tronco de Coronaria Izquierda. 060

Zanuttini D, Dalurzo J, Birollo O, Molinas R, Moles V

Hemodinamia, UDIC, Clínica Nefrología, Santa Fe, Santa Fe, Argentina.

Introducción: factores anatómicos comprometen la evaluación angiográfica del tronco de coronaria izquierda (TCI), en angiografías no conclusivas en lesiones moderadas el ultrasonido intracoronario (IVUS), con sus criterios satisfactorios para intervención (estenosis > 50%, diámetro mínimo de luz < 2 mm y/o área mínima absoluta de luz < 6 mm2) es confiable para la conducta definitiva.
Objetivo: evaluar seguridad y confiabilidad del USIC en lesiones moderadas del TCI.Métodos: desde Abril 2004 a Junio 2005 de un total de 28 procedimientos de USIC, 5 fueron realizados para evaluación diagnóstica de TCI. La edad media de 52,3 años. Hipertensión 40%, Tabaquismo 60% y dislipemia 60%. No diabéticos.
Resultados: sin complicaciones relacionadas al procedimiento. Un pt presentó los 3 criterios de severidad por lo que se indica cirugía de revascularización miocárdica, 2 pts presentaron un criterio de severidad, se realizó una angioplastia en otro vaso no relacionado. 2 pts no presentaron ningún criterio de severidad, en 1 pt se realizó ATC de otra arteria y en otro pt se continúa con tratamiento médico. En seguimiento a 6 meses no se presentaron eventos cardiacos mayores.
Conclusión: esta pequeña casuística intenta demostrar el IVUS como un método seguro, y confiable en el diagnóstico y en la toma de conducta de lesiones moderadas de TCI, considerando sus criterios de severidad.

	(% estenosis) QCA	IVUS	(Diám.o luz min.) QCA	IVUS	(Área min luz) IVUS
Paciente 1	24 %	64%	2,3 mm	2,0 mm	4,7 mm²
Paciente 2	49%	54%	2,5 mm	3,3 mm	7,6 mm²
Paciente 3	31%	48%	2,9 mm	3,5 mm	9,2 mm²
Paciente 4	41%	50%	2,4 mm	3,2 mm	7,1 mm²
Paciente 5	28%	43%	2,6 mm	3,4 mm	8,9 mm²

061 Utilización de Stents Farmacológicos. Registro Rosarino de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista. Año 2004.

Kirschmann D, Paolantonio D, Kozak F, Zangroniz P, De Sabato I, Gentiletti A

Comité Hemodinamia y Cardiol. Intervensionista, Sociedad de Cardiología, Rosario Santa Fe, Argentina.

Objetivos: Identificar las características clínicas y angiográficas de los pacientes (p) Angioplastiados con Stents Farmacológicos (DES) en la Ciudad de Rosario. Así como los resultados intra hospitalarios
Material y Métodos: A través del Comité de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista de Rosario se realizó el registro de cateterismos diagnósticos y terapéuticos del año 2004. Se realizaron ATC a 1069p por Isquemia Inducida, Angina Estable o Inestable. Conformándose dos grupos (G): G 1 de p tratados con DES y G 2 de p tratados con Stents No farmacológicos. Se analizaron variables clínicas, angiográficas, tratamiento instituido, éxito angiográfico y clínico intra hospitalario (eventos combinados: Muerte, Infarto, Cirugía de Bypass y reATC).
Resultados: el 12.72% de los p fueron tratados con DES. La edad promedio del G1 fue de 61.2 y del G2 62.8 años. El 60.2% del G1 y 42.8% del G2 tenían enfermedad de múltiples Vasos (p=0.0001). El 35.2% de los p del G1 y 23.7% del G2 eran diabéticos (p=0.005). El 15.4% de los p del G1 y 25.8% del G2 tenían IAM Previo (p=0.005). El 87.9% de las lesiones del G1 y 64.6% del G2 eran Complejas (p=0.0001).El 38.9% del G1 y 29.9% del G2 presentaron Función Sistólica con moderado o severo deterioro (p=0.042). Se utilizó Inhibidores GPIIb-IIIa en 4.4% del G1 y 3.7% del G2 (p=ns). Éxito angiográfico en 96.7% de lesiones tratadas del G1 y 96% del G2 (p=ns). Y éxito clínico en 98.5% del G1 y 96.8% del G2 (p=ns). Un total de eventos combinados de 1.4% en el G1 y 1.07% en el G2 (p=ns).
Conclusión: Los p del G1 son más frecuentemente Diabéticos, presentan mas enfermedad de Múltiples Vasos, y menos antecedente de IAM previo. Las lesiones tratadas con DES son más frecuentemente Complejas, y su Función sistólica esta más deprimida. No existen en nuestra población diferencias significativas en éxito angiográfico o clínico, así como en la evolución intra hospitalaria entre p de ambos grupos.

062 Capacidad de la Probabilidad Pre-Test para Identificar Grupos de Riesgo Cardiovascular según Estudios de Perfusión Spect.

Erriest J, Vigo G, Castro L, Islas R, Camilletti J

Medicina Nuclear, Cardiología, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Los factores de riesgo y el cuadro clínico, nos permite establecer la probabilidad de tener enfermedad coronaria (EC), para definir una estrategia de manejo. Un algorritmo válido es utilizar una conducta agresiva en los ptes con alta probabilidad, y test no invasivos en los ptes con probabilidad intermedia y baja. Existen varios scores de probabilidad pre-test, sin embargo no hay uniformidad de opinión en cuanto a la exactitud de los mismos.
Objetivo: Correlacionar la probabilidad pre-test de EC, de acuerdo a un Score que utiliza variables clínicas, con los resultados de un estudio de perfusión. Determinar si los diferentes grupos de probabilidad se correlacionan con distintos grados de isquemia.
Método: Se incluyeron ptes sin antecedentes de EC, a quienes de acuerdo a sus características clínicas (edad, sexo, características del dolor precordial, hipertensión arterial, tabaquismo, dislipemia, y antecedentes heredo familiares de EC) se los dividió en tres grupos, según un Score de probabilidad de EC. G1: baja, G2: intermedia y G3: alta. Se realizó un estudio SPECT gatillado para determinar la presencia de isquemia miocárdica, así como su severidad y extensión de acuerdo al Score de Suma de Stress (SSS), y al Score de Suma de Diferencia (SDS). Resultados: Se incorporaron 65 ptes. El G3 presentó un 53% de ptes con perfusión anormal, porcentaje mayor que lo observado en el G2 (p 0.002) y el G1 (p 0.05) no encontrando diferencias entre el G1 vs G2 (p NS). El SDS fue significativamente mayor en G3 vs G2 (p 0.002), y G3 vs G1 (p0.0001).
Conclusión: El score clínico nos permite diferenciar claramente dos grupos de ptes, los del G1 y G2 con baja probabilidad de EC y los del G3 con una probabilidad intermedia y una extensión mayor de miocardio isquémico. Los estudios de perfusión miocárdica Spect son una opción válida en la identificación de ptes de alto riesgo.

063 Comportamiento de la Motilidad y Perfusión Miocárdica en Pacientes Sometidos a Revascularización Quirúrgica

Uriarte RM, Echazarreta DF, Reggiani R

Medicina Nuclear, Hospital Español;Instituto de Diagnóstico Cardiovascular, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Evaluar el comportamiento de la motilidad y perfusión miocárdica en una población de pacientes (p) sometidos a revascularización quirúrgica.

Material y Métodos: Se evaluaron 31 p, 21 varones, con edad X 59.6 años, 3 diabéticos, 22 hipertensos, 23 tabaquistas y 16 dislipémicos. Fueron sometidos a la realización de una Gamagrafia SPECT con SESTAMIBI gatillada en un lapso de tiempo X 24±6 meses donde se evaluó la presencia de isquemia miocárdica y trastornos de la motilidad ventricular izquierda.

Resultados: La Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo (FEVI) en esfuerzo fue de 53.1% DS:10.5, el Volumen de Fin de Diástole (VFD) de 97.2 ml, el Volumen de Fin de Sístole (VFS) de 47.7 ml y la FEVI en reposo de 61.5% DS:9.8 (p=0.001) con un Doble Producto promedio de 22620.96. Los territorios isquémicos fueron: 11 septales, 7 apicales, 3 septoapicales, 3 anteriores, 1 septalinferior, 2 apical y anteroapical, 1 lateral y anteromedial, 1 septal e inferomedial, 1 septomedial y 1 inferoapical.

Conclusiones: En la muestra evaluada se observó un deterioro significativo de la FEVI ante el esfuerzo con isquemia predominantemente septal en la gamagrafía SPECT con sestamibi.

064 Criterios Diagnósticos en Tromboembolismo Pulmonar (Nuestra Experiencia con Indice V/Q Spect)

Macián H, Sarachaga M, Socolsky R

Medicina Nuclear, Instituto Gamma, Capital, Tucumán, Argentina.

Uno de los temas de mayor controversia es el diagnóstico por imágenes ante una sospecha clínica de T.E.P. En Congresos y publicaciones es muy difícil encontrar una unidad de criterios y un correcto e impersonal balance metodológico. Con el advenimiento de Gammacámaras de mayor precisión y radiofármacos como el Technegas-Tc, podemos realizar índices Ventilación/ Perfusión (V/Q) con cortes SPECT que han revitalizado nuestros diagnósticos, especialmente en los T.E.P. subsegmentarios.

Material y métodos: Sobre 24 estudios positivos, realizados en pacientes con presunción clínica de T.E.P. y seguimiento durante tres meses, hemos comparado Gammagrafías de Ventilación (30 MBq. de Technegas), seguidas de Perfusión (100mBq de MAA-Tc99m) Comparando Técnicas Planares vs. Técnicas SPECT además realizamos Flebografía en todos los pacientes.

Resultados: La sensibilidad y especificidad encontrada fue de 72% y 80% en Imágenes planares respectivamente comparada con 96% y 94% en técnicas Spect y de 97,8% y 96,2% respectivamente al agregar al Spect la flebografía radioisotópica.

Conclusión: Los resultados obtenidos nos permiten una optimización diagnóstica con Gammagrafía SPECT (V/Q), gran disminución de los casos de informes con probabilidad intermedia (que tratamos de reducir a la no utilización), con un método rápido, sensible, específico, no invasivo, con un mínimo de radiación, sin contraindicaciones, intolerancia ni reacciones adversas.

Efecto Paradojal en una Población de Pacientes Portadores de Diabetes Tipo II

065

Echazarreta DF, Uriarte RM, Franco O

Cardiología Nuclear, Instituto de Diagnóstico Cardiovascular, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Evaluar la presencia y significado del efecto paradojal (EP) detectado en pacientes (p) diabéticos tipo II (DBT TII) sometidos a una gammagrafia SPECT (GS).

Material y Métodos: Se realizó una GS a 34 p portadores de DBT TII, 24 varones con edad X:68.11 que habían sido evaluados mediante coronariografia (CCG). Se realizaron 2 subgrupos: A: Con coronariopatía B: Sin coronariopatía. Se evaluó la presencia de imagen compatible con isquemia o secuela asociado al efecto paradojal identificando los segmentos comprometidos.

Resultados: Muestra Total: 34 p Grupo A: 14p , 11 varones, 5 con disnea y 8 con angor, 11 con infarto (IM) previo, 9 sometidos a revascularización (RVC), Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo (FEVI) X: 45.9 DS1.38, 10 segmentos isquémicos (I), 7 con imagen de secuela (S), 5 anteriores (35.7%) (p: 0.015), 7 inferiores (50%), 1 apical (7.14%) y 1 lateral (7.14%). El Grupo B: 20 p, 13 varones, 9 con disnea, 9 con angor, 2 con angor y disnea, FEVI X: 53.2 DS 1.89 (p: 0.001), 17 segmentos I, 5 S, 13 inferiores (65%) (p: 0.003), 2 apicales (10%) y 5 anteriores (25%).

Conclusión: El efecto paradojal en el segmento anterior fue el hallazgo más frecuente en p diabéticos tipo II con coronariopatía y el inferior en p sin ella asociándose a un deterioro significativo de la FEVI.

Relación del Monto Necrótico y la Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo según Estudios de Perfusión Spect Gatillado.

066

Erriest J, Cartasegna L, Arregui V, Miguez H, Camilletti J

Medicina Nuclear, Cardiología Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El uso de un sistema de cuantificación (score semicuantitativo) permite identificar con exatitud la extensión y severidad de los defectos de perfusión. La extensión de los defectos de perfusión se correlacionan con la función sistólica del VI, el score de suma de reposo (SRS) (monto necrótico) informa la extensión de la perfusión de reposo podría ser un equivalente de la fracción de eyección (FEVI) en esa condición.

Objetivo: Correlacionar el (SRS) con la FEVI en pacientes (p) con infarto agudo de miocardio (IAM). Establecer si el SRS sirve como predictor de deterioro de la función ventricular izquierda.

Métodos: Se incluyeron p remitidos a la Sección de Cardiología Nuclear del Hosp. Italiano de La Plata, con antecedentes de IAM y se les realizó un estudio de perfusión miocárdica SPECT gatillado para comparar el monto necrótico, según el SRS, con la FEVI.

Resultados: Se incorporaron 37 p. Se los dividió según el SRS en G1: 0-8, G2: 9-13, G3 >13. La FEVI fue significativamente menor entre el G2 vs G1 (p.0001), también en el G3 vs G2 (p.0001) y entre el G3 vs G1 (p.0001).

Conclusión: El SRS se correlaciona en forma inversamente proporcional con la FEVI. Los p con un SRS del G1 tendrán un deterioro leve de la FEVI, moderado con un SRS G2 y severo si el SRS es del G3. Podemos concluir que el SRS es un parámetro válido para predecir el deterioro de la función ventricular izquierda.

Valoración de la Isquemia y Función Ventricular en Pacientes Portadores de Insuficiencia Renal en Diálisis.

067

Uriarte RM, Echazarreta DF, Reggiani R, Suñol J, Pis Diez E, Franco O

Cardiología Nuclear, Hospital Español; Cardiología Nuclear, Instituto de Diagnóstico Cardiovascular, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Evaluar el comportamiento de la función ventricular izquierda (FEVI) y la presencia de isquemia miocárdica (IM) en una muestra de pacientes (P) portadores de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) bajo diálisis en evaluación pretransplante renal sin antecedentes de diabetes, hipertensión o hábito tabáquico.

Material y Métodos: Fueron considerados 18 p (10 varones) con edad X 53 años portadores de IRC secundaria a amiloidosis, poliquistosis, glomerulonefritis, lupus eritematoso sistémico y monorrenos. Los p fueron sometidos a una gammmagrafia SPECT (GS) con Dipiridamol al momento de la evaluación pretransplante y a los 2 años.

Resultados: 18 p fueron evaluados con una primer prueba de GS que no evidenció presencia de segmentos isquémicos. A los 24 meses la misma fue repetida observando segmentos isquémicos en 6 p (30%), a saber: 1 apical, 1 septoapical, 1 inferolateral, 1 inferomedial-basal, 1 anteromedial-anteroapical y 1 septomedial.
El grupo de pacientes isquémicos presentó la siguiente evolución en su FEVI: 58.17 DS3.97 y a los 2 años 49.83 DS4.26 (p=0.012); Volumen de Fin de Sístole (VFS): 34.17 DS11.07 y a los 2 años 47.83 DS 8.81 8 (p=0.03) Volumen de Fin de Diástole (VFD): 76.03 DS11.07 y a los 2 años 93.17 DS10.7 (p=0.05). En el Grupo de los No Isquémicos: FEVI: 58.08 DS1.74 y a los 2 años 48.92 DS1.25 (p=0.001), VFS: 46.83 DS5.71 y a los 2 años 61.5 DS2.43 (p=0.001), VFD: 68.08 DS2.93 y a los 2 años 90.72 DS: 1.48 (p=0.001)

Conclusiones: Se observa un deterioro significativo en la función ventricular izquierda y aparición de segmentos isquémicos en p portadores de IRC sometidos a un programa de diálisis durante 24 meses.

Ventriculografía Radioisotópica SPECT en Dissincronia Ventricular. Utilidad para la Ubicación de Electrodos Epicárdicos.

068

Embon M, Pesce R, Valero E, Celada J, Perrone S, Yaman B

Cardiología, FLENI, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

La resincronización ventricular es un recurso terapéutico en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada, dissincronía ventricular y QRS prolongado.
La técnica de implante del catéter a través del seno coronario, para la estimulación ventricular izquierda, es dificultosa, con posibilidad de fracaso del 8 al 12%.
Objetivo: evaluar la utilidad de la ventriculografía radioisotópica de adquisición tomográfica (VTG SPECT) para localizar el área disquinética y orientar la mejor ubicación de los electrodos, para el implante por vía epicárdica.
Material y método: se incluyeron 5 pacientes (ptes), sexo masculino, entre 49-69 años (56 ± 13), con miocardiopatía dilatada idiopática (4ptes), isquémico necrótica (1 pte). Clase funcional (NYHA) II (1pte), III (3 ptes), III-IV (1pte). La fracción de eyección ventricular izquierda (FEYVI) basal, fue del 16 al 32% (media: 23%), volumen de fin de diástole (VFD): 297 a 412 ml(media: 347ml), volumen de fin de sístole (VFS): 195 a 339 ml (media: 267ml). Los segmentos disquinéticos fueron: inferolateral, apical, anteroapical, septal apical e inferolateral.
Bajo anestesia general, previa colocación de los electrodos de estimulación auricular y ventricular derechos, se implantó mediante videotoracoscopía el electrodo epicárdico en el VI en la zona disquinética previamente seleccionada. Se exploraron 2 lugares de estimulación, seleccionando el de mejor umbral.
Resultados: El implante del electrodo fue exitoso y sin complicaciones. Todos los ptes presentaron mejoría sintomática. Ver TABLA.

NOMBRE	CLASE FUNCIONAL	POST FEY%	VFDml	VFSml	POST FEY%	VFDml	VFSml
CC	III	32	297	195	37	235	148
OS	III	18	412	339	24	439	336
LC	III	19	318	258	12	514	450
FF	II	31	353	243	52	267	128
JLF	III/IV	16	356	298	17	462	382
Media,SD		23±8	347±44	267±55	28±16	383±124	289±144

Conclusiones: La valoración cuali-cuantitativa de la dissincronía ventricular a través de la VTG SPECT, podría ser una alternativa diagnóstica en pacientes en plan de resincronización ventricular. La videotoracoscopía fue una alternativa segura y eficiente para el implante epicárdico en el área disquinética.

Cardiopatías Congénitas en Pediatría. 069

Zampa CL, Romero SE, Somoza JF

Cardiología, SHECI S.A., Córdoba, Córdoba, Argentina.

Objetivos: Las Cardiopatías Congénitas constituyen quizás una de las ramas de la Cardiología que más variables y dificultades presentan para su comprensión, es por ello, que este Cd intenta ser un material de apoyo basado en las Cardiopatías Congénitas que más frecuentemente se presentan en Pediatría.

Material y métodos: Cada una de las Cardiopatías está explicada con diseños multimedia y su posterior desarrollo clínico, acompañado por su respectiva Rx. de Tórax, ecocardiografía captada en tiempo real y angiografía en la misma modalidad. El Cd cuenta con un link de Bibliografía y una Autoevaluación virtual con la modalidad multiple choice.
Todas las Cardiopatías que se describen en este Cd fueron cuidadosamente seleccionadas por profesionales de gran experiencia.

Conclusión: Este material obtuvo el 1º Premio en el V Certamen Internacional de Cine Médico y Salud "Videomed Córdoba 2006", el Premio WAMHF (World Association of Medical and Health Films) en el mismo Certamen y el Premio IAMS (International Association for Media in Science) en el I Festival Internacional de Video y Multimedia 2006 de Chile.

Nacimiento Anómalo de Coronaria Izquierda (NACI). Dificultades Diagnósticas. 070

Robredo A, Wayar F, Licudis C, Le Favi J, Velez H, Tapia L

Cardiología pediátrica, CORDIS, Salta, Salta, Argentina.

El Nacimiento Anómalo de Coronaria Izquierda (NACI) es una patología poco frecuente con dificultades diagnósticas reconocidas. Uno de los elementos mas importantes para su sospecha es el flujo turbulento en el tronco de la arteria pulmonar.

Objetivo: Describir un lactante con severo deterioro de la función sistólica ventricular e hipertensión pulmonar severa, sin flujo turbulento de shunt.

Material y Método: Niño de 40 días de vida en shock cardiogénico, en respirador, con drogas habituales de soporte y con diagnóstico de miocardiopatia dilatada con severo deterioro de la función sistólica. Los primeros Ecocardiogramas - Doppler no visualizaron anomalias coronarias ni flujos pulmonares sospechosos. Luego de varios días de soporte y bajo anestesia se realiza nuevo Eco - Doppler que demuestra el probable origen anómalo de la coronaria izquierda del tronco de la pulmonar, el flujo pulmonar era de hipertensión severa y no de shunt. El cateterismo cardíaco confirmo la patología.

Conclusión: En niños con sospecha clínica de NACI y gravemente comprometidos el Eco-Doppler de rutina puede tener dificultades para confirmarlo.

Presentación y Evolución Inusual de Taquicardia Ectópica de la Unión (JET). 071

Robredo A, Wayar F, Marquez N, Arnau J, Ensinas J, Falu E.

Pediátrica, CORDIS, Salta, Salta, Argentina.

El JET es una arritmia poca frecuente con dos formas de presentación y evolución bién definidas.

El objetivo de esta presentación es describir una forma inusual de presentación y evolución.

Material y Métodos: Paciente con embarazo controlado normal, con frecuencia cardiaca intrautero adecuada para la edad gestacional. Se decide cesàrea programada por distocia. Durante la cirugia la madre presenta hipotensión severa y se le realizan drogas vasopresoras e inotrópicas en altas dosis. La niña nace con taquicardia incesante y se le diagnostica JET congénito con corazón estructuralmente normal. Se logra controlar la frecuencia cardíaca con amiodarona. Al año la arritmia revierte a ritmo sinusal, ritmo que mantiene hasta los dos años y dos meses.

Conclusión: Las drogas inotrópicas administrada durante el embarazo pueden producir severas alteraciones del ritmo cardiaco en el niño.

Relación entre Síncope Neurocardiogénico en la Infancia y Entorno Familiar. 072

Arabia L, Vergottini S, Vigo C

Depto. de Electrofisiología, Servicio de Cardiología, Sanatorio del Salvador, Córdoba, Córdoba, Argentina.

Introducción: La consulta por síncope o presincope neurocardiogénico en la infancia es frecuente y muchas veces subevaluada.
Material y Métodos: En dos años se evaluaron 40 pac. ref. para realización de T.T. debido a episodios sincop. a repetición, sin evidencia de cardiop. estruct. tanto clínica o ecocardiográficamente, asi como ausencia de patologia eléctrica cardiaca responsable y con evaluación neurológica normal. La edad promedio fue de 14 años, con un mínimo de 7a. y máximo de 20a. El número de varones fue de 16 (40%). El protocolo utilizado para la realización del T.T. fue con una mesa basculante con inclinación a 80°, 30 minutos de duracion y de ser negativo se sensibilizaba la prueba, retomando decúbito dorsal, administraban nitritos sl., y luego de un aumento de la frecuencia cardiaca superior al 25% se volvía a la inclinac. inicial durante 10 min.
Resultados: 24 (60%) fueron positivos, 3 con asistolia de 4000, 7600 y 8000 ms, con convulsiones tónicoclónicas, y uno con relajación de esfínteres, cuyas edades fueron de 14, 16 y 8 a., varones. De los 24, 3 fueron cardioinhibitorios clásicos, 5 vasodepresores y 16 de tipo mixto. El único vínculo de-tectado entre quienes presentaban TT+ fue la alta prevalencia de modificaciones familiares (18casos, 75%), principalmente divorcios de los padres (16) violencia familiar (2) ($p< 0,05$). El tiempo promedio entre el inicio de los síntomas y la realización del T.T.diagnóstico superaba los 6 meses.
Conclusiones: Si bien nuestro trabajo es puramente descriptivo, y el número de casos es reducido, creemos que es útil para insistir en la necesidad de profundizar en el estudio de los pacientes pediátricos con episodios sincopales, no tomándolos como hechos banales y desprovistos de consecuencias. Asimismo y debido a la asociación hallada entre dichas manifestaciones y situaciones posiblemente agresivas del entorno, sugerimos el enfoque multidisciplinario con apoyo psicológico en el manejo del paciente y su familia.

Seudoaneurisma Tardio Post-Cirugía Subclavio-Pulmonar. 073

Robredo A, Wayar F, Farah A, Caprotta F, Chuchuy S

Pediatria, CORDIS, Salta, Salta, Argentina.

El Seudoneurisma (S) tardio Post (P)-Cirugía Subclavio-Pulmonar (CSP) es una complicación grave y poco frecuente.

Objetivo: Describir un S. P.CSP. de aparición tardia.

Material y método: Niño que a los tres días de vida: CSP por atresia pulmonar. Al mes y a los tres meses cateterismo y RMN: Shunt permeable, negativo para S. A los 16 meses: Fallo hemodinámico agudo con derrame pleural severo. Se diagnostica por Ecocardiograma, TAC y Cateterismo: S. P. CSP. complicado. Se deriva a cirugía de urgencia.

Conclusión: Las CSP deben controlarse periódicamente para descartar S.

Sicodiagnóstico (Sd) como Elemento Diagnóstico y Terapéutico en Niños y Adolescentes con Síncope(S) 074

Chiari E, Laneri DP, Colombo SJ, Hidalgo L

Servicio de Cardiología Infantil; Servicio de Psicopatología, Hospital Aeronáutico Central, Buenos Aires.

En función de tratarse el cuadro sincopal como un elemento recurrente en niños (nñ) y adolescentes (ad), se decidió investigar un probable patrón psicológico de correlación entre la estructura de personalidad y el S, buscando establecer el mismo como una manifestación sintomática de un conflicto psíquico en un contexto fisiopatológico propicio. Entre el mes de enero del 2004 y el mes de diciembre del 2005 se realizaron 12 evaluaciones psicológicas en pacientes que presentaban episodios S. Si bien todos los pacientes fueron sometidos a tilt (t) test, no se discriminó entre aquéllos con estudio positivo o negativo, ni tampoco con el tipo de respuesta al estudio que presentaban. Tampoco se tomó en cuenta la cantidad de episodios S ni el mecanismo desencadenante del S. Al momento del exámen, no presentaban aspectos mórbidos de personalidad. Se trataba de pacientes con componente neurótico con un funcionamiento adaptado a su medio social y familiar y compensados psíquicamente.
Se utilizaron técnicas gráficas proyectivas que permitieron detectar los siguientes rasgos comunes de funcionamiento estructural: 1- Conflicto en el manejo de la agresividad y la impulsividad. Tendencia a volver a si mismo la hostilidad y represión de su expresión. 2- Rasgos de personalidad inmadura. Lazos afectivos con necesidad de dependencia y contención, que en algunos casos se presentó como formación reactiva, sentimientos de omnipotencia y autosuficiencia. 3- Negación del conflicto psíquico como defensa ante la angustia.

Conclusión: El psicodiagnóstico demostró la presencia de un patrón psicológico común en nñ y ad con S, siendo la psicoterapia un elemento terapéutico de utilidad junto al resto de las medidas terapéuticas (Cambios de hábito, farmacoterapia, etc).

Síndrome Aórtico Agudo en Niños. Diagnóstico y Tratamiento. 075

Robredo A, Wayar F, Caprotta F, Farah M, Farah A, Le Favi J

Pediatria, CORDIS, Salta, Salta, Argentina.

El Síndrome (S) Aórtico (Ao) Agudo (A) en adultos es una entidad nosológica bien definida.

Objetivo: Valorar los métodos de diagnóstico y la morbimortalidad del S.Ao.A. en niños (N).

Material y Métodos: Cinco N con una edad media de diagnóstico de 5,8 años (a): de 1 mes a 15 a. Los diagnósticos fueron: Fístula Ao-Bronquial post-reparación de Coartación de Ao., Seudoaneurisma (Sa) Tardio post cirugía de Blalock Taussig, Sa Micótico Ao Abdominal, Sa Espontáneo Ao Abdominal y Enfermedad de Takayasu.

Resultados: En el diagnóstico fueron importantes: la Clínica en 4 N, la Rx de Tórax en los 3 Toráxicos, Cateterismo en los 3 N que se les indicó y el Ecocardiograma Transtoráxico en los 5 N: Métodos Convencionales de Diagnóstico (MC de D). El Eco-transesofágico, la Resonancia Magnética y la Tomografía Computada fueron de limitado valor. Hubo un muerto y tres complicaciones post operatorias.

Conclusión: En los N los MC de D definieron la conducta terapéutica (Diferencia con el adulto). Al igual que en el adulto presenta alta morbimortalidad.

Taquicardia Paroxística Supraventricular en el Neonato: Importancia del Diagnóstico Etiológico para su Tratamiento Adecuado. 076

Saravalli O, Bonini MT, Bontempo A, Corvalán P

Hospital de Niños "Víctor J. Vilela" ,Secretaría Municipal de Salud Pública, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Las taquicardias paroxísticas supraventriculares son de rara aparición en el período neonatal. Si bien en ocasiones aparecen asociadas al síndrome de Wolf-Parkinson-White, lo más frecuente es que sean manifestación de cardiopatías congénitas arritmogénicas o de patología intracardíaca estructural subyacente. El objetivo de esta presentación es ilustrar con un caso clínico acerca de la necesidad de arribar al diagnóstico etiológico de estas arritmias antes de proceder a un tratamiento farmacológico que no sólo puede resultar inefectivo sino que puede llegar a comprometer el pronóstico de vida del paciente.
Descripción del caso: Neonato de sexo femenino de 28 días de vida y 3,250 Kg. de peso que cursa con 8 horas de llanto continuo y rechazo de la alimentación. La madre refiere que presenta palidez, sudoración e intensa actividad precordial. Consulta a la Guardia Externa del Hospital a las 4 hs. de la madrugada y se la deriva a la Unidad de Terapia Intensiva con el diagnóstico de taquiarritmia paroxística. Ante maniobras vagales inefectivas y, sin previa consulta con Cardiología, se procede a administrar adenosina en dosis únicas de 0,2 mg./Kg. en tres intentos sucesivos. Ante el fracaso de esta terapéutica, se instala un goteo continuo de amiodarona a razón de 5 mg/Kg/hora. Durante el rutinario pase de sala diario, se le presenta a Cardiología al neonato severamente deteriorado, con grave insuficiencia cardíaca, en asistencia respiratoria mecánica controlada y con bradiarritmia irregular por extrasistolia auricular con diferentes grados de bloqueo. Se le realiza un Eco-Doppler, el cual permite revelar la causa de la taquiarritmia inicial y proceder a su tratamiento etiológico en forma inmediata.
Como resultado del éxito terapéutico, actualmente la paciente tiene 18 meses de edad, pesa 12 Kg. y se encuentra en excelente situación clínica sin recibir medicación alguna, siendo controlada periódicamente por el Servicio de Cardiología del Hospital.

Taquicardia Ventricular Sostenida Sintomática en Niños y Adolescentes con Corazón Estructuralmente Normal.

077

Robredo A, Wayar F, Secchi J, Soraire N, Olocco B, Correa Zalazar C

Pediatría, CORDIS, Salta, Salta, Argentina.

La Taquicardia Ventricular Sostenida Sintomática (TVSS) en Corazón Estructuralmente Normal (CEN) es una enfermedad poco frecuente con una evolución poco conocida.

Objetivo: Describir la presentación y seguimiento de cinco niños y adolescentes con TVSS y CEN.

Material y Método: La edad de diagnóstico fue de un mes y de 4, 9, 14 y 17 años (media: 8,8 años). Masculinos 3. Todos tuvieron examen físico, laboratorio y Ecocardiograma normales. Durante la TVSS: dos tuvieron imagen de bloqueo completo de rama derecha con eje a menos 90, dos bloqueo completo de rama izquierda con eje normal y uno TVSS indeterminada. A dos se les realizó estudio electrofisiológico y a uno ablación por radiofrecuencia. La medicación efectiva fue: B.bloqueantes (2), amiodarona (1), Mexitilen (1) y Diltiazen (1). Los síntomas estuvieron en relación a la frecuencia de la TVSS. El tiempo medio de seguimiento fue de 4 años (de 1 a 8 años). Con la medicación todos estuvieron asintomáticos. En todos el diagnóstico de TVSS no fue sospechado previamente como causa de los síntomas.

Conclusión: En este grupo de pacientes la TVSS no se la sospechó como causa de los síntomas, debieron recibir tratamientos personalizados y tuvieron buen pronóstico alejado.

Tumor Cardiaco Primario. Síntomas de Presentación.

078

Robredo A, Wayar F, Licudis C, Le Favi J, Burgos L

Pediatría, CORDIS, Salta, Salta, Argentina.

Los Tumores Cardíacos Primarios (TCP) son poco frecuentes y de sospecha clínica difícil. El Ecocardiograma ha mejorado notablemente el diagnóstico.

Objetivo: Presentar un TCP con un síntoma de presentación no bien descripto.

Material y Método: Niña de 2,5 años que desde los 7 meses presenta broncoespasmo repetitivo y disnea relacionada. Se le realizan en esa oportunidad estudios bronquiales, de alergia y RX de tórax que fueron normales. El cuadro bronquial fue empeorando progresivamente hasta los 2,5 años donde se encuentra RX de tórax con cardiomegalia y examen cardiovascular normal. El Ecocardiograma TAC y RMN de tórax muestran TCP probablemente fibroma. La causa de los síntomas en base a los estudios complementarios, pueden ser por: atelectasias por compresión, reflejo o embolias de pulmón repetitivas.

Conclusión: En niños con espasmo bronquial crónico, sin causa justificada, se debe realizar Ecocardiograma.

Análisis de 189 pacientes consecutivos con IAM mayores de 70 años. ¿Que hemos cambiado con el tiempo?

079

Mendo D, Meiriño A, Bisogni C, Zapata G

Unidad Coronaria, Cardiología Clínica, Instituto Cardiovascular, Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina.

A pesar de la elevada incidencia y el alto riesgo del infarto agudo de miocárdio (IAM) en pacientes (P) añosos, la mayoría de los estudios randomizados que evalúan las estrategias de reperfusión (ER), tanto para reperfusión percutanea (ATC) como trombolíticos (TBL), han excluídos sistemáticamente a este grupo de P. Las guías de práctica clínica de la ACC/AHA recomiendan desde su revisión de 1999 a la angioplastia coronaria como indicación IIa en el infarto agudo de miocárdio en esta población.

Objetivo: Realizar un análisis descriptivo de la ER antes y después de la publicación de la guía ACC/AHA 1999 en nuestra institución.

Material y métodos: Se analizaron 189 P consecutivos mayores de 70 años con IAM entre 1995 y 2005 comparando las ER entre los grupos: antes y después de 1999. Resultados: de los 189 P, 111 presentaron supradesnivel persistente del ST con menos de 12hs de evolución. Antes de 1999 se reperfundieron 35 de 48 P (73%) de los cuales 24 (68.5%) TBL y 11 (31.5%) ATC, después de 1999 se reperfundieron 47 de 63 P (74.6%) de los cuales 15 (31.9%) TBL y 32 (68.1%) ATC (p=0.0016). La estadía hospitalaria fue menor después de 1999. No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a muerte, sangrado, stroke, reIAM, angina post IAM y shock cardiogénico entre los dos grupos.

Conclusiones:1-A partir de la recomendación de ACC/AHA de 1999 se utilizó la ATC como ER de elección en P con IAM mayores de 70 años. 2-No hubo diferencias significativas en incidencia de eventos mayores entre los dos grupos en la población analizada

TABLA 1. Eventos mayores antes y después de 1999

	N° pac	Muerte	Re-IAM	APIAM	Shock	Stroke	Sangrad.	Reperf.	TBL	APTC
< 1999	48	7 (14,6%)	7 (14,6%)	2 (4,2%)	4 (8,4%)	2 (4,2%)	4 (8,4%)	35 (72,9%)	24/35 (68,5%)	11/48 (31,5%)
> 1999	63	9 (14,3%)	3 (4,8%)	1 (1,6%)	6 (9,5%)	2 (3,2%)	2 (3,2%)	47 (74,6%)	15/63 (23,8%)	32/63 (68,1%)
S. Est.	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	p= 0,0016	p= 0,0016

Análisis de los Pacientes que Requirieron Balón de Contrapulsación Intraaórtico en un Centro.

080

Astegiano R, Busso F, Ciafardoni M, Cavalieri A, Enjuto A, Blanca M, Garbelino I, Gentile A, Moragues A

Servicio de Cardiología, Sanatorio Plaza, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Objetivos: analizar las características de los pacientes (P) que requirieron balón de contrapulsación intraaórtico (BCI). En el período de mayo 2003 hasta mayo 2005.

Materiales y métodos: población de 41 P. Cirugías 24 requirieron BCI, síndrome coronario agudo (SCA) derivados a procedimiento endovascular 17 requirieron BCI.

Resultados: edad promedio 67.3 años, 28 varones, 75.6% eran hipertenso, 24.3% DBT, antecedentes de infarto agudo de miocardio (IAM) 51.21%, 31.7% revascularizaros previos, el 51.2% presentaba una facción de eyección menor a 49%, el 39% lesión 3 vasos o más, el criterio de indicación de BCI más frecuente fue shock perioperatorio 24.3 %, infarto agudo de miocardio (IAM) complicado 21.9 %, 75.6% se realizó punción vaina, 100% acceso femoral.

Conclusiones: la mayoría de los (P) eran varones, presentaban múltiples factores de riesgo, reconocían antecedentes cardiovasculares previos, tenían mala función sistólica y presentaban lesión de 3 vasos. La arteria mamaria interna fue el vaso más utilizado en cirugías de revascularización miocárdica (CRM), al igual que stent en angioplastia. Shock perioperatorio como IAM complicado fueron los 2 criterios de mayor indicación de uso de BCI.

Características Clínicas y Evolución a Largo Plazo del Infarto Agudo de Miocardio en la Era del 2000. 081

Macin SM, Perna ER, Coronel ML, Garcia W, Romero M, De La Rosa MJ, Aguero F, Badaracco JR

Unidad Coronaria, Instituto de Cardiología "Juana F. Cabral", Corrientes Corrientes, Argentina.

Objetivo: Evaluar características clínicas y evolución a largo plazo de pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM).

Material y Métodos: inclusión consecutiva y prospectiva de 536 pacientes hospitalizados por IAM dentro de 24 horas del inicio de los síntomas, admitidos a la unidad coronaria entre enero/2001-diciembre/2004.

Resultados: La edad media fue 64.4±12.4 años, 73% fueron de sexo masculino, 23% tenían diabetes. El 23.3% presentaban IAM previo, 12.9% ACE y el 37% venían tomando previamente aspirina. El 80% de pacientes presentaban Killip I-II. El 65% (353 ptes) presentaban IAM con elevación del segmento ST, de ellos 212 ingresaron dentro de 12 horas del inicio de los síntomas. Recibieron estrategia de reperfusión con trombolíticos 41.5% y ATC primaria 49.5%. La mortalidad hospitalaria fue 6.2% (65 ptes) y en el seguimiento 11.9 (64 ptes), el re-IAM se presentó en el 2.8 y 24.7%. de insuficiencia cardiaca durante la hospitalización. La medicación al alta incluyó IECA o ATII en 82%, furosemida en 23%, beta bloqueantes en el 94%, aspirina en el 95%, clopidogrel en el 20% y estatinas en el 42%.

Conclusión: El IAM en pacientes admitidos dentro de 24 horas de inicio de los síntomas presenta mortalidad similar al de los ensayos clínicos, el ingreso tardío limita la utilización de estrategias de reperfusión, se ha reducido la incidencia de insuficiencia cardiaca en esta nueva era.

Diferencias Observadas en el Valor Pronóstivo Hospitalario y a Largo Plazo del Nt-Pro BNP en los Síndromes Coronarios Agudo 082

Bono JO, Martínez Riera L, Kiener O, De Elías R

Unidad Coronaria; Laboratorio Central, Sanatorio Allende, Córdoba, Córdoba, Argentina.

El Péptido Natriurético Cerebral (BNP) es un marcador sérico que refleja Insuficiencia Cardíaca (IC) y en los últimos años ha demostrado su utilidad en los Síndromes Coronarios Agudos (SCA).
Objetivos: Evaluar si existen diferencias en el valor pronóstico intrahospitalario, a corto y a largo plazo de acuerdo al resultado del NT-proBNP al ingreso en los SCA sin supradesnivel del ST (SCASEST). Determinar sin en los SCA con supradesnivel del ST (SCACEST) el NT- proBNP brinda la misma información.
Material y Método: Se efectuó el seguimiento intrahospitalario, a corto plazo (1 año) y a largo plazo (2 años) de P que ingresaron en la Unidad Coronaria del Sanatorio Allende con un SCA sin Insuficiencia Cardíaca (IC) y se les dosó NT-proBNP dentro de las 24hs del ingreso, desde el mes de Febrero a Agosto del 2006. Se tuvieron en cuenta los siguientes eventos: Muerte y Hospitalización por cualquier causa, IC, IAM, ANgina refractaria y revascularización. Análisis Estadístico: Prueba Chi Cuadrado de Pearson, Test Exacto de Fischer para evaluar tendencia lineal de proporciones.
Resultados: De los 99p con SCA que se dosó BNP se analizaron 85p con SCA sin IC. Se los dividió en 2 grupos: G° A con SCASEST: 56p y el G°B con SCACEST 29p. En el G°A se observó que a nivel hospitalario había una mayor revascularización (p<0,04) en los positivos y sin eventos hospitalarios en los negativos (p<0,002). Al año y 2 años mayor revascularización (P<0,002), hospitalización (p<0,08), IAM (P<0,05), ICC (P<0,05) e IAM y/o muerte (P<0,011) en los positivos y menor tasa de eventos (P<0,003) en los negativos. En el G°B no se observó diferencias significativas entre los negativos y positivos.
Conclusión: De acuerdo a lo observado el BNP tiene valor pronóstico en los pacientes con SCASEST sin IC previa. En los SCACEST sin IC previa de acuerdo al n° de pacientes evaluados hasta el momento no ocurre lo mismo.

Distintas Estrategias Terapéuticas en el Scasest. Cuál es su Impacto Clínico? 083

Capece R, Gutierrez O, Borgo J, Gimenez A, Mosca S, Gimigliano A, Masevicius D, Lage S

Unidad Coronaria, Terapia Intensiva, HIGA Evita Lanús, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: comparar 3 esquemas terapéuticos en el síndrome coronario agudo sin elevacion del ST (SCASEST), en 3 años consecutivos, y analizar su impacto en las complicaciones durante la evolución hospitalaria.
Material y método: en el 2003 se incluyeron 108 pac que fueron anticoagulados por 5 días (ACO5), en el 2004 103 pac anticoagulados por 3 días (ACO3) y en el 2005, 136 pac anticoagulados por 3 días y donde el 88% recibió clopidogrel (ACO3C). Se estudiaron como puntos finales durante la evolución, la presencia de angina recurrente, angina refractaria, infarto agudo de miocardio, angina postinfarto e indicación de coronariografías.
Resultados: las poblaciones fueron comparables en los factores de riesgo coronario, antecedentes de enfermedad previa y en la indicación de aspirina, nitroglicerina, beta bloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora y bloqueantes cálcicos. Clopidogrel recibieron ACO5 10.8%, ACO3 28.7% y ACO3C 87.5% con p < 0.001 entre el primer y segundo grupo y p < 0.00001 entre el segundo y tercer grupo. Resultados en grafico.
Conclusiones: anticoagular a los pac con SCASEST durante 5 días no mostró diferencias significativas vs anticoagular 3 días en las complicaciones de la etapa aguda y ello contribuye a acortar el tiempo de internación en unidad coronaria y agregarles clopidogrel en la etapa hospitalaria no impactó disminuyendo estas complicaciones.

Grupos	ACO5 n:108	p	ACO3 n:103	p	ACO3C n:136	ACO3CvsACO5
Ang Rte	13 12%	ns	9 8.7%	ns	14 6.6%	ns
Ang Ria	4 3.9%	ns	2 1.9%	ns	5 1.4%	ns
IAM	1 1%	ns	1 1%	ns	0 0%	ns
Apiam	2 2%	ns	4 4%	ns	8 5.8%	ns
CCG ind.	34 33.6%	ns	44 42.7%	ns	57 41.4%	ns

Ecocardiograma En Angina Inestable; Valor Pronóstico. 084

Borgo J, Capece R, Mosca S, Gimigliano A, Masevicius D, Gimenez A, Gutierrez O, Lage S

Unidad Coronaria, Terapia Intensiva, HIGA Evita Lanús, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: evaluar si el ecocardiograma (ECO) diferencia grupos de distinto riesgo de eventos isquémicos, hemodinámicos o fatales en la etapa aguda de la angina inestable (AI).
Material y método: se incluyeron todos los pac ingresados a unidad coronaria (UCO) con AI a los que se les realizó el ECO, entre junio 2001 y diciembre de 2005. Se comparó la incidencia proporcional de eventos entre grupos definidos por las siguientes variables; a) diferente alteración segmentaria de la motilidad parietal (MP), b) presencia o no de hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y c) distinta función ventricular (FV). Los eventos considerados fueron; angina recurrente (AR) y refractaria (AREF), insuficiencia cardiaca (IC), infarto agudo de miocardio (IAM) y muerte (M). Período de seguimiento estadía en UCO. Método estadístico; comparación de proporciones por test de Fisher.
Resultados: se incluyeron 308 pac con ECO sobre un total de 393 pac con AI (78.3%), con una edad de 57.8±10.1 años y predominio de sexo masculino 225 (73%). Los hallazgos fueron; MP (gráfico), la comparación de grupos con o sin HVI y diferente función sistolica (FV) no arrojó diferencias significativas en la incidencia de eventos.
Conclusiones: el ECO en las 3 variables analizadas (MP, HVI, FV) diferenció grupos de diferente riesgo de complicaciones hemodinámicas cuando se tuvo en cuenta la extensión de la alteración segmentaria de la motilidad parietal. El análisis de la presencia de HVI y diferente función sistólica no discriminó grupos con riesgo diferente.

Motilidad Parietal	N	AR	AREF	IC	IAM	M	Total Eventos	
Normal	87	13	3	3*	1	1	21#	
Hipokinesia inferior	48	8	3	1	0	1	13	* p<0.003
Hipokinesia anterior	151	23	9	4	4	3	43	#p<0.003
Hipokinesia global	22	4	1	6*	0	0	11#	
Total pacientes	308	48	16	14	5	5	88	

El Electrocardiograma es Mejor que los Marcadores Séricos de Injuria Miocárdica para Predecir Trombo Intracoronario. 085

Acevedo Miño M, De Elías R, Kiener O, Vivas J, Bono JO, Cooke R

Unidad Coronaria; Laboratorio Central, Sanatorio Allende, Córdoba, Córdoba, Argentina.

Objetivo: Evaluar la Sensibilidad (S) y Especificidad (E) de la Troponina T (cTnT) y de la CPK-MB para la detección de trombo intracoronario (TIC). Evaluar la S y E del Supradesnivel del ST para la detección de TIC.
Material y Métodos: Se evaluaron prospectivamente los pacientes (p) que ingresaron a la Unidad Coronaria del Sanatorio Allende con un SCA que tuvieran disponibles cTnT, CPK-MB, ECG y CCG. Se estudiaron la S y E de cada uno de estos marcadores con respecto a la predicción de TIC observada en la CCG. Se tuvieron en cuenta sólo cTnT >0,1ng/ml y supradesnivel del ST porque la incidencia de trombo fue 0% con <0,01ng/ml; 6,1% con 0,02-0,09ng/ml y 37,9% para >0,10ng/ml (p<0,001), mientras que los que tuvieron infradesnivel del ST, sólo habia 2,5% de TIC y de acuerdo a la cTnT el 0,02-0,09ng/ml 2,1% y los >0,1ng/ml el 4% de TIC. Análisis Estadístico: Prueba de Chi Cuadrado convencional con dos grados de colas y Chi Cuadrado para tendencia lineal de proporciones.
Resultados: De 224p con cTnT >0,1ng/ml, se determinó que la cTnT tiene una S del 96,5% al identificar 65p de los 88p con TIC (3 falsos negativos) y E del 44,6% al identificar correctamente a 112p de 251p sin TIC 139 falsos positivos) para la predicción de TIC, la precisión pronóstica global de la cTnT para discriminar entre p con y sin TIC es 58,1%. La CPK-MB tiene una S del 75%, identificando 66 de los 88p con TIC, o sea 22 falsos (-) pero una E del 76,1% al identificar correctamente 191 de 251p sin TIC, o sea 60 falsos (+) lo que significa que la precisión global de la CPK-MB es del 75,8% para discriminar entre p con y sin TIC. El Supradesnivel del ST identificó correctamente 82 de 88p con trombo, o sea una S del 93,2% y descartó correctamente 231 de los 251p sin trombo, o sea una E del 92%, valor predictivo (+) del 80,4% y 97,5% negativo.
Conclusión: Es muy superior la precisión pronóstica global que tiene el ECG con respecto a la cTnT y CPK-MB para la detección de TIC.

El Nt-Probnp Permite Detectar Pacientes con Características Basales Diferentes en los SCA sin Insuficiencia Cardíaca Previa. 086

Bono JO, Martínez Riera L, Kiener O, De Elías R

Unidad Coronaria, Laboratorio Central, Sanatorio Allende, Córdoba, Córdoba, Argentina.

Introducción: El Péptido Cerebral Natriurético es un marcador sérico que se lo está utilizando para detectar precozmente insuficiencia cardíaca (IC) subclínica o como herramienta dgtca en disnea de etiologia desconocida.
Objetivos: Determinar si el NT-proBNP permite detectar diferencias basales entre los (p) con Síndrome Coronario Agudo con supraadesnivel del ST (SCASEST) y los SCA sin supradesnivel del ST. SCACEST sin IC previa.
Material y Método: Se evaluaron en forma consecutiva un determinado n° de p ingresados entre febrero y setiembre del 2003 con un SCA a la Unidad Coronaria del Sanatorio Allende. A todos los (P) se los evalúo con NT-proBNP, Troponina T, CPK, CPk-MB, Leucocitos, PCR, Neutrófilos y Creatinina; ECG y Coronariografia a todos los pacientes salvo los que ya tenían CCG reciente. Se incluyeron sólo los (P) que tenían Lesiones coronarias >70%. Análisis Estadístico: Prueba Chi Cuadrado de Pearson y Test Exacto de Fischer.
Resultados: De 104p evaluados con NT-proBNP (BNP) se excluyeron los que no tenían lesiones coronarias y los que tenían IC previa quedando para analizar 85p. Se dividieron en dos grupos: G°A: 56p con SCASEST y G°B con 29p con SCACEST. En el G°A los (P) con BNP (+) eran más frecuentes los que tenían >70ª (p<0,02), Troponina T>0,1ng/ml (p=0,002), Infradesnivel del ST (p<0,01), Leucocitosis >10000/ml (p<0,001) y Ventriculogramas más severos (P=0,05). Los BNP (-) tenían más ECG sin cambios (p<0,05), con Ventriculogramas más leves (p<0,05) y lesión 1V. En el G°B: En los BNP (+) se observaron diferencias significativas en leucocitosis (p<0,02) y cTnT (p<0,05) y una tendencia a mayor severidad en los ventrículogramas. Los BNP (-) todos tenían ventriculograma leve y estaban tratados previamente con BB.
Conclusiones: En los SCASEST existen diferencias, siendo las características clínicas y angiográficas de mayor severidad en los positivos. En los SCACEST las diferencias son menores con similares tendencias de severidad en los BNP.

En los SCA los Hombres Son más Jóvenes y con Mayor Comorbilidades que las Mujeres Cuando Sólo se Considera el Sexo. 087

Ramia L, Acevedo Miño M, Kiener O, De Elías R, Mendez F, Bono J.

Unidad Coronaria; Laboratorio Central, Sanatorio Allende, Córdoba, Córdoba, Argentina.

Introducción: Es controvertido de acuerdo a la literatura consultada, que el pronóstico e incluso los resultados del manejo de los pacientes (p) con Síndromes Coronarios Agudos (SCA) varían de acuerdo al sexo.
Objetivo: determinar si las características basales y su evolución varían de acuerdo al sexo.
Material y Método: Se evaluaron 168 p con SCA que ingresaron a la Unidad Coronaria del Sanatorio Allende, de los cuales 106p eran hombres(h) y 62 mujeres(m); 121p eran SCA con infradesnivel del ST (SCASEST) y los restantes con supradesnivel del ST (SCACEST). Se los dividió en dos grupos (G°) de acuerdo al sexo: G° A: 106p (63,1%) hombres y G° B: 62p (36,9%) mujeres. Se evaluó el perfil clínico, de laboratorio, de ECG y de la CCG. Se realizó seguimiento intrahospitalario y a los treinta días posteriores al alta. Análisis Estadístico: Se aplicó el Test Exacto de Fisher a dos colas, Prueba de Chi Cuadrado y de Pearson.
Resultados: La edad promedio fue 62 + 12 años(ª) (rango: 35-92ª) en el G°A: 59 + 11,6 vs. 66,4 + 11,7ª en el G°B (p<0,001). La dislipidemia y el tabaquismo eran más frecuentes en el G°A que en el G°B (p=0,046 y <0,001) respectivamente. De todos los marcadores séricos evaluados sólo se demostró una diferencia significativa en la creatininemia mayor a 1,50mg/dl al ingreso, en el G°A 18,9% vs 6,6% en el G°B (p=0,029). Con respecto a la evolución no hubo diferencias significativas entre ambos Grupos.
Conclusión: En los SCA hubo mayor población masculina, éstos eran menos añosos, tenían mayor incidencia de dislipidemia, tabaquismo y enfermedad renal previa, es decir, eran más jóvenes con mayor número morbilidades.

En los SCA sin Elevación del St la Edad Modifica el Pronóstico Cuando el Mismo se Establece de Acuerdo al Sexo. 088

Ramia L, Kiener O, De Elías R, Acevedo Miño M, Mendez F, Bono JOE

Unidad Coronaria; Laboratorio Central, Sanatorio Allende, Córdoba, Córdoba, Argentina.

Introducción: De acuerdo a la literatura existen diferencias en el pronóstico entre sexos en los Síndromes Coronarios Agudos (SCA) cuando no se ha tenido en cuenta la Edad.
Objetivo: Evaluar si las diferencias observadas de acuerdo al sexo en las características demográficas, clínicas y evolución hospitalaria (EH) y a 30 días se modifican cuando se considera también la EDAD en el análisis de los pacientes (p) con SCA sin elevación del ST. (SCASEST).
Material y Método: Se evaluaron los p que ingresaron a la Unidad Coronaria del Sanatorio Allende con SCASEST. Se evaluó el perfil clínico, de laboratorio, ECG y CCG. Análisis Estadísitco: Se utilizó el Test exacto de Fisher a dos colas, prueba Chi Cuadrado, de Pearson y de Breslow Day.
Resultados: De 121p, 75p hombres (h) y 46 mujeres (m). De acuerdo a la edad se los dividió en dos grupos. G° A: entre 50-69años (ª): 87p (60 h y 27 m) y G° B: >70ª: 34p (15h y 19m). NO se evaluaron los p <50ª por el escaso número. En los SCASEST, sin tener en cuenta la edad, se observa que los (h) presentan las siguientes diferencias: <70ª (p<0,011), CK-MB >5% (p<0,05), creatinina elevada (p<0,01) y tabaquismo (p<0,001). Cuando se tiene en cuenta la edad se observó en el G° A mayor incidencia en (h) de CPK MB >5% (p<0,05), Troponina T >0,1ng/ml (p<0,05), Leucocitosis (L) (p<0,01), L+Neutrofilia (p<0,05), Dislipidemia (p<0,05) y Tabaquismo (p<0,005). En el Grupo B sólo se observó diferencia significativa en la creatinina >1.49mg/dl en los h (p<0,05) Cuando se aplicó el test de Bresslow-Day se observó una diferencia a favor de los h para dislipidemia (p=0,017) y la presencia de vasculopatía periférica (p=0,012). La EH y a 30 días no hubo diferencias significativas entre ambos sexos aún teniendo en cuenta la edad.
Conclusión: Las diferencias entre Sexos en los p con SCA se disipan progresivamente con la edad observándose fundamentalmente sólo en los menores de 70a. Con respecto a la EH y a 30d no hubo diferencias significativas.

Encuesta Nacional de Unidades de Dolor Torácico. 089

Ramos HR, Bono JO, Zapata G, Quiroga W, Sonzini L, Costa A, Barcudi R, Villegas A y el Grupo de Trabajo de Unidades de Dolor Toracico.

Comité de Cardiopatía Isquémica, Federación Argentina de Cardiología, Córdoba Córdoba, Argentina.

Objetivos: evaluar el manejo del dolor toracico agudo (DT) en las 7 regiones de FAC.
Material y método: se envío un formulario para investigar los recursos humanos y materiales de los centros de cada región; el llenado fue voluntario y pudo ser accedido en el sitio web de FAC.
Resultados: respondieron 42 centros de todas las regiones: 23/42 centros de nivel A (54%), 13/42 de nivel B (31%) y 6/42 de nivel C (14%). En 36/42 centros se atendieron 947,779 pacientes y se registraron 5,275 diagnosticos de DT (0.5%). El 29% de los medicos de guardia eran clinicos, 21% cardiologos, 20% cirujanos, 15% generalistas, 10% m{edicos no especialistas y 5% otros especialistas (traumatologos, ginecologos, anestesistas). Disponibilidad de recursos en la guardia: ECG en 32/42 centros (76%); CPK: 42/42 (100%); CK-MB: 28/42 (67%); Troponina: 13/42 (31%): 11/13 centros A y 2/13 centros C; el tiempo medio de informe de los marcadores cardiacos fue de 111 +/- 48 min; Rx de torax portatil: 29/42 (69%); monitores de ECG: 25/42 (59%); prueba de esfuerzo (PE): 31/42 (74%), sin imágenes 19/31 (61%), con imágenes 12/31 (39%): Eco stress: 9/12 (75%), camara gamma: 12/12 (100%). Ocho centros (19%) tienen funcionando una Unidad de Dolor Torácico (UDT) y 13/42 (31%) tienen un protocolo de manejo del DT.
Conclusiones: el numero de pacientes registrados con DT es inferior al de la literatura lo que sugiere un subregistro; esto es concordante con que casi 80% de los médicos que atienden pacientes con DT no son cardiólogos y 50% son de especialidades no relacionadas con el diagnostico de DT. Todos los centros pueden dosar CPK y 2/3 utiliza CK-MB, pero menos de 1/3 de los centros dosa troponina, aunque la mayoría son de nivel A y B. El tiempo de informe de los marcadores cardiacos parece excesivo (deseable: < 30 min). 3 de cada 4 centros puede realizar una prueba de esfuerzo y pocos tienen un protocolo de manejo del DT, a pesar de que es una de las consultas mas frecuentes de la medicina de emergencia.

Evaluación de la Función Ventricular e Isquemia Miocárdica al Año en Pacientes Sometidos a Angioplastia Primaria. 090

Echazarreta DF, Uriarte RM

Unidad Coronaria; Cardiologia Nuclear, Instituto de Diagnóstico, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Evaluar la función ventricular e isquemia al año en pacientes (p) con infarto agudo de miocardio (IAM) y terapia de reperfusión mediante angioplastia primaria (ATC 1º).

Material y Métodos. Se evaluaron 27 p (19 varones y 8 mujeres con edad X 64.9) con IAM y ATC 1ª, 18 a la arteria descendente anterior (DA) (15 proximal y 3 medial), 7 a la coronaria derecha (CD) (5 proximal y 2 tercio medio), 2 a la circunfleja (CX).

Resultados: De los 27 p la Fracción de Eyección Ventricular Izquierda X (FEVI): 41% Volumen de Fin de Diástole X: 89 ml Volumen de Fin de Sistole X: 52 ml observándose en el 100% de los casos imagen de secuela. En 5 p (18.5%) se observó isquemia: 3 p con ATC a la DA, 1 CX y 1 CD. La FEVI X de éstos últimos fue de 36%, VFD X 114 ml VFS X 75 ml siendo 4 p (80%) sometidos a reATC. Los pacientes que evidenciaron la presencia de Isquemia en el SPECT fueron 5p (18.5%) siendo su FEVI X 41.6% (DS 1.51) y a los 12 meses 36% (DS 2) (p=0.006) mientras que el resto no presentaron isquemia. 22p (81.5%).

Conclusión: La presencia de isquemia residual en una muestra de pacientes sometidos a ATC 1ª se relaciona significativamente con deterioro de la FEVI al año de de la intervención.

Eventos Intrahospitalarios de Acuerdo a la Concentración de CPK-Mb y al ECG. 091

Acevedo Miño M, Vivas J, Kiener O, De Elías R, Cooke R, Bono JO

Unidad Coronaria; Laboratorio Central, Sanatorio Allende, Córdoba, Córdoba, Argentina.

Introducción: Se ha mencionado de acuerdo a la bibliografía, que los pacientes con Síndromes Coronarios Agudos Con Elevación del ST (SCACEST) tienen diferente evolución hospitalaria, fundamentalmente en lo que hace a muerte que los Síndromes Coronarios Agudos sin elevación del segmento st (SCASEST).
Objetivos: Analizar la tasa de Eventos Intrahospitalarios de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA) de acuerdo a alteraciones de su ECG y a su nivel de CPK-MB. Comparar la evolución intrahospitalaria y los SCASEST y SCACEST.
Material y Método: Fueron analizados prospectivamente la evolución intrahospitalaria de acuerdo al ECG si tenía infradesnivel o supradesnivel del ST y al resultado de la CPK-MB mayor o menor al 5%. Ingresaron 339p con SCA a la Unidad Coronaria del Sanatario Allende. Se tuvieron en cuenta los siguientes eventos: Angor recurrente (AR); IAM; Cirugia de revascularización (CRM); Insuficiencia Cardíaca (IC); Muerte y Combinado de Muerte y/o IAM. Análisis Estadístico: La significación estadística se realizó con la Prueba de CHi Cuadrado de Pearson y en determinados casos el Test Exacto de Fischer.
Resultados: De 339p el 28,9% era >70a, de lo cuáles el 21,6% eran SCACEST y 32,1% con SCASEST (p=0,05) y el 71,7% hombres sin diferencias significativas entre ambos. Entre los SCASEST era mayor el n° en Infarto y de cirugia de revascularización previo. De acuerdo a los eventos no mostraron diferencias significativas entre ambos SCA (ver tabla). De acuerdo a la CPK-MB no se observaron diferencias significativas en los antecedentes. Se observó una diferencia significativa de la CRM en los p con CPK-MB >5%.
Conclusiones: Los SCASEST no presentan diferencias significativas en su tasa de eventos intrahospitalarios con respecto a los SCACEST. De acuerdo a la carga necrótica se observó que había un mayor n° de CRM en los pacientes con CPK-MB >5%.

Evolución a Corto y Largo Plazo de Pacientes Ancianos con Infarto Agudo de Miocardio. 092

Macin SM, Perna ER, Coronel ML, Romero M, De La Rosa MJ, Titiesky L, Garcia W, Parra J, Barrios P, Badaracco JR

Unidad Coronaria, Instituto de Cardiologia "J.F. Cabral", Corrientes, Corrientes, Argentina.

Objetivo: Evaluar evolución hospitalaria y a largo plazo en pacientes ancianos (>70 años) admitidos por infarto agudo de miocardio (IAM).
Métodos: Desde enero/2001 a diciembre/2004 fueron admitidos en forma prospectiva y consecutiva 536 pacientes con IAM dentro de 24 horas de evolución de los síntomas. Ciento cuarenta y uno (26.3%) fueron ancianos (Grupo I) se compararon con los restantes.
Resultados: La edad media en el grupo I fue 75 (+- 4.9) años. Las mujeres fueron mas frecuentes en este grupo (41.1 vs 11.8%, p<0.001). Entre los antecedentes en los ancianos eran mas frecuentes: obesidad (27.9 vs 18%, p=0.013), IAM previo (34.8 vs 19.2%, p<0.001), ACE (22 vs 11.6%, p=0.003), tomaban previamente aspirina (58.2 vs 34.6%, p<0.001) e IECA (34.8 vs 22.8, p=0.005). Fueron mas frecuentes las complicaciones intrahospitalarias (15.7 vs 12%,p=0.034), edema agudo de pulmón (14.2 vs 4.8%,p<0.001), fibrilación auricular (11 vs 5.2 %, p=0.017). Los pacientes añosos recibían con menor frecuencia terapia trombolítica (40 vs 20%, p<0.001), con similar uso de angioplastia primaria (19.5 vs 21.6%,p=ns). La mortalidad intra-hospitalaria fue 3 veces mayor que en pacientes jovenes (12.8 vs 3.8%, p<0.001) y se mantuvo en el seguimiento (8.1 vs 22.7%, p<0.001). La sobrevida a 54 meses fue 77.3 vs 91.9% en los grupos I y II respectivamente (long rank test: p<0.001). En el modelo proporcional de Cox fueron significativas: ancianos (OR=1.88, p=0.028 IC95% 1.069-3.304), troponina T 6-8 hs (OR=1.81, p<0.001, IC 95% 1.550-216), CPK-máximo(OR=0.99, p=0.006 IC95% 0.66-0.99), glucemia ingreso (OR=1.004, p=0.001 IC95% 1.002-1.006), Killip máximo(OR=3.06, p=0.001 IC95% 1.59-1.88).
Conclusiones: Pacientes mayores de 70 años representó un cuarto de la población admitida por infarto agudo, y tuvieron peor pronóstico intra-hospitalario y en el seguimiento. La edad fue un predictor independiente de mortalidad, el manejo de estos pacientes debería ser mas agresivo.

Hallazgos Angiográficos y Evolución Hospitalaria de Acuerdo a Niveles de Troponina en los Pacientes con Síndrome Coronario. 093

Vivas J, Acevedo Miño M, Kiener O, De Elías R, Cooke R, Bono JO

Servicio de Unidad Coronaria; Servicio de Hemodinamia; Servicio de Laboratorio Central, Sanatorio Allende, Córdoba, Córdoba, Argentina.

Objetivos: Determinar si existe relación entre la carga isquémica dada por el nivel de (cTnT) y hallazgos angiográficos y la evolución hospitalaria (EH) en pacientes (p) con Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del ST (SCASEST).
Material y Método: Se analizaron en forma prospectiva todos los p que ingresaron a la Unidad Coronaria del Sanatorio Allende con SCASEST y se les efectuara una CCG. Se correlacionó el nivel de cTnT con los hallazgos angiográficos y EH para lo cuál se tuvo en cuenta: Angor Recurrente (AR), IAM, cirugía de revascularización (CRM), Insuficiencia Cardíaca (IC), Muerte, Muerte y/o IAM. Análisis Estadístico: Prueba de CHi Cuadrado convencional con un grado de libertad excepto en algunos casos donde se aplicó el Test Exacto de Fisher y la tendencia lineal de proporciones sólo en el caso de que el CHi Cuadrado fuera significativo. De acuerdo al nivel de (cTnT) se los dividió a los p en tres grupos. G° A <0,01ng/ml, G°B 0,02-0,09ng/ml y G°C >0,10ng/ml.
Resultados: De 342p se analizaron 237p con SCASEST, 32,1% >70ª y 71,7% hombres. Se los dividió en los tres G° mencionados. cTnT y N° de vasos afectados: G°A: 42,4% sin lesiones mientras que los G°B y C tuvieron el mismo porcentaje de lesiones de 2 y 3 vasos (p<0,001). cTnT y localización de las obstrucciones: Coronaria Derecha (CD) (p<0,001), Descendente Anterior (DA) (p<0,001) y Circunfleja (CX) (p<0,002) había una mayor incidencia de lesiones coronarias en estos vasos a mayor grado de injuria. cTnT y Trombo Intracoronario (TIC) y Severidad de las obstrucciones: no había diferencias significativas con los niveles de cTnT. cTnT y EH: diferencias significativas a mayor nivel de cTnT muerte (p<0,05), ICC (p<0,003) y Muerte y/o IAM (p<0,05).
Conclusión: Se observó correlación entre los niveles de cTnT y el número de vasos comprometidos en la CCG, mayor frecuencia de compromiso de CD, DA y CX y mayor tasa de eventos intrahospitalarios, fundamentalmente ICC. Se observó escaso número de TIC.

Infarto Agudo de Miocardio en Mujeres: Características Clínicas y Evolución a Corto y Largo Plazo en Relación a los Varones. 094

Macin SM, Perna ER, Coronel ML, Romero M, De La Rosa MJ, Olmedo M, Garcia W, Titiesky L, Badaracco JR

Unidad Coronaria, Instituto de Cardiología "JF Cabral", Corrientes, Corrientes, Argentina.

Objetivos: Comparar características clínicas y pronóstico a corto y largo plazo en mujeres (W) y varones (M) con infarto agudo de miocardio (IAM).
Métodos: Desde 01/2001 a 12/2004 fueron admitidos en forma prospectiva y consecutiva 536 pacientes con IAM, dentro de 24 horas de evolución. Ciento cuarenta y cuatro (26.9%) fueron mujeres (Grupo I) se compararon con los restantes (grupo II).
Resultados: La edad media en el grupo I fue mayor (65.5±12.9 vs 60.4±11.6, p<0.001) años. Las mujeres fumaban menos que los varones (25 vs 46.7%, p<0.001), presentaban con menor frecuencia IAM previo (18.1 vs 25.3%, p=0.008), y mayor frecuencia de angina crónica estable (20.8 vs 12%, p=0.01), estaban mas taquicárdicas al ingreso (83 vs 79%, p=0.01), menor peso (75.7 vs 86.6 Kg, p<0.001), mayor nivel de creatinina (1.17 vs 1.15 mg/dl, p=0.02) y urea (0.50 vs 0.43, p=0.003), con similar FE(51.2 vs 50.9%). Tuvieron peor evolución hospitalaria: muerte (9.7 vs 4.8%,p=0.037), angina refractaria (9.7 vs 4.2%, p=0.039), edema agudo de pulmón (12.5 vs 5.4%,p=0.005), fibrilación auricular (7.6 vs 3.6 %, p=0.04); y alejada: mortalidad (9.7 vs 4.8%, p=0.037). Recibían en forma similar estrategias de reperfusión con trombolíticos (21.4 vs 20.3%, p=ns), y angioplastia primaria (18.1 vs 21.8%,p=ns). La sobrevida a 54 meses fue 82.6 vs 90% en los grupos I y II respectivamente (long rank test: p=0.032). En el modelo proporcional de Cox el sexo fue un predictor significativo (OR= 1.71, p=0.035, IC 95% 1.039-2.839), sin embargo al ajustar el modelo, no permaneció en el mismo: edad (OR=1.033, p=0.006 IC95% 1.010-1.058), al ingreso: urea (OR=4.275, p<0.001, IC 95% 1.006-1.031), frecuencia cardiaca (OR=1.018, p=0.004 IC95% 1.006-1.031), Killip (OR=2.771, p=0.01 IC95% 1.276-6.016).
Conclusiones: Las mujeres admitidas por infarto agudo tienen un perfil de riesgo diferente a los varones, tanto a corto como a largo plazo, a pesar de ser tratadas en forma similar. El sexo fue un predictor de riesgo independiente.

Infarto Inferior con Injuria de Ventrículo Derecho: Incidencia, Complicaciones y Mortalidad. 095

Stroppi H, Bisogni C, Meiriño A, Zapata G

Unidad Coronaria, Cardiología Clínica, Instituto Cardiovascular de Rosario (ICR), Rosario, Santa Fe, Argentina.

Introducción: El infarto agudo de miocardio (IAM) con injuria (I) de ventrículo derecho (VD) suele presentarse con mayor morbilidad, requiriéndose más recursos terapéuticos, sin provocar, no obstante, aumento en la mortalidad.

Objetivos: Determinar la frecuencia, forma de presentación, tratamiento y mortalidad del IAM con I de VD en nuestra población.

Material y método: Se analizó a los IAM inferiores de una base de datos que incluyó prospectiva y consecutivamente a 750 pacientes (P) ingresados a la institución con IAM desde el año 1995 hasta la fecha. Se conformaron 2 grupos: A (sin I de VD) y B (con I de VD). Variables: clínicas, factores de riesgo, antecedentes cardiovasculares, tratamiento y complicaciones.

Resultados: Grupo A: n 239 P. Grupo B: 76 P. Killip y Kimbal 1 durante la internación: A 173 (74.6%) vs B 43 (56.7%) p=0.01. Antecedente de HTA: A 105 (43.9%) vs. B 46 (60.5%) p=0.02. Requerimiento de drogas inotrópicas: A 21 (8.7%) vs B 25 (32.9%) p=0.000002. Tratamiento de reperfusión: A 101 (42.2%) vs B 54 (71%) p=0.00001. Necesidad de marcapasos: A 10 (4.2%) vs B 8 (10.5%) p=.0048. Taquicardia ventricular: A 46 (19.2%) vs B 26 (34.2%) p=0.0077. Creatin quinasa máxima: A 480 UI/lt vs B 841 UI/lt, p=0.04. Resto de las variables sin resultado estadísticamente significativo.

Conclusiones: Los pacientes con injuria de ventrículo derecho se presentaron con mayor compromiso hemodinámico, arritmias complejas y extensión de la necrosis. Por lo tanto fueron hallados mayores niveles enzimáticos, requerimiento de marcapaso y tratamiento de reperfusión. La mortalidad fue similar en los 2 grupos analizados.

Los Menores de 40 Años. Un Nuevo Grupo Etareo en el Infarto Agudo de Miocardio. 096

Mosca S, Capece R, Borgo J, Gimigliano A, Gimenez A, Gutierrez O, Lage S

Unidad coronaria, Terapia Intensiva, HIGA Evita Lanus, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: analizar el impacto de los factores de riesgo y las complicaciones durante la internación en la unidad coronaria de pacientes (pac) con infarto agudo de miocardio (IAM) en distintos grupos etáreos.
Material y método: se incluyeron 616 pac con IAM desde julio 2001 a diciembre de 2005, se formaron 3 grupos (G); GJ (< 40 años) n:21, GM (40 y 74 años) n: 555 y GA (=>75 años) n: 40, en cada G se consideraron infartos (IAM) tipo Q y No Q y se estudiaron distribución por sexo, los factores de riesgo hipertensión arterial (HTA), dislipemias (DLP), tabaquismo (TAB), diabetes (DBT), insuficiencia cardíaca (IC), shock cardiogénico (SC) y muerte (M).
Resultados: Se hallaron diferencias significativas en predominio de mujeres GA IAM Q y no Q(p<0.002 y <0.03) vs. GJ, en prevalencia de HTA GM no Q vs GJ IAM Q(p<0.05 y p0.01),TAB mayor en GJ IAM Q vs GA IAM Q y no Q (p<0.0001 y p<0.04), la M en GA IAM Q es mayor que GA IAM no Q(P<0.05),GM IAM no Q (<0.00001),GM IAM Q (p<0.001) y que en GJ IAM Q (P<0.07),el SC fue mayor en GM IAM Q vs GM IAM no Q (p<0.009) y la IC fue mayor en GA IAM no Q vs GM IAM no Q (p <0.04).
Conclusiones: del total de pac. con IAM predomina el sexo femenino en el GA. Los pac jóvenes con IAM Q presentan menos prevalencia de HTA y mayor TAB. Los mayores de 75 años con IAM Q tienen mayor mortalidad y los no Q mayor IC. El SC fue mayor en el GM con IAM Q.

	GJ n: 21		GM n: 555		GA n: 40	
IAM	Q n:15	no Q n:6	Q n:389	no Q n:166	Q n:23	no Q n:17
Edad	36.7±1.4	32.4±3.1	57.1±0.9	59.6±0.8	79.8±1.7	78.1±1.4
Masc	14 93.3%	5 83.3%	332 85.3%	129 77.7%	6 26%	9 52.9%
HTA	5 33.3%	4 66.6%	222 57%	119 71.6%	18 78.2%	10 58.8%
TAB	13 86.6%	3 50 %	262 67.3%	90 54.2%	4 17.3%	3 17.6%
M	1 6.6%	0	48 12.3%	5 3%	7 30.4%	1 5.8%

Relación entre Niveles de Troponina T y el ECG y los Marcadores de Inflamación, en los Síndromes Coronarios Agudos

097

Acevedo Miño M, De Elías R, Kiener O, Bono JO

Unidad Coronaria, Laboratorio Central, Sanatorio Allende, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: Se le ha dado importante trascendencia a la inflamación como mecanismo fisiopatológico y el rol que cumple en los SCA.
Objetivos: Establecer que relación existe entre los marcadores de inflamación y los Síndrome Coronarios Agudos sin y con elevación del ST (SCASEST y SCACEST). Determinar si hay alguna relación entre los marcadores de inflamación y los niveles de troponina T (cTnT) y de CPK-MB en los SCA.
Material y Métodos: Se incluyeron prospectivamente todos los pacientes ingresados con SCA en la Unidad Coronaria del Sanatorio Allende que disponían de un recuento del glóbulos blancos (GB), Neutrófilos (N), (cTnT), CPK -MB, Proteína C (PCR) y ECG. Se consideró CPK-MB >5%; Leucocitosis (L) > GB 10000/mm3; Neutrofilia (N >80%) y PCR >0,5mg/ml.
Resultados: ECG y marcadores de inflamación: Se observó que la (L) en SCACEST fue 71,6% vs 34,6% SCASEST (p<0,001), (L+N) en SCACEST fue 55,9% vs 23,6% SCASEST (p<0.001) y la PCR fue SCACEST 67% vs 51,2% SCASEST (p=0,426). Relación entre cTnT y marcadores de inflamación nos encontramos con que: (L) 51,6% vs 29,8% vs 6,1% para cTnT >0,1; 0,02-0,09 y <0,01ng/ml (p<0,001) respectivamente. (L+N): 36,3%; 21,3% y 1,5% para cTnT >0,1; 0,02-0,09 y <0,01ng/ml (p<0,001) y la PCR >0,5 la diferencia no fue significativa 0,007. Relación entre CPK-MB e inflamación: (L): CPK-MB(+) 73,8% vs 29,1% CPK-MB(-)(p<0,001) y (L+N): (CPK-MB(+) 54% vs 21,1% CPK-MB(-) (p<0,001) y PCR: CPK-MB(+)70,6% vs 54,8%CPK-MB(-) (p=0,03)
Conclusión: En los SCA existe una íntima relación entre el grado de inflamación y de injuria miocárdica. Los SCACEST se acompañaan de un mayor grado inflamación que los SCASEST.

Relevamiento del dolor Torácico en la Sala de Urgencias.

098

Petroni D, Reynoso JI, Juarez R, Grilli A, Merich L, Carbo Amoroso EJ, Malizia AA, Heymo MJ, Piccirilli GA, Gazzul MA

HIGA San Felipe, San Nicolás, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La etiología del dolor torácico (DT) resulta en ocasiones difícil de diagnosticar, desencadenando manejos terapéuticos inadecuados. La FAC aconseja revisar el proceso de atención y pautar esquemas de funcionamiento para evitar errores en el manejo de estos pacientes.
Objetivo: Determinar la actividad asistencial generada por el dolor torácico como motivo de consulta urgente e ingreso hospitalario en nuestro medio.
Materiales y métodos: Se revisaron retrospectivamente los datos del libro de admisión de la Sala de Urgencias y de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados por dolor torácico, entre el 1 de Septiembre al 30 de Noviembre del 2005. De las consultas por dolor torácico se tuvieron en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, destino de los pacientes; y de los ingresos hospitalarios, el diagnóstico al alta.
Resultados: N=6899. Dolor torácico: 205 (2.68 %). Consultaron 110 mujeres y 95 hombres y requirieron internación 20 hombres vs 12 mujeres. En total fueron internados 32 pacientes, 7 en sala de clínica médica y 25 en UCO. 173 fueron dados de alta desde la sala de guardia.
Conclusión: Los datos obtenidos en nuestro trabajo ponen de manifiesto diferencias significativas respecto a los publicados en los EE.UU., donde el 5% de las consultas en urgencias se debe a DT (60 % ingresos) y sólo un 2.68 % en nuestro medio (15.6% ingresos), valores similares a los comunicados en el Reino Unido y España, pudiendo atribuirse a diferencias epidemiológicas, sanitarias y legales. No podemos precisar si esta actitud con más inclinación a dar el alta en nuestro medio es correcta o incorrecta, dada la ausencia de datos acerca de la evolución tras el alta del servicio de urgencias. Ante este problema, se hace necesario definir su importancia y el posible beneficio de métodos evaluatorios más específicos o Unidades de Dolor Torácico que se asocian a una reducción significativa de las hospitalizaciones, así como de los costos ocasionados.

Ritmo Idioventricular Acelerado Alternando Morfología de Rama Derecha con Rama zquierda luego de Streptokinasa.

099

Scasso GR, Butron B, Perez PC

Unidad Coronaria, Cardiología, Hospital Posadas, V. Sarmiento, Buenos Aires, Argentina

Esta arritmia tiene un inicio gradual, usualmente durante bradicardia sinusal o la fase lenta de arritmia sinusal, con una duración breve (6 a 30 latidos). Observada inicialmente en el 36 al 100 % de los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM).

Objetivos: Comunicar un caso de ritmo idioventricular acelerado (RIVA) con morfología alternante de rama derecha e izquierda.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión en PubMed, de la literatura en inglés y esta es la primera descripción de RIVA con morfología alternante en un paciente con IAM.

Descripción y conclusiones: CS; Paciente masculino de 60 años, ingresa por dolor precordial de 1 hora de evolución; hipertenso (145/95), taquicárdico (105lpm); soplo eyectivo aórtico con acmé proto meso sistólico y segundo ruido conservado.
Supradesnivel del segmento ST de V1 a V4, DI y aVI con onda monofásica, qS de V1 a V3, infradesnivel del segmento ST de 1mm en DII, DIII, y aVF.
Tabaquista, con angina crónica estable. No medicado.
Se administra ácido acetil salicílico (aas), di nitrato de isosorbide, morfina y Streptokinasa (STK) 1.500.000 U.
Evoluciona con disminución del dolor, disminución de sumatoria del ST >50%, pico enzimático precoz y RIVA, con morfología de rama izquierda y luego con morfología de rama derecha.
Laboratorio (datos positivos): Glóbulos blancos 12000; Glucemia 143.
Pico máximo de CPK 2791UI.; CPK MB304UI. CPK Masa 19,6
Ecocardiograma: Aquinesia antero septal basal y medial. Estenosis aórtica leve.
Tratamiento: aas, clopidogrel, estatinas, enalapril, atenolol.
En controles posteriores al alta asintomático.
La aparición de RIVA en pacientes con IAM parece estar modulado por un efecto estimulante simpático, mientras que una respuesta vagal contra-regulatoria parece ejercer un profundo efecto sobre su supresión.
El RIVA precoz ofrece información sobre tiempo de reperfusión y permeabilidad de la arteria coronaria; pero también parece indicar daño miocárdico y motilidad anormal

Síndrome Coronario Agudo sin Elevación del St: Ha Cambiado la Evolución Intrahospitalaria con las Nuevas Terapias?

100

Coronel ML, Macin SM, Perna ER, Barrios P, De La Rosa M, Garcia W, Aguero F, Parra Moreno J, Badaracco JR

UCIC, Instituto de Cardiología "JF Cabral", Corrientes, Corrientes, Argentina.

Objetivos: Evaluar características clínicas, manejo y evolución intrahospitalario del síndrome coronario sin elevación del segmento ST (SCAsST).

Material y método: Se incluyeron prospectivamente 461 pacientes (ptes) ingresados a la Unidad Coronaria con (SCAsST) desde enero 2002 a mayo del 2005, de ellos 20.8% fueron infartos no Q. Doscientos setenta y siete eran hombres (60.15%), 22.6% diabéticos, 35.4% tabaquistas, 20% tenían antecedente de infarto previo, 47% tomaban previamente aspirina y 40.6% beta bloqueantes.

Resultados: La edad media fue de 62.3 años±12 años. El 60.15% eran hombres, 22.6% diabéticos, 35.4% tabaquistas, 20% tenían antecedente de infarto previo, 47% tomaban previamente aspirina y 40.6% beta bloqueantes. La tensión arterial media al ingreso fue 137±25 mmHg y la FC de 81±20.4 lat/min, el peso de 79±15 kg. El 62.5% tenían cinecoronariografía en internación. El 94.2% fueron medicados con aspirina, clopidogrel 75%, heparina, 70.9%, estatinas 68%, IECA y ARA II 77.8%. Recibieron angioplastia el 68% de los pacientes estudiados y 6.8% fueron llevados a cirugía de revascularización miocárdica. Durante la hospitalización hubo un mortalidad de 1.2%, infarto/re-infarto: 1.4%, y angina recurrente de 11.59%

Conclusión: Si bien las características clínicas de pacientes con SCA no son diferentes a años previos, la mayor utilización de terapias actuales recomendadas en las guías ha mejorado la evolución intra-hospitalaria.

Superioridad de la Troponina T sobre la CK-MB en la Detección de Necrosis Miocárdica Mínima en los SCA sin Elevación ST. 101

Acevedo Miño M, Kiener O, De Elias R, Bono JOE

Unidad Coronaria; Laboratorio Central, Sanatorio Allende, Córdoba, Córdoba, Argentina.

Objetivos: demostrar la sensibilidad (S) y especificidad ¸ de la CK y CK-MB con respecto a la Troponina T (cTn-T) en la detección de necrosis miocárdica en pacientes (p) con Síndromes Coronarios Agudos Sin Elevación des ST (SCASEST). Establecer los posibles factores implicados de una CK-MB "falsos negativos".
Material y Métodos: de 339p con SCA ingresados en la unidad coronaria del Sanatorio Allende, se seleccionaron 237p con SCASEST (69,9%), 124 p con cTn-T >0,10pg/ml o positivas (52,3%) y 113p cTn-T de menor valor (47,7%). Se utilizó la cTn-T como valor Oro, la (S) y (E) de CK y CK-MB para el dgtco de necrosis miocárdica. Se compararon características Clínicas, marcadores de inflamación y CCG entre p "falsos (-)" (CK-MB (-) con cTn-T(+) y verdaderos (+) (CK-MB y cTn-T (+)). Análisis Estadístico: significacion estadística con test exacto de Fisher. Para el resto de contrastes se utilizó prueba de Chi Cuadrado de Pearson.
Resultados: la Ck identificó correctamente 64p de los 124p cTnT (+) (S54,6%) y 68p de 113p cTnT (-) (E 60,2%) (p=0,021; Kappa 0,15) con 39,8% y 45,2% de falsos (+) y (-) respectivamente y una razón de verosimilitud (RV) de 1,4. La CK-MB identificó correctamente 43p de los 124p cTnT (+) (S34,7%) pero hasta 110p de 113p cTnT (-) (E97,3%) (p=<0,001;Kappa 0,31) con 2,7% y 65,3% de falsos (+) y (-) respectivamente y una RV de 12,9.
Conclusiones: la CK es insensible e inespecífica respecto a cTnT. La CK-MB es insensible aunque altamente específica, por lo que una CK-MB (+) tendría un valor predictivo de necrosis del 93,5%, mientras que una CK-MB (-) no aportaría ninguna información clínica relevante por si misma. Las diferencias observadas entre la CK-MB (-) y (+) fueron electrocardiográficas, la negativas se relacionaron significativamente a isquemia subepicárdica mientras que las positivas a infradesnivel del ST.

Accesos Vasculares para Hemodiálisis: Las Crioprótesis Permiten Reducir las Diferencias Biomecánicas con los Vasos Nativos. 102

Bia D, Zócalo Y, Armentano R, Perez H, Galli C, Saldías M, Alvarez I

Tecnología Biomédica, FICEN, Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina; Deptartamento Fisiología, Facultad de Medicina; INDT MSP, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Introducción: Diferencias biomecánicas entre prótesis y vasos nativos se relacionan con la falla de los accesos vasculares (AV) para hemodiálisis. Si bien resta establecer su similitud mecánica con los vasos nativos, los homoinjertos criopreservados venosos (CV) o arteriales elásticos (CAE) y musculares (CAM) se consideran potenciales soluciones a este problema.

Objetivo: Comparar la conducta biomecánica de arterias nativas, homoinjertos criopreservados, y las prótesis más utilizadas.

Métodos: de 6 donantes se obtuvieron arterias humerales (AH,n=12), carótidas (AC,n=12) y femorales (AF,n=12), y venas safenas (VS,n=12). Todas las AH, y la mitad de las AC, AF y VS se estudiaron en estado fresco; las restantes AC, AF y VS, se estudiaron luego de criopreservarlas durante 30 días. En cada vaso y en 6 prótesis de politetrafluoroetileno expandido (ePTFE) se midió in vitro presión y diámetro, durante estados hemodinámicos que simularon los fisiológicos. Se calculó: viscosidad (V,mmHg.s/mmm), elasticidad (E,mmHg/mm), complacencia (C,cm^3/mmHg), distensibilidad (1/mmHg) e impedancia (Zc, dinas.s/cm^3). Para cada índice, se cuantificó el acoplamiento mecánico entre prótesis y vaso nativo como el cociente entre el índice del vaso nativo y el protésico.

Resultados: La Tabla muestra VM±DE (ANOVA+Bonferroni:a,b,c,d,e,f indican p<0.05 respecto del segmento de la columna anterior, respectivamente.

Conclusiones: Las crioprótesis presentaron mayor acople biomecánico con los vasos nativos (AH, AC y AF) que las actualmente utilizadas (VS y ePTFE).

	AH	AF	VS	ePTFE	CV	CAM	CAE
V	3.9±1.3	11.6±1.3 [a]	1.3±0.4 [ab]	0.1±0.1 [abc]	1.3±0.3 [abd]	11.8±1.0 [acde]	3.1±0.2 [abcdef]
C	3.5±0.7	3.0±1.1 [a]	1.5±0.5 [ab]	0.4±0.1 [abc]	1.6±0.5 [abd]	2.7±0.5 [acde]	12.3±5.1 [abcdef]
D	12.8±1.0	6.0±2.4 [a]	4.1±0.6 [ab]	1.5±0.1 [abc]	4.1±0.6 [abd]	5.3±0.9 [abcde]	24.5±9.48 [abcdef]
E	285.7±54.5	426.8±42.7 [a]	515.8±134.1 [ab]	19364.8±23.4 [abc]	505.8±142.1 [abd]	435.5±39.3 [acde]	112.8±10.0 [abcdef]
Zc	3.8±0.7	3.0±0.4 [a]	4.1±1.4 [b]	30.0±0.2 [abc]	4.2±1.4 [abd]	3.0±0.3 [acde]	1.5±0.1 [abcdef]

Angiotensina Ii Aumenta La Contractilidad Cardíaca A Través De La Liberación De Endotelina-1 Endógena. 103

Ennis IL, Villa Abrille MCM, Garciarena CD, Torbidoni V, Suburo AM, Aiello EA, Cingolani HE

UNLP, Centro de Investigaciones Cardiovasculares, La Plata; Universidad Austral, Facultad de Ciencias Biomédicas, Pilar, Buenos Aires, Argentina.

Muchos efectos clásicamente atribuidos a la acción de la Angiotensina II (AngII) se ha visto que son mediados por Endotelina-1 (ET-1). En miocitos aislados de gato estudiamos el efecto inotrópico positivo (EIP) de la AngII y la posible participación de la ET-1 en el mismo. El EIP de la AngII fue dosis dependiente, alcanzando su máximo a la concentración 100 nM. El bloqueo inespecífico de los receptores de ET-1 con TAK044 desplazó hacia abajo la curva dosis-efecto, anulando totalmente el EIP de AngII 1nM. El EIP de la AngII 1 nM también fue abolido por losartan (bloqueante AT1) y por BQ123 (bloqueante ETA). Posteriormente se investigó por RT-PCR en tiempo real el efecto de esta dosis de AngII sobre la expresión de ET-1 y ET-3 antes y después de incubar los miocitos con AngII durante 15 minutos. La AngII 1nM aumentó la abundancia del mRNA de la ET-1 a un 241±39 % respecto de los miocitos no estimulados (n=8 determinaciones por grupo; p<0.05), pero no afectó la expresión de la ET-3 (134±28 %, n=12). El aumento de la expresión de ET-1 fue cancelado por losartan (74±20 %, n=3), y por el inhibidor de la NADPH oxidasa, apocinina (77±15 %, n=5), indicando que la expresión de ET-1 aumenta por estimulación AT1 y subsecuente aumento del nivel intracelular de iones O2-. Experimentos de inmunohistoquímica corroboraron la presencia de prepro ET-1, big ET-1 y ET-1 en el interior de los miocitos cardíacos, sugiriendo que estos son, además del blanco, la fuente de ET-1. En conclusión, estos resultados indican que el EIP de la AngII se produce a través de la activación de los receptores AT1, que inducen la liberación y posterior formación de ET-1 que a través de la estimulación de los receptores ETA dispara la cadena de eventos intracelulares que conducen al aumento de la contractilidad. El hecho de que el aumento del mRNA de ET-1 se evidencie luego de 15 min de incubación con AngII sugiere que éste ocurre para restaurar los niveles intracelulares preexistentes de ET-1.

Caracterización Regional de la Biomecánica Venosa: Rol de la Complacencia y Viscosidad en el Retorno Venoso. 104

Lluberas S, Zócalo Y, Bia D, Galli C, Cabrera E, Armentano R

Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay; FICEN, Universidad Favaloro; Ciencia y Tecnología, SECYT, UTN-FRBA, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Si bien diferentes características del sistema venoso se han relacionado con la regulación del retorno venoso, el rol de las propiedades biomecánicas venosas sobre esta función no ha sido aclarado.
Objetivo: Caracterizar las propiedades biomecánicas de la pared venosa, y sus diferencias regionales, y analizar el rol que podrían desempeñar en el control del retorno venoso.
Métodos: In vitro, se midió presión (P) y diámetro (D) en segmentos de vena yugular (VY), cava anterior (VCA), cava posterior (VCP), y femoral (VF), procedentes de siete ovinos, durante cambios cíclicos en presión entre 0 y 50 mmHg. Se construyó la relación D-P, que presentó histéresis, y se calculó la complacencia venosa (10^-2 mm/mmHg) a bajas (BP, <10 mmHg) y altas presiones (AP; >25 mmHg), en la fase de carga (CC-BP y CC-AP) y descarga (CD-BP y CD-AP), mediante el cálculo de pendientes de la relación D-P. La diferencia entre las complacencias obtenidas a altas y a bajas presiones (dCAP y dCBP respectivamente, mm/mmHg), y el índice viscoso (V, mmHg.s/mm) obtenido utilizando el modelo Kelvin-Voigt, permitió caracterizar la histeresis y la viscosidad parietal.
Resultados: La tabla muestra valores medios±desvío estandar. Se realizó ANOVA+Bonferroni: a,b,c indican p<0.05, respecto de VY, VCA y VCP.
Conclusión: Las venas presentaron diferencias biomecánicas región-dependientes. La viscosidad y complacencia, y las diferencias regionales en las mismas, podrían considerarse como mecanismo de compensación pasivo, inmediato, importante en el rol de las venas en la determinación del retorno venoso.

	CC-BP	CC-AP	CD-BP	CD-AP	V	dCAP	dCBP
VY	6.8±1.1	1.2±0.3	27±5	0.24±0.04	0.89±0.13	11.2±2.1	307.4±57.7
VCA	26±3.4[a]	4.0±0.7[a]	66±9[a]	0.65±0.05[a]	0.35±0.09[a]	5.2±1.9[a]	148.1±24.6[a]
VCP	14±2.1[ab]	0.7±0.1[ab]	40±6[ab]	0.43±0.07[ab]	0.43±0.17[a]	5.5±1.8[a]	157.9±27.9[a]
VF	10±1.3[abc]	0.5±0.1[ab]	19±3[abc]	0.20±0.04[bc]	1.53±0.23[a,b,c]	11.3±2.0[b,c]	340.8±60.5[b,c]

Como están Medicados los Pacientes Portadores de Arteriopatía Periférica con Diabetes. 105

Rizzardi JL, Concetti AE, Concetti C, Mangupli A

Dpto. de Pie Diabético, Cirugía Cardiovascular, Hospital Español, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Objetivo: evaluar cúales fármacos reciben los pacientes con arteriopatía periférica con diabetes, para reducir las complicaciones cardiovasculares.
Material: ingresan a este registro 44 pacientes portadores de arteriopatía periférica con antecedentes de diabetes tipo 2, en el período de junio del 2004 a diciembre del 2005. Se registró la distancia de marcha, para establecer la clase funcional y la medicación recibida para control de la hipertensión, dislipidemia. Se completó con el peso y altura.
Método: Se realiza una encuesta con la búsqueda de los datos de sexo, edad, antecedentes de Hipertension, Dislipidemia comprendiendo en este grupo si correspondían a elevaciones del colesterol y/o triglicéridos, ingesta de aspirina. Los fármacos Hipotensores se dividieron en bloqueantes cálcicos (Bl.Ca), inhibidores de la convertasa (IECA), o sartanes. Refiriéndose al tratamiento de la dislipidemia interesaba si recibían estatinas o fibratos. En cuanto a la arteriopatía todos los pacientes estaban en clase funcional III /IV.
Resultados: la edad oscila 29 a 80 años, sexo 22 mujeres y 22 hombres, la hipertensión estuvo presente en 35 (79%) ptes, estando medicados 26 (74%) de ellos. La distribución de la medicación fue: IECA 14 ptes, 6 con Bl.Ca, sartanes 4 y asociación de IECA y Beta bloqueantes 2.
La hipercolesterolemia estuvo presente en 40 ptes (90%), en tratamiento con estatinas 21 ptes (52%). Hipertrigliceridemia estuvo presente en 6 ptes,. 2 no tratados los 4 restantes recibía fibratos. En referencia a la ingesta de AAS fue positiva en 28 ptes (63%), 1 con Hemorragia.digestiva.
Conclusión: la hipertensión fue un factor riesgo frecuente 35/44 ptes, medicado 26 de ellos. La hipercolesterlemia estuvo en 40 ptes, estando en tto 21 ptes. La hipertrigliceridemia solo se presentó en 6 ptes, 4 en tto. La AAS estuvo como ingesta regular en 28 ptes.
Puede decirse que los factores de riesgo como la hipertensión y dislipidemia no han sido satisfactoriamente controlados.

Comportamiento de Variables Plasmáticas Proaterogénicas en Situación de Estrés Agudo. 106

Báez MC, Moya M, Táran M, Campana V, Simes JC, Piccini D, Palma JA

Cátedra Física Biomédica, Fac. Cs. Médicas, U.N.Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina.

Se estudiaron factores de riesgo cardiovasculares asociados a estrés agudo. La inducción proinflamatoria se realizó por laparotomías (Lx) (2Lx/8 días). El estrés agudo se indujo por inmovilización del animal en un tubo cilíndrico de polipropileno durante 15'antes de la injuria quirúrgica y 15'antes de la extracción de sangre, tanto en el grupo control como en los injuriados+estrés. La dieta hipergrasa adicional que se suministró a algunos grupos estaba compuesta por: 1,5 ml de aceite de oliva (Sigma), 40mgs de colesterol (Sigma) y 0,5 ml (equivalente a 8mgs) de vitamina D2, por dosis oral/ por animal/ por 8 días. FP (mg/dL) se determinó por espectrofotometría. Colesterol total (mg/dL) se dosó por Método CHOD/PAP-Trinder colorimétrico. Triglicéridos (mg/dL) se determinó por Método Enzimático Color-GPO/PAP. HDL colesterol (g/L) se dosó por técnica de Reactivo Precipitante. LDL colesterol (g/L) se determinó por Método Enzimático Colorímetrico.

La exposición activaría el Sistema Simpático Adrenal (SAS) y al eje Hipotálamo-Hipofiso-Adrenal. Fibrinógeno aumentaría por la misma vía. Hipercolesterolemia se debería al aumento de la actividad lipolítica y al incremento de los glucocorticoides generada por el síndrome de adaptación. Los mecanismos generados por la injuria quirúrgica y por el estrés potenciarían el incremento de fibrinógeno. Estas variaciones plasmáticas reflejarían disfunción endotelial, La hiperfibrinogenemia asociado a los otros factores de riesgo potenciaría la disfunción vascular.

Grupos	n	Fibrinógeno (mg/dL)	Colesterol (mg/dL)	Triglicéridos (mg/dL)	Colesterol HDL (g/L)	Colesterol LDL (g/L)
Control (A)	18	207.0±3.0	69.7±1.6	81.7±2.2	0.61±0.019	0.11±0.01
Estrés Agudo (B)	18	248.8±7.3	77.0±2.2	79.8±3.8	0.63±0.005	0.15±0.03
EA + I T (C)	18	265.7±6.7	84.0±1.9	86.0±3.9	0.64±0.007	0.13±0.02
EA+ IT+ DH (D)	18	276.3±9.0	98.7±2.2	104.1±5.1	0.56±0.003	0.45±0.05

Fibrinógeno: (A)vs(B): p<0.001; (A)vs (C):p<0.001;(A)vs(D):p<0.001;(B)vs(C): p<0.01;(B)vs(D): p<0.001; (C) vs (D): p<0.01. Colesterol:(A)vs(B):p<0.02; (A)vs(C):p<0.01; (A)vs (D): p<0.001; (B)vs(D):p<0.001;(C)vs(D): p<0.001. Triglicéridos: (A)vs (D): p<0.001; (B) vs (D): p<0.001; (C) vs (D): p<0.001. Colesterol HDL: (A) vs (D):p<0.01; (B) vs (D): p<0.01; (C) vs (D): p<0.01. Colesterol LDL: (A) vs (D): p<0.001; (B) vs (D):p<0.001; (C) vs (D): p< 0.001.

Efectos de la Contrapulsación Intra-Aórtica sobre las Propiedades Viscoelásticas Aórticas. 107

Camus JM, Bia D, Armentano RL, De Forteza E, Zócalo Y, Cabrera Fischer EI

Tecnología Biomédica, FICEN, Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina; Deptartamento Fisiología, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

Introducción: La contrapulsación intra-aórtica (IABP) determina modificaciones en las propiedades biomecánicas arteriales que deben ser cuantificadas.
Objetivo: Caracterizar los efectos de la IABP sobre la tensión parietal y las propiedades viscoelásticas aórticas.
Material y métodos: Presión (P, mmHg), diámetro (D, mm) y flujo (F, L/min) aórtico, y electrocardiograma de superficie fueron registrados en 6 ovejas anestesiadas durante latidos control (LC), y durante latidos asistidos (LA) y no-asistidos (LNA) registrados durante una sesión de 30 minutos de IABP 1:2. A partir de las señales de P y D, se cuantificó el índice elástico (E, mmHg/mm) y viscoso (V, mmHg.s/mm), y la tensión circunferencial (T, dinas/cm^2) parietal para los tres tipos de latidos registrados: LC, LA y LNA.
Resultados: La Tabla muestra valores medios ± desvío estandar. Utilizando Test T pareados se comparó LC con los estados LA y LNA; * indica p<0.05 respecto LC.

Variable	Control	Contrapulsación 1/2 LA	Contrapulsación 1/2 LNA	Variable	Control	Contrapulsación 1/2 LA	Contrapulsación 1/2 LNA
P Sistólica	94±6	90±12	86±10	F Medio	2.1±0.6	2.1±0.6	2.5±0.7*
P Diastólica	82±6	77±11	77±11	T Media (10^6)	1.3±0.3	1.0±0.3*	1.0±0.4*
P Media	85±6	81±10	80±12	Elasticidad	18.2±5.9	24.7±6.1*	14.2±4.5*
D Medio	19.4±1.3	17.7±1.6*	17.8±1.7*	Viscosidad	0.8±0.3	1.0±0.3	1.2±0.3*

Conclusiones: Durante la IABP se encontró reducción en los niveles de tensión que soporta la pared aórtica (p<0,05). Adicionalmente, durante los LNA se encontró aumento en el F aórtico y en la viscosidad parietal (p<0.05), y reducción en los niveles de elasticidad (rigidez) aórticos (p<0.05). Esto efectos serían beneficiosos para el corazón, ya que disminuyen los niveles de poscarga ventricular, así como para el sistema arterial, ya que reducirían la usura mecánica e incrementarían la capacidad de amortiguamiento parietal.

Infarto de Miocardio y Quimerismo Mixto con Médula Ósea Alogénica en Cerdos Sexomismatch sin Inmunosupresión 108

Vicario J, Campo C, Piva J, Ortega H, Racca R, Pierini A, Pfeiffer H, Gerardo L, Zukas P, Dallo M

Cardiología Hemodinamia, Sanatorio Garay; Cirugía General, Cirugía Exp, H. Iturraspe; Cátedra de Veterinaria, Fac. de Veterinaria, Univ. Nac. Litoral, Santa Fé Santa Fé Argentina

Objetivo: Infarto experimental en Cerdos Hembra (CH) y administración de Médula Ósea Alogénica No Fraccionada (MOANF) de Cerdos Macho (CM) con el objetivo de determinar la presencia del cromosoma "Y" en tejido miocárdico y endotelio coronario.
Material y Método: Fase 1, infarto de miocardio inducido con ligadura coronaria por toracoscopía en 5 CH y coil coronario en 3 CH. Fase 2, a la semana administración de Médula Ósea (MO) de CM con compatibilidad de grupo sanguíneo en CH con infarto sin inmunosupresión, vía de administración seno coronario. Fase 3, a la 4ta semana estudio histológico, citogenético (bandeo G) de tejido infartado y sano, determinación cromatina sexual (corpúsculo de Barr) y cariotipo de sangre periférica-MO de receptor y donante.
Resultados: histopatológico, necrosis con incremento de células mononucleares y vasos neoformados en zona infartada. Citogenético, zona de infarto quimerismo mixto: a nivel del endotelio promedio 31% 40,XX (3) // 68% 40,XY (8) y miocardio 29% 40,XX (5) // 69% 40,XY (14). Zona sana endotelio y miocardio cariotipo 100% 40,XX (15). Sangre periférica y MO de CH cariotipo 100% 40,XX (25). La cromatina sexual fue observada en más del 50% de las células sanas y esta cuantificación disminuye a menos del 20% en las células del tejido infartado.
Conclusiones: la administración de MOANF y sexo mismatch en un modelo animal con infarto, promueve un quimerismo mixto, determinado por la presencia de cariotipo 40,XY en el miocardio y endotelio. Postulamos: 1- que estas células pueden ser derivadas de la MO, pero una fusión celular de las mismas con cardiomiocitos o células endoteliales puede haber ocurrido. 2- que la MOANF aporta células inmaduras que alcanzan solamente el tejido infartado no así el tejido sano, probablemente atraídas por la isquemia. Este estudio da bases para evaluación futura de funcionabilidad de estas células, grado de diferenciación y reparación comparada con administración de médula ósea autóloga.

La Adventicia Regula la Función Arterial Mediante un Mecanismo Activación Muscular-Dependiente. 109

Bia D, Armentano RL, Zócalo Y, Camus JM, De Forteza E, Cabrera Fischer EI

Tecnología Biomédica, FICEN, Universidad Favaloro, Buenos Aires, Argentina; Deptartamento Fisiología, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Introducción: Recientemente se ha descrito que la adventicia regula el tono del músculo liso vascular. Sin embargo, si la adventicia regula activamente las propiedades viscoelásticas arteriales, y consecuentemente la función de amortiguamiento (FA) y conducción (FC) arterial, resta por establecerse.
Objetivo: Caracterizar el rol de la adventicia sobre las propiedades viscoelásticas y función arterial.
Material y método: Presión (P) y diámetro (D) del tronco braquiocefálico ovino se midieron in vivo (n=8) e in vitro (n=8, en un simulador circulatorio), en condiciones isobáricas, antes (AD) y después (PD) de eliminar quirurgicamente la capa adventicial. A partir de las señales de P y D, se calculó el módulo elástico (E) y viscoso (V). La FA y FC se calcularon como V/E y 1/Zc, respectivamente (Zc: impedancia característica).
Resultados: La Tabla muestra valores medios±desvío estandar. Se realizó ANOVA + Bonferroni: a, b y c indican p<0.05 respecto In vivo AD y PD, e In vitro AD, respectivamente.

	P Media (mmHg)	D medio (mm)	E (dinas/cm²)	V (dinas.s/cm²)	FA (s)	FC (dinas.s/cm³)
In vivo AD	94.7 ±8.9	17.6 ±2.6	7.3 ±1.9	5.2 ±1.1	7.46 ±1.10	5.3 ±1.7
In vivo PD	*95.6± 8.2*	*15.2± 2.0[a]*	*13.6± 3.1[a]*	*9.1± 2.1[a]*	*6.62± 1.37[a]*	*3.0± 0.9[a]*
In vitro AD	95.9 ±5.1	19.5 ± 1.5[ab]	14.5 ± 2.4[a]	3.3 ± 0.8[ab]	2.47 ± 0.98[ab]	4.9 ± 0.8[b]
In vitro PD	95.4 ±4.9	19.5 ± 1.4[ab]	14.7 ± 2.8[a]	3.3 ± 0.7[ab]	2.41 ± 0.87[ab]	4.8 ± 0.7[b]

Conclusiones: Solo en el estado in vivo, en el que existen mecanismos intactos de control local músculo-dependientes, la eliminación de la adventicia determinó vasoconstricción, y modificaciones en E, V, FA y FC. Fisiologicamente, la adventicia controlaría el área de sección y viscoelasticidad, para así asegurar elevados niveles de FA y FC.

Refractariedad a Insulina en Arterias Mamarias Usadas para Bypass Coronario Independiente de Diabetes. 110

Joo Turoni C, Argiró S, Dantur J, Hasbani E, Peral De Bruno M

Centro Privado de Cardiología, Facultad de Medicina, UNT; Sociedad Tucumana de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina.

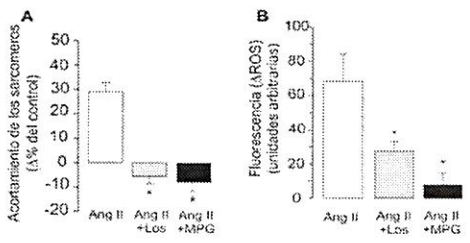
Introducción: Se ha establecido que las coronariopatías resultarían de disfunciones vasculares. Se ha postulado una alteración de los mecanismos regulados por oxido nítrico (NO) que llevarían alteraciones en la relajación vascular endotelio-dependiente. La insulina puede desempeñar un papel en la modulación del tono del lecho coronario.
Objetivos: Estudiar la reactividad a la insulina y a otras drogas vasoactivas de AM de pacientes no diabéticos.
Material y métodos: Muestra: Restos de Arteria Mamaria interna extraídas de cirugía de bypass de 7 pacientes no diabéticos de los que se obtuvieron anillos (5mm) que se colocaron en una cámara de órgano aislado a precarga de 2 g y se realizó una equilibración durante 90 min con lavados y tensados cada 15 min. Se midió el efecto de Insulina humana corriente (1UI/ml). Luego de la equilibración se midió óxido nitrico (NO) por el método de Griess. Los resultados se expresaron como mg de tensión o pMol de NO/mg de tejido. El análisis estadístico se realizó con test de Student y ANOVA.
Resultados: Ningún anillo no raspado presentó relajación por Ach. No se observó una buena relajación espontánea durante la equilibración. Las AM no presentaron respuesta a la Insulina en condiciones basales. Sin embargo mantuvieron sus propiedades vasorelajantes a NPS (Krebs: -0,4±1,3 mg, n=16 vs NPS:-1267,9±354,8 mg, n=5; p< 0,05). La CDRA a NA no modificó esta respuesta. Con respecto a sus propiedades contráctiles, los anillos de AM presentaron reactividad a NA sólo a valores máximos (10-5 M). Se encontró, a pesar de la falta de endotelio funcionante, liberación de NO en todas las arterias, sin diferencias entre las raspadas y no raspadas (4822,7±806,9 vs 4018,7±928,3 pMol/mg tejido, p: NS;n=13).
Conclusiones: La falta de respuesta a insulina en estas arterias indicaría que aún en etapas tempranas, se presentaría resistencia a la insulina.

Rol de las Especies Reactivas del Oxígeno en el Efecto Inotrópico Positivo de la Angiotensina II. 111

Guridi C, Villa-Abrille MC, Correa MV, Camilión de Hurtado MC, Aiello EA, Cingolani HE

Centro de Invest. Cardiovasc., Facultad de Medicina, UNLP; Residencia Universitaria de Cardiología, Hospital Italiano, UNLP, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

La formación de especies reactivas del oxígeno (ROS) por la Angiotensina II (Ang II) es un hecho comprobado. Estos efectos no son siempre deletéreos sino que constituyen vías de señalización intracelular de efectos fisiológicos o farmacológicos.
El objetivo del presente trabajo consistió en evaluar el papel de la generación de ROS en el efecto inotrópico positivo (EIP) de la Ang II.
Se utilizaron miocitos aislados de gato en los cuales se midió el acortamiento de los sarcómeros mediante una video-cámara y la producción de ROS por epifluorescencia. El EIP producido al exponer los miocitos a Ang II 1 nM durante 15 minutos (Figura, panel A) se vio asociado a un aumento de ROS (Figura, panel B). Ambos efectos inducidos por la Ang II fueron inhibidos por el bloqueo de receptores AT1 con losartan y por el secuestro de ROS, con MPG (Figura). Los resultados nos permiten concluir que la estimulación de los receptores AT1 por Ang II dispara la producción de ROS, que a su vez inducen el aumento de la contractilidad característico de este péptido.



Variaciones de Factores de Riesgos Cardiovasculares en Ratas en Situación de Estrés Crónico 112

Táran M, Moya M, Báez MC, Campana V, Spitale L, Simes JC, Palma JA

Cátedra Física Biomédica, Fac. Cs Médicas, U.N.Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina.

Se analizaron las concentraciones de fibrinógeno, colesterol, triglicéridos, colesterol HDL y colesterol LDL plasmático en ratas en situación de estrés crónico (EC). La inducción proinflamatoria se realizó por laparotomías (Lx) (1Lx/semana) por 30 días. El estrés crónico se indujo por inmovilización del animal en un tubo cilindrico de polipropileno durante 15' durante 30 días tanto en los animales estresados como los injuriados múltiples + estrés. La dieta hipergrasa adicional que se suministró a algunos grupos estaba compuesta por: 1,5 ml de aceite de oliva (Sigma), 40mgs de colesterol (Sigma) y 0,5 ml (equivalente a 8mgs) de vitamina D2, por dosis oral/ por animal/ por 8 días. FP (mg/dL) se determinó por espectrofotometría. Colesterol total (mg/dL) se dosó por Método CHOD/PAP-Trinder colorimétrico. Triglicéridos (mg/dL) se determinó por Método Enzimático Color-GPO/PAP. HDL colesterol (g/L) se dosó por técnica de Reactivo Precipitante. LDL colesterol (g/L) se determinó por Método Enzimático Colorímetrico.
Corticosterona plasmática se dosó por Radioinmunoanálisis (RIA). La anatomía patológica se estudio por Microscopía óptica.
La exposición prolongada activaría el Sistema Simpático Adrenal (SAS) generando aumento de las variables estudiadas asociadas a lesiones de la pared aórtico en los diferentes grupos estudiados. Estas lesiones podrían generar disfunción endotelial, modificaciones del estrés oxidativo con repercusión en la respuesta vasodilatadora.

Grupos	n	Fibrinógeno (mg/dL)	Colesterol (mg/dL)	Triglicéridos (mg/dL)	Colesterol HDL (g/l)	Colesterol LDL (g/L)
Control (I)	18	207.0±3.0	69.7±1.6	81.7±2.2	0.61±0.01	0.11±0.01
E C (II)	18	277.1±1.9	79.9±0.7	81.3±1.7	0.65±0.04	0.17±0.02
E C +I M (III)	18	377.6±6.9	81.8±3.1	80.9±2.8	0.45±0.07	0.48±0.06
E C+ I M.+ DH (IV)	18	391.5±5.8	88.6±1.8	99.7±3.1	0.42±0.03	0.65±0.04

X ± ES; Fibrinógeno: (I)vs (II): p<0.001; (I) vs (III): p<0.001; (I) vs (IV): p<0.001; (II) vs (III) p<0.001; (II) vs (IV): p<0.001; (IV) vs (III): p<0.01.Colesterol: (I) vs (II): p<0.01; (I) vs (III): p<0.01; (I) vs (IV): p<0.001; (II) vs (III): p<0.01; (II) vs (IV): p<0.01; (IV) vs (III):p<0.01. Triglicéridos: (I) vs (III): p<0.001; (I) vs (IV): p<0.001; (III) vs (IV): p<0.001.C-HDL: (I) vs (II):p<0.01; (I) vs (III): p<0.01; (II) vs (III): p<0.001; (II) vs (IV): p<0.001. C-LDL: (I) vs (III): p<0.001; (I) vs (IV): p<0.001; (II) vs (III): p< 0.001; (II) vs (IV): p<0.001; (III) vs (IV): p<0.001. Corticosterona: control vs EC: p<0.001

¿Diverticulo o Aneurisma Submitral? 113

Cardinali E, Bochinfuso M, Bustamante N, Maldonado D, Rottino S, Medeot N, Spontón E, Canalis Pedrotti G, Quercia Arias O, Uribe Echevarría A

Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Unidad Cardiovascular, Hospital Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina.

Introducción: Según la bibliografía, el aneurisma de ventrículo izquierdo (VI) es un área distintiva de contorno diastólico ventricular anormal, con disquinesia sistólica o abombamiento paradójico que reduce la fracción de eyección de VI. En el 95% de los casos es de etiología isquémica, pero también puede producirse por cirugías cardíacas previas, traumatismos, chagas, TBC, sarcoidosis, y de orígen congénito. Los aneurismas congénitos han sido también denominados divertículos.
La etimología de la palabra aneurisma implica una amplia comunicación con el ventrículo, en contraste con la palabra divertículo que indica una pequeña comunicación.
El divertículo está asociado con defectos toracoabdominales de la línea media, no así el aneurisma congénito.
El aneurisma submitral es generalmente de orígen congénito, más frecuentemente en individuos de raza negra, debido a un defecto en la unión fibromuscular por debajo de la valva posterior que genera un hematoma que al organizarse se fibrosa, y luego se expande por la alta presión del VI.
Objetivos: Tratar de establecer el diagnóstico diferencial entre divertículo o aneurisma submitral en una paciente sexagenaria sin antecedentes etiológicos.
Material y método: En una paciente de 61 años sin antecedentes isquémicos, traumáticos, chagásicos, o de otra etiología, con un saco en cara posterior del VI debajo del anillo mitral, planteamos la dificultad de denominarlo divertículo o aneurisma.
Resultado: Como ha sido expresado en la bibliografia publicada, en algunos casos es dificultoso definir o clasificar inequivocamente a esta patología como divertículo o aneurisma, aún con la ayuda de la histopatología.
Conclusiones: En el caso que presentamos, la ausencia de antecedentes epidemiológicos, las características macroscópicas del saco y la ausencia de defectos de la línea media, nos orientan hacia la denominación de aneurisma submitral.

Características Clínicas, Resultados Quirúrgicos y Seguimiento de Pacientes Sometidos a Plástica Mitral. 114

Silveyra JM, Kriskovich JO, Riera Stival J, Piacenza AE, Romero Vidomlansky M, Aguero F, Pereira Zini G, Cardozo D, De Tournemine S, Cacheda H

Instituto de Cardiología "J.F.Cabral", Corrientes, Corrientes, Argentina.

Objetivos: Determinar las características clínicas, la evolución intrahospitalaria y el pronóstico alejado de pacientes sometidos a plástica mitral
Material y método: se incluyeron en forma retrospectiva pacientes consecutivos con insuficiencia mitral sometidos a plástica entre el 01/1998 y el 12/2004. Se determinaron las características basales y parámetros intraoperatorios así como la morbimortalidad intrahospitalaria, se evaluó los resultados obtenidos mediante ecocardiograma Doppler realizado dentro de los 6 meses posteriores a la cirugía, considerándose como resultado óptimo la ausencia de insuficiencia mitral o la presencia de insuficiencia o estenosis mínima, se realizó un seguimiento alejado para determinar muerte o necesidad de recirugía y se construyó con ello una curva de sobrevida libre de eventos
Resultados: Sobre un total de 166 cirugías por insuficiencia mitral, el 25% de ellas se realizaron en válvulas mixomatosas. El 53% de éstas (21 pacientes) correspondieron a plástica mitral. La edad media fue de de 53 ± 14 años y el 57% eran hombres. La Fey media fue 61± 14% el Score de Parsonnet promedio fue de 7.54±3. La media de CEC fue 149±70 minutos y la de clampeo aórtico 99±39 minutos. En el postoperatorio hubo un 4.8% de vasoplejía y un 14% de bajo gasto, 2 pacientes presentaron disfunción renal pero ninguno de ellos requirió diálisis. Hubo 2 pacientes con sangrado y solo 1 de ellos tuvo necesidad de recirugía. La mortalidad intrahospitalaria fue del 0%. Al 100% de los pacientes se les realizó un ecocardiograma Doppler de control en el seguimiento. Se observó resultado óptimo en el 87% de los de los pacientes. La media del seguimiento fue de 4.5 años. Ningún paciente murió y 3 requirieron recirugía. La curva de sobrevida libre de eventos fue de 86%
Conclusiones: La plástica mitral en pacientes seleccionados, es un procedimiento seguro con baja tasa de morbimortalidad y buen resultado ecocardiográfico y sobrevida libre de eventos

Cirugía Cardíaca con Paciente Despierto, Utopía o Realidad. 115

Rodriguez Campos JF, Albrecht JC, Machtey J, Giussano D, Cooke R, Bono J, Martinez D, Sgarlatta H, Vasquez G, Luquez H

Cirugia Cardiaca, Servicio Cir. Cardiovascular, Sanatorio Allende, Clinica Velez Sarfield y Sanatorio Parque, Córdoba, Córdoba, Argentina.

Introducción: Desde los primeros trabajos de cirugia cardiaca con pte. despierto nos interrogamos sobre la utilidad de dicho método y su indicación precisa.

Objetivos: precisar la utilidad y indicación de este tipo de cirugía.

Material y método: Entre Diciembre 2003 y Diciembre 2005 se operaron 30 ptes. despiertos, 26 coronarios y 4 valvulares aórticos, con anestesia peridural toracica alta con cateter y bomba de infusión con bupicaina y fentanilo a baja dosis, comprobando la sensibilidad por metameras con frio local. - Edad promedio 76,6 años (86 a 66), Enf. asociadas: EPOC 63.3%, diabetes 46.6%, neoplasia 10%, vascular periférico 53,3 %, insuf. renal 20%, trastornos cognitivos 39,6 %. En los coronarios se realizaron 2,5 puentes promedio por pte., en todos se usó al menos una mamaria interna, en 6 pacientes doble mamaria, y en 18 mamaria más puentes venosos.

Resultados: morbilidad, neumotorax intraquirúrgicos 20%, F.A. 15%, infección urinaria 6,66 %, rápida recuperación con promedio de alta en coronarios de 3 días y en valvulares de 5 días. No hubo mortalidad ni trastornos cognitivos postoperatorios.

Conclusión: Método factible de realizar, disminuye la estancia hospitalaria, minimiza la agresión al paciente y tiene su indicación precisa en ptes. con EPOC e insuf. respiratoria mixta, y ancianos con enfermedades asociadas o problemas cognitivos que se benefician con movilización precoz.

Cirugía Cardíaca en la Octava Década de la Vida. 116

Tomasini MM, Ficarra AH, Tomasini GM, Tomasini GJ, Camou JI

Cirugía, Sanatorio Plaza, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Con la mejoría del promedio de vida aumenta la incidencia de cardiopatías invalidantes.

Objetivos: Evaluar los resultados de la cirugía cardíaca en octogenarios.

Material y Métodos: En 205 pacientes, 113 hombres y 92 mujeres, con una edad promedio de 82.2 años (Rango: 80-92), se efectuaron los siguientes procedimientos quirúrgicos: revascularización miocárdica (n=101), (con arteria mamaria interna en el 62.4%); reemplazo valvular (n=60); doble reemplazo valvular (n=3); cirugía combinada valvular y coronaria (n=31); reparación valvular (n=8) ; resección de aneurisma de aorta torácica descendente (n=1) y reemplazo de aorta ascendente y valvular aórtica (n=1). Se usó prótesis mecánica en el 60% de los pacientes con patología valvular. .

Resultados: Mortalidad perioperatoria: 11.8 %. Estadía hospitalaria promedio: 12.2 días (Rango: 6-60 días), sobrevida promedio: 29.3 meses (Rango 3-108 meses)

Conclusiones: En pacientes octogenarios adecuadamente seleccionados la cirugía puede efectuarse con mortalidad aceptable y con resultados a mediano y largo plazo comparables a la expectativa de vida de tal grupo etáreo.

Cirugía de Revascularización Miocárdica en Pacientes Mayores de 70 Años — 117

Lange C, Bisogni C, Bonaccorsi H, Meiriño A, Ameriso J

Cirugía Cardiovascular, Cardiología Instituto, Cardiovascular de Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Los pacientes (P) mayores de 70 años que requieren cirugía de revascularización miocárdica (CRM) en nuestros días constituyen un grupo importante. Los resultados suelen ser menos satisfactorios que en la población más joven.

Objetivos: comparar las características y los resultados de los P mayores (M) y menores (m) de 70 años sometidos a CRM de nuestra Institución.

Materiales y métodos: se analizó una base de datos de 245 P sometidos a CRM en forma consecutiva entre 01/01/2004 y 31/12/2005. Se realizó análisis estadístico univariado utilizando t de student y chi cuadrado o fisher para la comparación de variables y análisis multivariado para el ajuste de las mismas.

Resultados: Los P M de 70 años resultaron el 28%, edad promedio (EP) 74.6+/-3; los P m de 70 años resultaron el 72%, EP 59+/-7. Para los factores de riesgo y antecedentes analizados no hubo diferencias significativas exceplo para tabaquismo (TBQ) y dislipemia (DLP). Los scores de riesgo preoperatorio, la estadía intrahospitalaria y la mortalidad fueron mayores en los P M de 70 años. En cuanto a las complicaciones postoperatorias se observaron diferencias con respecto a la fibrilación auricular, reoperación, disfunción orgánica múltiple (Ver Tabla) se efectuó análisis multivariado.

	Mayores 70 años	Menores 70 años	p=
Tabaquismo	14.9%	38.8%	0.0004
Dislipemia	55,1%	69,1%	0.04
Parsonet I	14+/-5	4+/-3	<0.0001
Estadía hospitalaria	8.54	6.16	0.007
Fibrilación auricular	28.4%	7.3%	0.0001
Disfunción multiorgánica	4.5%	2.24%	0.06
Reoperación	6%	1.2%	0.05
Muerte	10.4%	2.2%	0.011

Conclusiones: Los P M de 70 años tenían un grado mayor de enfermedad preoperatoria y consecuentemente los resultados fueron menos ventajosos.

Comparación de 2 Grupos de 100 Ptes. Revascularizados con Arterias con y sin Bomba. — 118

Rodriguez Campos JF, Albrecht JC, Machtey J, iussano D, Bono J, Cooke R, Martinez D, Sgarlatta H

Cirugía Cardíaca, Sanatorio Allende, Córdoba, Córdoba, Argentina.

Introduccion: En los noventa se inició la revascularizacion total con injertos arteriales y su realizacion sin bomba, la comparacion de dos grupos similares de pacientes sometidos a la misma técnica quirúrgica de injertos arteriales compuestos, con y sin bomba, con seguimiento entre 36 meses y cinco años de evolución comparables estadisticamente es la base de este trabajo. -
Objetivos: Comparar dos grupos con significación estadística de técnicas quirúrgicas diferentes, analizando ventajas y desventajas a corto, mediano y largo plazo.
Material y métodos: Entre los años 1999 y 2002, se revascularizaron en forma consecutiva 100 pacientes con bomba y 100 pacientes sin bomba similares en edad, sexo, factores de riesgo y enf. asociadas y en numero de puentes y injertos usados.
Se analizó la morbimortalidad, con parámetros de eventos neurológicos, asistencia respiratoria en horas, IAM perioperatorio con ECG, enzimas y Troponina T, arritmias, F.A. postoperatoria, bajo débito, uso de IABP, insuf. renal, mediastinitis, y ml de drenaje torácicos, unidades de reposición sanguínea, estadía en UCO y hospitalaria.
En el mediano y largo plazo a 3 y 5 años se uso la Hist. Clínica, ergometrias, perfusión miocardica en 75 % y coronariografía en 33 %.
Estadísticamente se uso método de Fisher's test y Mann-Whitney con desviación estándar y dif. significativa de (p) menor de 0,05.
Resultados: La morbimortalidad tuvo diferencias significativas a corto plazo, la estadia hospitalaria, la reposición sanguínea y los drenajes fueron significativamente menores en el grupo sin bomba.
El seguimiento a mediano y largo plazo no mostró diferencias significativas estadísticamente.
Conclusión: la revascularización miocárdica con inj. arteriales compuestos sin tocar la aorta y sin bomba, produce menor morbimortalidad y rápida recuperación en el corto plazo, en el mediano y largo plazo no se observa diferencia estadisticamente significativa con el uso de bomba.

Disección de Aorta Tipo A: Factores Asociados a su Evolución. — 119

Titievsky LC, Riera Stival JL, Kriskovich JO, Piacenza AE, Silveyra JM, Cacheda H, Collantes J, Vallejos F, De La Rosa MJ, Villegas E

Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina.

Objetivo: Observar las características basales, evolución intrahospitalaria y factores asociados a la misma de los pacientes (ps) sometidos a cirugía de emergencia (CE) por disección de aorta tipo A.
Material y método: Inclusión retrospectiva de 67 ps consecutivos sometidos a CE por disección de aorta tipo A desde 01/98 a 12/04 separados en 4 grupos: G1: Reemplazo de aorta ascendente (RAA) con tubo recto (23 ps. 34%). G2: RAA y válvula aórtica con reimplante o puente coronario (21 ps. 32%). G3: RAA y válvula aórtica (11 ps 16%). G4: RAA y resuspensión o plástica valvular (12 ps 18%). Evento: punto final combinado de muerte o ACV en la internación.
Resultado: El 73% fueron hombres. La edad media fue de 54 ±11 años (3% mayores de 70 años). La fey media fue de 55%±11. 13 ps (19%) tenían compromiso del arco aórtico. La duración media de la CEC fue 176±59 minutos y del clampeo fue 123 ±42.
Las complicaciones más frecuentes fueron: fallo renal (21 p 31%), de los cuales 1/3 requirió hemodiálisis; bajo gasto cardíaco en 30% (20 p) y fallo respiratorio en 13 p (19%); sangrado se presentó en el 22% (15 p) y el 15% (12 p) requirieron reoperación. El tiempo medio de internación en RCVA fue 3,5 ±2,5 días y en sala fue de 10±13 días. El óbito se produjo en 15 p (22%). Existieron 23 p (34%) de eventos, siendo el 44% del G1, 30% del G2, 9% del G3 y 17% del G4.
Los factores asociados a eventos fueron: arco aórtico (OR:6.4, p=0.001); shock (OR:7, p=0004), vasoplejía (OR:11, p=0.001), bajo gasto cardíaco (OR:7, p=0.001), fallo respiratorio (OR:19, p<0.001), fallo renal (OR:4.5, p=0.006), bajo gasto cardíaco (OR:7, p=0.001), creatinina previa =1.6 (OR:44, p<0.001). creatinina POP (p=0.02), Tiempo de CEC (p=0.03), arco aórtico (p=0.01).
Conclusiones: La función renal la necesidad de reemplazo del arco aórtico y la duración de la CEC son predictores independientes de resultados en esta cirugia de emergencia.

Drenaje del Líquido Cerebroespinal como Medida de Protección de la Médula Espinal y el S.N.C. — 120

Cardinali E, Bustamante N, Medeot N, Cardozo N, Rottino S, Canalis Pedrotti G, Uribe Echevarría A

Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Unidad Cardiovascular, Hospital Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina.

Introducción: La paraplejía como resultado de la isquemia de la médula espinal, es la complicación más temida luego de la reparación de los aneurismas toracoabdominales, principalmente en los tipo II. Los datos clínicos y experimentales muestran que el daño a la médula espinal puede estar mediado por el aumento de la presión del L.C.R. que acompaña a la reducción del flujo sanguíneo de la médula durante el clampeo. Varios estudios han reportado que el riesgo de injuria neurológica disminuye si el L.C.R. es drenado y a esto se le agrega by-pass atrio-femoral o cardiopulmonar, y más aún con la ayuda de hipotermia.
Objetivos: Evitar y/o disminuir la posibilidad de complicaciones neurológicas en pacientes de alto riesgo.
Material y métodos: Presentamos 5 pacientes, 4 de los cuales tenían aneurisma toracoabdominal tipo I, 3 eran hombres, siendo la edad promedio de 60 años. El quinto paciente fue un hombre de 33 años, con endocarditis bacteriana aguda de válvulula aórtica, hipertensión endocraneana, microembolias sistémicas, soporoso, edema de papila bilateral, TAC de cerebro normal.
A todos se les colocó catéter de drenaje de L.C.R. previo a la anestesia, ubicando el sistema a la altura de la columna del paciente con drenaje espontáneo luego de superar los 12 cms. H2O. Se mantuvo el sistema por 48 hs.
Resultados: Drenaje promedio intraoperatorio: 50 mls. Drenaje postoperatorio: entre 30-50 mls. La evolución de los pacientes fue buena, sin complicaciones neurológicas.
Conclusiones: Para los pacientes con alto riesgo de eventos neurológicos el drenaje de L.C.R. puede ser una herramienta útil para disminuir el índice de estas temidas complicaciones.

121 Efectos Biológicos del Láser Excimer 308 Nm en el Sistema Cardiovascular del Embrión de Pollo.

Avila RE, Samar ME, Juri HO, Femopase GA, Camps DE, Recuero YD

Básica, II Cátedra de Histología, Facultad de Ciencias Médicas, UNC, Córdoba, Córdoba, Argentina.

El Excimer 308 nm es un nuevo láser de aplicación en cardiología para el tratamiento de malformaciones congénitas cardíacas, vasculares y miocardiopatía isquémica. Sin embargo la bibliografía, no describe los cambios que se producen en las células miocárdicas y tejido embrionario circundante al ser expuestos a este tipo de laser. Este laser emite 85 % de radiación ultravioleta tipo B (UVB) y 15 % de UV tipo A. Por otra parte, nosotros hemos estudiado los efectos biológicos de las radiaciones UV en membrana corioalantoidea (CAM) de embriones de pollo. El objetivo del presente trabajo es describir nuestro proyecto efectos biológicos del laser excimer 308 nm en el sistema cardiovascular del embrión de pollo y compararlo con nuestros estudios realizados previamente con radiaciones UV. Se estudiarán la CAM y el sistema cardiovascular en los embriones de pollo de 7 a 15 días de incubación (según estadios de Hamilton y Hamburger), de raza Cobb's White Rock, provenientes de un criadero local. El elemento irradiante será laser Excimer XeCl, 308 nm de longitud de onda, marca Deka. Nosotros hemos observado un mayor desarrollo capilar y de células intersticiales cuando irradiamos la CAM con UV en embriones de pollo de 7 días de incubación. Creemos que nuestras investigaciones con Excimer 308 nm nos permitirá cotejar resultados de ambos tipos de radiaciones y conocer los efectos biológicos de dicha radiaciones y relacionarlas con los mecanismos asociados a las malformaciones congénitas.

122 El Empleo Postoperatorio Precoz del Balón de Contrapulsación Reduce la Mortalidad en el Síndrome de Bajo Volumen Minuto.

Levin RL, Porcile R, Salvaggio F, Blanco N, Hallon L, Ballarino D, Perez Bazterrica G, Manos E, Botbol AL, Boullon FJ

Departamento de Cardiología, Hospital Universitario, Universidad Abierta Interamericana; Recuperación y Cirugía Cardiovascular, Hospital Francés, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: En el síndrome de bajo volumen minuto (SBVM) postoperatorio (PO) el empleo del balón (BCIA) es considerado a posteriori del uso de dos drogas inotrópicas (Ino) en dosis máximas.
Objetivo: valorar el empleo PO precoz (dentro de la hora) del BCIA en pacientes (p) cursando SBVM.
Material y Métodos: Fueron incluídos p sometidos a cirugía coronaria (CRM) entre el 01/01/2000 y 01/01/2006. Se definió SBVM por datos clínicos (hipotensión, oliguria) y hemodinámicos (Indice Cardíaco menor de 1.8L/min/m2; Wedge inferior a 20mmHg). Tras el diagnóstico, los p fueron randomizados a empleo precoz de BCIA (dentro de la hora) frente a tratamiento habitual (control); iniciando con dos Ino en dosis máximas. Pacientes intervenidos sin bomba; cirugías no coronarias; urgencias o emergencias; empleo preoperatorio de BCIA o Levosimendan resultaron excluídos del protocolo. Un valor de P menor de 0.05 se consideró significativo.
Resultados:Sobre 1603 p intervenidos, se diagnosticó SBVM PO en 207 (12.9%). Ciento cinco p fueron randomizados a BCIA precoz, frente a 102 p en el grupo control. Las características generales, y operatorias de ambos grupos resultaron semejantes. Se apreciaron, en total, 45 óbitos (21.8%), correspondiendo 14 al grupo BCIA precoz (13.3%), frente a 31 fallecidos en el grupo control (30.4%; P=0.002). La morbilidad PO también resultó reducida en el grupo BCIA precoz, con menor incidencia de insuficiencia renal (10.5% vs 18.6%, P=0.02); insuficiencia respiratoria (9.5% vs 24.5%, P=0.004) y Disfunción Multiorgánica (4.8% vs 14%,P=0.02). Se detectaron 7 complicaciones asociadas al empleo del BCIA (6.7%), 4 p presentaron isquemia del miembro (3.8%); 2 p con fiebre (1.9%), uno de ellos con cultivos positivos; y en otro caso plaquetopenia refractaria (0.9%).
Conclusiones: 1) el empleo precoz del BCIA se asoció a menor morbimortalidad en p cursando SBVM PO. 2) La incidencia de complicaciones asociadas resultó baja.

123 Empleo Anterógrado de Balón de Contrapulsación. Porcentaje de Utilización y Complicaciones Asociadas.

Levin RL, Porcile R, Salvaggio F, Blanco N, Hallon L, Ballarino D, Perez Bazterrica G, Gariglio L, Botbol AL, Boullon FJ

Departamento de Cardiología, Hospital Universitario, Universidad Abierta Interamericana; Recuperación y Cirugía Cardiovascular, Hospital Francés, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El acceso anterogrado, por via subclavia, del balón de contrapulsación (BCIA) representa una alternativa al acceso habitual por via femoral retrograda.
Objetivos: 1) Determinar porcentaje de empleo anterogrado de BCIA. 2) Valorar sus indicaciones. 3) Considerar morbilidad asociada.
Material y Métodos: Resultaron incluídos pacientes (p) en quienes se implantó un BCIA entre el 01/01/1998 y el 01/01/2006. Aquellos bajo acceso subclavio representaron la población en estudio. Se consideraron contraindicaciones al implante femoral; presencia de Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA), bypass aortobifemoral previo, endoprotesis aórtica. La imposibilidad de progresar el catéter, motivó el empleo del acceso anterogrado. Las indicaciones de empleo de BCIA quedaron a criterio de los médicos tratantes. Estadística: Un valor de P menor de 0.05 se consideró significativo
Resultados: Sobre 782 BCIA implantados, 24 de ellos lo fueron por acceso retrogrado subclavio (3.1%). Las características generales de la población resultaron semejantes, excepto un mayor porcentaje de antecedentes de cirugía vascular periférica (41.7% versus 12.4%; P=0.0004) y claudicación intermitente (37.5% versus 9.4%; P=0.0002) en el grupo anterogrado. Las causas de éste acceso resultaron; AAA en 13 p (54.2%); bypass aortobifemoral en 5 p (20.8%), endoprotesis aórtica en 1 p (4.2%) e imposibilidad de progresar el catéter en 5 p (20.8%). Se observaron 52 complicaciones (6.6%); una única en el grupo anterógrado (isquemia del miembro en un p-4.1%) frente a 51 en el grupo retrógrado (6.7%, Valor de P=NS). Las complicaciones observadas en éste grupo fueron; Isquemia 3.3%; Sangrado 2.2%; Infecciones 1.7% y Plaquetopenia 0.8%.
Conclusiones: 1) Se utilizó el acceso anterógrado en el 3.1% de los implantes de BCIA. 2) La indicación más frecuente resultó el AAA. La incidencia de complicaciones resultó semejante.

124 En la Estenosis Aórtica Severa: ¿Es la Hipertrofia un Marcador de Mal Pronóstico Alejado?

Barrios PI, Parra Moreno SJ, De La Rosa MJ, Agüero FD, Villegas E, Riera Stival JL, Silveyra JM, Kriskovich JO, Obregón R, Piacenza AE

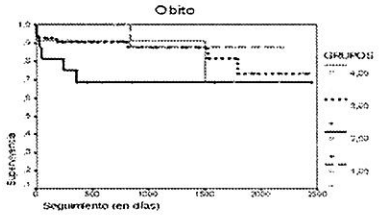
Nordeste, Instituto de Cardiología, Corrientes, Corrientes, Argentina.

Objetivo: Conocer la relación entre hipertrofia y geometría ventricular con óbito en el seguimiento luego de la cirugía de reemplazo valvular de los pacientes con estenosis aórtica severa.

Material y métodos: Análisis de 107 pacientes sometidos a cirugía de reemplazo valvular aórtico con o sin revascularización, por estenosis aórtica severa, de 1998 a 2003.
Los pacientes se agruparon en 4 grupos según índice de masa (IM y espesor parietal relativo (EPR): Normal (G1): IM <125 gr/m2, EPR: <0.45, 12 (11.2%) ps. Remodelado Concéntrico (G2): <125 gr/m2, y >0.45, 17 (16%) ps. Hipertrofia concéntrica (G3) > 125 gr/m2 y > 0.45, 55 (51.4%) ps; e Hipertrofia Excéntrica (G4): >125 gr/m2 y <0.45, 23 (21.5%) ps.

Resultados: se estudiaron 107 pacientes. La edad media fue de 65/11 años, con 41% de incidencia de mayores de 70 años. 60 pacientes (56%) fueron varones. En relación al óbito, la media de seguimiento fue de 914 ± 707 días. Se registraron 17 óbitos (16%), de los cuales 1 fue en el grupo 1 (8.3%), 5 (29.4%) en el grupo 2; 8 óbitos (14.5%) en el grupo 3 y 3 óbitos (13%) en el grupo 4. Estas diferencias no alcanzaron significación estadística.

Conclusión: con un seguimiento medio de 3 años, la mortalidad global fue del 16% y el patrón de geometría ventricular más frecuente fue el de hipertrofia concéntrica con tendencia a mayor mortalidad, sin alcanzar significancia estadística.



Evaluación de los Resultados Hospitalarios y a Mediano Plazo de la Cirugía con Preservación de la Válvula Aórtica en Pacientes con Aneurisma de Aorta Ascendente y Síndrome de Marfan. 125

López C, Segura M, Casabe H, Casas J, Stutzbach P, Favaloro R

Fundación Favaloro, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

Antecedentes: La cirugía con preservación de la válvula aórtica (PVA) es una alternativa válida al reemplazo de la raíz aórtica con tubo valvulado en pacientes (p) con aneurisma de aorta ascendente. Existen 2 técnicas, remodelamiento de la raíz aórtica (técnica de M Yacoub) y reimplantación de la válvula aórtica (técnica de TE David, TED). Su aplicación en el Síndrome de Marfan (SM), aunque atractiva por la juventud de los pacientes y la ausencia de anticoagulación, es controvertida y existen escasas experiencias publicadas.
Objetivo: Analizar los resultados hospitalarios y el seguimiento a mediano plazo de la cirugía profiláctica con PVA mediante reimplantación de la válvula aórtica (técnica de TE David) en pacientes con SM.
Material y método: Entre 6/2001 y 6/ 2005 fueron operados 4 pacientes con la técnica de preservación de válvula aórtica (TED).
Los pacientes cumplían con los criterios de Ghent para diagnóstico de SM. Presentaban una edad promedio 23 años (rango 17-32 años) de sexo masculino. Hallazgos ecocardiográficos: Anillo aórtico 27.2 mm (24-30mm), Senos de Valsalva 50.75mm (44-60mm) Unión Sinotubular 43.8 mm (39-49mm) Aorta proximal 46.2mm (37-56mm). La válvula aórtica no presentaban insuficiencia no tenían disección aórtica. La función sistólica del ventrículo izquierdo se encontraba normal en todos los pacientes La indicación quirúrgica se realizó por las mediciones ecocardiográficas y por angiotomografía helicoidal con reconstrucción tridimensional. El seguimiento se efectuó con ecocardiografía. Tiempo de seguimiento: 1 paciente 4 años; 3 pacientes 1 año.
Resultados a) Hospitalarios: no existió Mortalidad. Complicaciones:1 paciente fue reoperado por sangrado b) Seguimiento a mediano plazo: no existió dilatación del anillo aórtico ni aparición de insuficiencia aórtica significativa.
Ningún paciente debió ser anticoagulado.
Conclusión: La experiencia inicial de cirugía de preservación valvular aórtica en pts de Marfan es factible, sin embargo se necesita un mayor número de pacientes y tiempo de seguimiento para evaluar su utilidad y beneficios.

Eventos Coronarios durante el Tratamiento del Pie Diabético. 126

Rizzardi JL, Concetti AE, Concetti C, Benetti F

Depto. Pie Diabético, Cirugía Cardiovascular, Hospital Español, Rosario, Santa Fé, Argentina.

Objetivo: estrategia en los SCA.
Material: En el período de junio del 2004 a diciembre del 2006 fueron tratados y controlados 32 pacientes(ptes.) portadores de pie diabético (PDBT). Las lesiones que motivaron la consulta correspondieron a: 27 ptes. con necrosis de dedos, 5 con úlceras y 1 con dolor de reposo y úlcera.
En todos los ptes. se realizó estudio de laboratorio, en especial Hemoglobina glicosilada (Hb a), radiografía de pie localizada en la lesión, cultivo de tejidos, examen clínico cardiológico y ECG. Se completó la evaluación con el estudio de la sensibilidad profunda y superficial y ecodoppler arterial de los miembros inferiores y vasos del cuello. La presencia de enfermedad arterial en etapa crítica (índice tobillo/brazo <0,5) hizo necesario la arteriografía selectiva.
El período de tratamiento desde el ingreso hasta la curación de las lesiones esta en un rango de 3 a 5 meses, presentando las complicaciones coronarias en la primera y segunda semanas.
En 7 ptes tenían antecedentes de infarto de miocardio previo, habiendo recibido 1 marcapaso, 2 stent coronario. Estos pacientes con un tratamiento de antiagregación completa(AAS+ Clopidrogel) y heparina de depósito, beta bloqueantes no tuvieron eventos isquémicos, en los pacientes 25 se mantuvo tratamiento con AAS y Cilostazol específico para su arteriopatía en 3 desarrollaron síndrome coronario agudo. Se resolvieron con tratamiento de antiagregación completa, heparina intravenosa nitroglicerina. 2 ptes requieron asistencia respiratoria por 5 días, mediada para control de la insuficiencia cardíaca izquierda. Posteriormente se realizaron coronariografía y 1 necesitó de revascularización y los otros tratamiento médico.
Conclusión: la presencia de un compromiso infeccioso local o sistémico ocasiona un evaluación incompleta en pacientes que por sus antecedentes de diabetes, enfermedad arterial periférica y un estado inflamatorio lo hacen proclive a desarrollar síndrome coronarios agudos.

Fibrilación Auricular durante el Post-Operatorio de Cirugía de Revascularización Miocárdica. 127

Nolly A, Camilletti J, Giachello F, Pedroni P, Vilchez A, Plastino ML, Cartasegna L

Cardiología, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: la fibrilación auricular (FA) tiene una incidencia del 10 al 65% en el post-operatorio de cirugía de revascularización miocárdica (CRM). Existen factores predisponentes: edad, sexo, historia previa de FA, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tiempo de clampeo, duración de la onda P y del segmento PR.
Objetivo: el objetivo del estudio fue 1) analizar la incidencia de FA en pacientes (P) sometidos a CRM en el servicio de cardiología del Hospital Italiano de La Plata, 2) evaluar variables clínicas y electrocardiográficas relacionadas con la aparición de FA, 3) analizar si el tratamiento previo con beta-bloqueantes (BB) redujo la aparición de FA.
Material y métodos: se incluyeron 97 P derivados para CRM con ritmo sinusal antes de la cirugía. Se evaluaron parámetros clínicos y electrocardiográficos. Los P fueron monitoreados en forma permanente durante el post-operatorio. Se definió como FA en el post-operatorio a aquella que apareció luego de la CRM, mientras estuvieron hospitalizados y que presentó una duración mayor a 5 minutos.
Resultados: la FA se presentó en 19 de los 97 P incluidos con una incidencia del 19.5%. El análisis univariado determinó que la edad (71±5.02 vs 64.3±9.6 años p=0.004), la creatinina (1.47±0.06 vs 1.38±0.03 mg/dl p=0.000)) y hematocrito (37±2.54 vs 39.5±4.39 % p=0.019) incidieron en la aparición de FA. Se observó mayor tendencia de P con HTA (84 vs 69% p=0.38), DBT (36 vs 27% p=0.62) y mayor tiempo de bomba (100.08±16.6 vs 93.86±18.3 min., p=0.15) en el grupo FA. Con respecto al tratamiento previo los BB no redujeron la aparición de FA (14 P 74% vs 41 P 51% FA y no FA respectivamente p=0.12).
Conclusiones: los datos muestran una incidencia de FA en el post-operatorio de CRM de 19.5%. De las variables clínicas y electrocardiográficas la edad, los valores de creatinina y hematocrito aparecen como marcadores pronósticos para el desarrollo de FA. No se observó beneficios en la indicación de BB.

La Permanencia de la Cirugía en la Carótida Extracraneana. 128

Rizzardi JL, Concetti C, Concetti A, Benetti F, Viruega A, Crisci S

Cirugía Neuroquirúrgica, Cirugía Cardiovascular, Hospital Español, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Objetivo: Presentar la experiencia de 10 años, en 120 pacientes operados, empleando una incisión que combina el abordaje apropiado y el aspecto estético.
Material y Métodos: Se empleó anestesia general en 120 pacientes (ps.), incorporando en los últimos 18 ps. anestesia regional (A.R.).
La incisión es horizontal submaxilar desde el goniom al cartílago tiroides, permitiendo exponer la carótida interna por encima del digástrico. El empleo de derivación interna (shunt) fue en 110 ps., excluyéndose sólo por dificultades técnicas. El empleo de antiagregación fue de rutina. La dosis de Heparina fue 3000 U. sin reversión, infusión de dextran 40 y protección con tiopental.
Los parches empleados fueron: vena safena, PTFE, vena yugular y Dacron, en el siguiente orden, 74, 30, 10 y 6. La colocación un drenaje de látex por 24 horas.
En 2 pts. se realizó la endarterectomía carotídea seguido de revascularización coronaria sin bomba.
Resultados:
Se produjo 1 óbito por macroembolia (0,8%), 1 p. desarrolla un infarto mortal a las 48 hs. del posoperatorio (0,8%).
Compromiso neurológico periférico: En 2 ps. tuvieron paresia del facial y dos del hipogloso, con recuperación al 3er mes(3,7%).
Herida quirúrgica: 3 ps. tuvieron hematoma, resuelto en forma espontánea en 2 y el tercero requirió de reapertura.
La A.R. permitió una recuperación inmediata al gesto quirúrgico, y el alta a 36 hs.
La incisión horizontal fue un excelente abordaje para la exposición de las arterias carótidas, acompañado de un resultado estético satisfactorio.
Conclusiones: La cirugía de carótida mantiene vigente logrado por un bajo índice de morbimortalidad, permitiendo en casos selectivos combinar la endarterectomía y la cirugía coronaria sin bomba.

Morbi-Mortalidad en Cirugía Cardiovascular en Mayores de 75 Años. 129

Alemandri E, Trillo L, Scarlato P, Machtey J, Albrecht JC, Alvarez M, Porcasi Gomez S, Pereyra Sueldo C, Sgarlatta H, De La Riva J

Cardiología Clínica, Privada Vélez Sarsfield, Córdoba, Córdoba, Argentina

En los últimos años existe un aumento en el número de pacientes de 75 años o más considerados para cirugía cardiovascular. Se conoce que la edad es un factor de riesgo independiente de morbimortalidad.
Objetivos: Analizar el impacto de la edad en la morbi-mortalidad en pacientes mayores de 75 años, con el fin de mejorar las indicaciones de dicho procedimiento en pacientes añosos.
Material y método: Se estudiaron retrospectivamente 37 pacientes; 32 sometidos a cirugía de revascularización miocárdica (CRM) y 5 a reemplazo valvular (RV) operados entre enero del 2002 y octubre del 2005. Promedio de edad 76 años.
Resultados: Se operaron 7 pacientes (18%) con moderado a severo deterioro de la función sistólica de VI. El 32% correspondieron a cirugías de urgencia. En dos pacientes con compromiso respiratorio severo, la cirugía se realizó con paciente despierto y con anestesia peridural alta. Se utilizó Bomba de CEC en el 15% de los casos (4 RV y 2 CRM), se realizó injerto de arteria mamaria izq. (LIMA) a arteria descendente anterior en el 62% de las revascularizaciones. La mortalidad global fue 8,1% (n=3). Dentro de las complicaciones el mayor porcentaje corresponde a episodios de fibrilación auricular aguda: 27% (n=10); que en el 80% de los casos revirtieron dentro las 48 hs. con tratamiento médico.
Conclusiones: A pesar de que la edad sigue siendo considerada un factor independiente de riesgo; en pacientes añosos empleando técnicas quirúrgicas y de anestesia adecuadas, se puede llevar a cabo con aceptable tasa de mortalidad y baja tasa de complicaciones mayores, corta estadía hospitalaria y evolución favorable.

Mortalidad Real frente a la Esperada según Score de Parsonnet y Euroscore en Cirugía Cardíaca. 130

Barrios PI, Agüero FD, Sanchez De Coll R, Paez C, Maza S, Lugo P, Vergara S, Silveyra JM, Kriskovich JO, Piacenza AE

Instituto de Cardiología, Corrientes, Corrientes, Argentina.

Objetivo: Conocer la mortalidad real y la esperada según el Score de Parsonnet y el Euroscore de nuestra población.

Material y métodos: Análisis de datos de 1657 pacientes consecutivos ingresados a RCVA en el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca (1998- 2004). Se evaluaron parámetros preoperatorios según ambos scores y su relación con la mortalidad observada.

Resultados: La media de edad es de 60±12 años, (20% mayores de 70 años y 70% de sexo masculino. Un 53% (871 p) fueron cirugía coronaria, de los cuales el 51% (441 p) se realizaron sin CEC. A 685 p se realizó un reemplazo valvular, de los cuales 168 (25%) fueron combinadas con revascularización miocárdica. La mortalidad global fue de 5.9%. La media del Score de Parsonnet fue 10 puntos (mortalidad estimada de 10%) y del Euroscore fue 3.3 (mortalidad estimada de 4%). En el gráfico se observa la correlación en la mortalidad según los grupos del Euroscore y la observada. Siendo solo significativa la diferencia en el grupo de 9 a 11 puntos (mortalidad observada de 24% y esperada de 16% p=0.04, siendo 37 p), el resto fue no significativa (en el grupo mayor de 11 puntos fueron 3 pacientes).

Conclusión: La mortalidad global del centro es de 5.9% esperable para una población de riesgo moderado según los scores. Se observa una mortalidad semejante a la esperada según el Euroscore y menor a la esperada por el Parsonnet según se ha visto en la literatura."

Recepción del Paciente Sometido a Cirugía Cardíaca 131

Lago Celada I, García Rodriguez NM, Fariñas Rivas MJ, Pequeño García B

Cirugía Cardíaca, Unidad de Reanimación Medtec, Hospital Meixoeiro, Vigo, Pontevedra, España

Definición: instalación del paciente en la unidad de recuperación para su vigilancia y seguimiento en el postoperatorio inmediato.
Objetivos: Simplificar al máximo las maniobras de instalación del paciente, manteniendo una monitorización fiable y suficiente de los parámetros hemodinámicos.
Instaurar de inmediato los cuidados necesarios para revertir en lo posible los efectos de la cirugía y la circulación extracorpórea (hipotermia, alteraciones electorlíticas, sangrado.
Protocolizar la utilización de vías.
Adquirir la información necesaria para el adecuado manejo del paciente.
Material y métodos: Vídeo demostrativo con cámara digital. Imágenes adaptadas con un software bajo sistema operativo de Microsoft Windows 98. Material de apoyo: protocolos instaurados en nuestra unidad (última revisión febrero 2006).
Descripción: La recepción del paciente en la unidad se realizará del siguiente modo:
Constatar estabilidad hemodinámica del paciente en el monitor de traslado.
Identificar vías y accesos (venosos y arteriales).
Monitorización del paciente en el box.
Conexión del paciente al respirador de la unidad.
Traslado del paciente de la camillla a la cama.
Comprobar dispositivos que porta el paciente desde el quirófano.
Verificación del marcapasos externo.
Recepción de información sobre antecedentes y comportamiento quirúrgico del paciente por parte del personal de quirófano.
Conclusiones: La utilización de pautas de actuación, identificadas por todo el personal de la unidad simplifica y mejora la calidad en la recepción del paciente minimizando los riesgos.

Reconstrucción Anatómica Funcional del Arbol Coronario con Doble Mamaria Esqueletizada. 132

Rodriguez Campos JF, Albrecht JC, Machtey J, Giussano D, Bono J, Cooke R, Martinez D, Sgarlatta

Cirugía cardiovascular, Servicio Cirugía Cardiovascular, Sanatorio Allende y Clínica Vélez Sarsfield, Córdoba, Córdoba, Argentina

Objetivos: Comprobar la factibilidad técnica de copiar el árbol coronario izquierdo con doble mamaria esqueletizada, usando la mamaria izquierda como tronco principal y Desc. Anterior y con la mamaria derecha construir las ramas diagonales y circunflejas sin bomba y sin tocar la aorta y valorar la morbimortalidad.
Material y Métodos: Desde Enero 2004 a Enero 2006, de un total de 270 coronarios, 50 fueron revascularizados con este método sin bomba. - Se disecaron ambas mamarias esqueletizadas con bisturí harmonico la mayoría, y se reconstruyó usando la parte distal de LIMA y la RIMA al árbol coronario izquierdo realizando anastomosis entre las mamarias con prolene 8-0, sin tocar el corazón, se posiciona el corazón y se realizan las anastomosis distales sin tocar la aorta. - Enf. asociadas, diabetes 32%, vascular periférica 18% EPOC 16%, IRA 2% Insuf. Cardiaca 6%. - Electivos 76%, angina inestable 24%, F.E. promedio 47%. - En los pacientes seleccionados, el 70 % se revascularizó el árbol coronario izquierdo, en el 30 % restante se colocó una rama a la D.P de la derecha, desde la rama a la circunfleja o se adicionó Epigástrica en el 4%y gastroepiploica en el 6%.-
Resultados: Mortalidad 2%, morbilidad, afasia de expresión 2%, F.A. 16%, uso de IABP 2%, IRA 2%. - Los drenajes promediaron 350 cc., estadia fue de 1 día en UCO y 1,5 en habitación común, el total promedio fue de 3 días. - la reposición sanguínea fue de 2,5 unidades en promedio.-
Conclusión: La reconstrucción anatómica es un camino hacia la mejor funcionalidad de los injertos ya que copia a la naturaleza en sus bifurcaciones y dirección, es técnicamente factible y la morbimortalidad es similar sin diferencia estadísticamente significativa con la revascularización miocárdica sin bomba con injertos arteriales totales sin tocar la aorta.

Reparación Valvular Mitral. Experiencia de 16 Años y Seguimiento. 133

Tomasini M, Ficarra AH, Tomasini GM, Tomasini GJ, Camou JI

Sanatorio Plaza, Rosario, Santa Fe, Argentina.

La preservación quirúrgica de la válvula mitral demostró ser superior a su reemplazo.

Objetivos: Evaluar resultados a largo plazo de la reparación mitral.

Material y Métodos: En 186 pacientes (129 hombres y 57 mujeres), con una edad promedio de 59.3 años (Rango: 27-82 años), portadores de insuficiencia mitral se efectuaron procedimientos quirúrgicos: en ambas valvas, cuerdas tendinosas y/o anillo. En 74 de ellos (39.2%) se efectuaron procedimientos complementarios por valvulopatía aórtica, tricúspidea o enfermedad coronaria asociada.

Resultados: Mortalidad perioperatoria: 4.84% (n=9), mortalidad alejada: 7.53% (n=14) Seguimiento promedio de los 163 pacientes restantes de 47.34 meses/ paciente (Rango: 0-134) Sobrevida actuarial a 10 años, 87.5% (1 paciente fue reoperado a los 5 meses por insuficiencia mitral recidivante), los 162 restantes presentaron insuficiencia mínima o ausente por eco transtorácico.

Conclusiones: En presencia de una insuficiencia mitral de distinta etiología, la reparación valvular produjo resultados satisfactorios y perdurables a largo plazo.

Respuesta Inflamatoria Sistémica en la Cirugía de Revascularización Miocárdica 134

Martinez Demaria D, Camilletti J, Giachello FF, Vilchez A, Cartasegna L, Pedroni P

Recuperación Cardiovascular, Cardiología, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Al síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), se lo define como un desequilibrio entre dos sistemas, uno proinflamatorio y otro antiinflamatorio. La cirugía cardíaca con bomba de circulación extracorpórea produce SIRS debido a la activación por contacto, isquemia reperfusión y endotoxemia. Siendo su expresión clínica variable, pasando desde clínicamente inadvertida a fallo de bomba.
Objetivos: 1) Presencia de SIRS en pacientes (p) con revascularización miocárdica (CRM). 2) Comparar la frecuencia de presentación del SIRS en p con y sin bomba. 3) Analizar el impacto del SIRS con la morbilidad (IAM-perioperatorio (IAMPO), fibrilación auricular (FA), sangrado y días de internación (DI).
Material y método: Se define SIRS como la presencia de dos o más de los sig. parámetros: 1) Temperatura >38 o <36°C"). 2) Frecuencia cardíaca >90 lpm 3) Frecuencia respiratoria > a 20/PCO2< 32 mmHg.4) Leucocitos > 12.000/mm≈ o <4.000 mm≈ o > del 10 % de las formas inmaduras. Se estudiaron 53 p a los que se les realizó CRM en el Hosp. Italiano de La Plata entre los años 2004-5, CRM con bomba 43 p y CRM sin bomba 10 p.
Resultado:1) la prevalencia de SIRS en la población total fue 25 %). 2) La frecuencia del SIRS fue significativamente más alto en el grupo con CEC (30%) vs el grupo sin CEC (0%) p=ns. 3) Las variables utilizadas para el análisis de morbilidad (IAMPO, FA, sangrado y DI) no fueron diferentes en forma significativa en los grupos estudiados.
Conclusión: El análisis de los resultados permite concluir que la prevalencia del SIRS fue del 21% en la población general, siendo significativamente mayor su aparición en los p operados con CEC vs sin CEC.

Tratamiento Quirúrgico de la Estenosis Aórtica con Anillo Aórtico Pequeño 135

Bustamante N, Medeot N, Castro R, Maldonado D, Uribe Echevarría A, Losano Brotons M, Videla F, De Campo F, Sarjanovich R

Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Instituto de Cardiología, Hospital Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: La meta de la cirugía de la estenosis aórtica es la liberación de la obstrucción del tracto de salida ventrícular izquierdo. En algunos pacientes con anillo aórtico pequeño, o hipoplasia del tracto de salida del V.I, la colocación de una prótesis valvular pequeña para su superficie corporal puede conducir a un mismatch paciente-prótesis con un gradiente inaceptable y falta de la liberación de obstrucción del V.I con mayor mortalidad temprana y tardía.
Objetivos: Demostrar que la ampliación del anillo aórtico para la colocación de una prótesis de mayor tamaño, es una buena opción para evitar el mismatch paciente-prótesis.
Material y Métodos: Desde enero de 2002 a diciembre de 2005, se realizaron 49 cambios valvulares aórticos. A 12 pacientes (7 hombres), se les realizó ampliación del anillo aórtico con parche de pericardio a través del seno aórtico no coronariano. La edad de los pacientes fue de 18 a 70 años. La medición ecocardiográfica preoperatoria del tracto de salida del V.I y anillo aórtico fueron utilizadas en el diagnóstico preoperatorio de esta dificultad, pero la decisión se tomó en cirugía de acuerdo a un área de orificio efectiva indexada < de 0,75 cm2/m2.
Resultados: En 9 pacientes se realizó ampliación de anillo aislado y en 3 combinado con otros procedimientos. No hubo mortalidad. Un paciente presentó sangrado excesivo pero no requirió reoperación, 1 paciente presentó un bloqueo A-V que requirió marcapasos permanente. El seguimiento ecocardiográfico alejado mostró gradientes aceptables para la válvula colocada.
Conclusiones: Distintas técnicas pueden ser usadas en el tratamiento de la estenosis aórtica con anillo pequeño: autoinjerto, homoinjerto, stent-less, operación de Rastan Konno. La ampliación del anillo aórtico para la colocación de una prótesis de mayor tamaño es otra opción en estos pacientes para evitar el mismatch paciente-prótesis.

Tratamiento Quirúrgico de Revascularización Miocárdica en la Miocardiopatía Isquémica Necrótica 136

Rodriguez Campos JF, Albrecht JC, Machtey J, Giussano D, Bono J, Cooke R, Martinez D, Sgarlatta H

Cirugía Cardiovascular, Servicio Cirugía Cardiovascular, Sanatorio Allende; Clínica Vélez Sarsfield, Córdoba, Córdoba, Argentina

Objetivos: Demostrar que la cirugía coronaria sin bomba, es viable en pacientes con mala función ventricular.

Material y Métodos: En 40 ptes. con edad promedio 62,5, con miocardiopatía isquémica dilatada, viabilidad +, lechos distales de regulares a buenos, se realizó cirugía de revascularización sin bomba, sin catecolaminas, y usando IABP (balón contrapulsación) o apoyo ventricular izquierdo. - 70% se encontraba en clase funcional III-IV , 55% lesiones de tres vasos, 77,5 % IAM previo, el 7,5 % salió de la lista de espera de Tx.Cardíaco, y el Euroscore promedio era de 10.- Número de puentes promedio de 2,5 por paciente, en 10 (25 %) se colocó IABP, y en 5 (12,5 %) apoyo Ventricular izquierdo.

Resultados: Mortalidad de 4 ptes. (10 %), distress pulmonar, IAM perioperatorio, reconversión a C.E.C. por disfunción miocardica y apoyo V.I. prolongado fueron las causas. - La sobrevida hospitaria fue de 90 %, Revascularización completa 27 ptes. (67 %), imcompleta por vasos no permeables 10 ptes.(25 %) incompleta por acceso dificultoso 3 ptes. 7,5 %. - La morbilidad fue similar a los otros pacientes de revascularización sin bomba.

Conclusión: La cirugía sin bomba es una alternativa válida, con buenos resultados en cuanto a morbimortalidad.

Utilización de la Arteria Epigástrica como Segundo Conducto Arterial en la Cirugía de Revascularización Miocárdica. 137

Riera Stival J, Silveyra JM, Kriskovich JO, Piacenza AE, Garcia W, Barrios P, Pozzer D, Aventin G, Candia A, Cacheda H

Instituto de Cardiología "J.F.Cabral", Corrientes, Corrientes, Argentina.

Objetivo: determinar las modificaciones en la proporción del uso de la arteria epigástrica como segundo conducto arterial respecto a la arteria radial en pacientes sometidos a revascularización miocárdica (CRVM); comparar los resultados quirúrgicos entre ambos puentes.
Se incluyeron en forma consecutiva, los pacientes sometidos a CRVM entre 01/98 y 12/04. Se dividió a la población en grupos (G): G1: arteria epigástrica (AE) y G2: arteria radial (AR). Se determinó la diferencia en la proporción utilizada de ambos conductos de acuerdo a 3 periodos: 1998-2000 (Periodo1); 2001-2003 (periodo2) y 2004 (periodo3).

Resultados: Se incluyeron 203 pacientes consecutivos de los cuales el 36% corresponden al G1. La edad media de la población fue 54±6 años y el 67% fueron varones
El porcentaje de utilización de arteria epigástricas en los diferentes periodos fue: 14% en el periodo 1, 44% en el periodo 2 y 52% en el periodo 3 ($p< 0.01$). No se observaron diferencias en las características basales. Se utilizó menos circulación extracorpórea (CEC) en los pacientes con epigástrica: 67% vs 40% $p <0.001$, el número total de puentes fue menor en G1: 3.16±0.9 vs 3.60±1.02 $p=0.004$ y el número total de puentes arteriales 2.11±0.6 vs 2.54±0.7 $p<0.001$
No hubo diferencias entre G1 y G2 en la tasa de complicaciones posoperatorias. La mortalidad en el grupo epigástrica fue 0% y en el grupo radial fue 0.8% p= ns

Conclusiones: Se observó un aumento en la utilización de AE. Se asoció a menor utilización de CEC, menor uso de puentes arteriales y del total de puentes, sin diferencias en la morbimortalidad intrahospitalaria, sugiriendo que dicho conducto es un alternativa en pacientes sometidos a CRVM.

El Laboratorio Virtual para la Enseñanza Universitaria de la Embriología Humana en sus Aspectos Biológicos, Eticos y Sociales. 138

Avila RE, Samar ME, Camps D, Recuero Y

IIa Cátedra Histología, Fac. Ciencias Médicas, UNC, Córdoba, Córdoba, Argentina.

El objetivo del presente trabajo es describir nuestro Laboratorio Virtual para la enseñanza universitaria de la Embriología humana en sus aspectos biológicos, éticos y sociales destinado a los alumnos de grado y postgrado de las Ciencias de la Salud. Los recursos humanos y didácticos usados en el mismo pertenecen a la IIa. Cátedra de Biología Celular, Histología y Embriología y a las investigaciones de nuestro laboratorio de histopatología y de unidades académicas relacionadas con la Embriología Médica. También, posee diferentes enlaces a sitios de otras Universidades.
Esperamos lograr con el mismo: 1. mejorar la calidad de la enseñanza de la biología del desarrollo humano en un momento de particular importancia formativa para la conciencia y la maduración de una adecuada relación con el embrión como paciente. 2. ampliar la población estudiantil, receptores de los conocimientos impartidos a través de la web rompiendo las barreras de la distancia, fronteras o la posesión del material de estudio. 3. resaltar la importancia de la imagen médica en lo cognitivo, dado que la web incorpora movimiento a las imágenes permitiendo la comprensión de la organogénesis humana.4. brindar los aspectos del desarrollo humano en sus diferentes etapas (cigoto, embrión y feto); así como las bases biológicas de la herencia, aspectos genéticos de la evolución, los componentes genéticos de la patología humana, etc.
En conclusión, la enseñanza de la Embriología utilizando las nuevas tecnologías de la comunicación e información, enriquecerá los valores humanos y las conductas bioéticas en el actual contexto socio-cultural.

Resucitación Mediante Desfibrilación Automática. Programa SIDERAR 139

Ruiz Weisser J, D´Annunzio O, Corsiglia D, Fernandez Castillo JM, Gonzales F, Gonzalez J, Torrijos R

Emergencia, UEDC, La Plata; Medica, SIDERAR, Ensenada; U. Coronaria, H. Español, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La mortalidad del paro cardiaco extrahospitalario sigue siendo muy elevada a pesar del desarrollo de sistemas de emergencia extrahospitalarios y el intento de la enseñanza de las técnicas básicas de resucitación cardiopulmonar. Los malos resultados son directamente proporcionales al retraso de la aplicación de la desfibrilación eléctrica. El único modo de disminuir dichos retrasos sería la disponibilidad de desfibriladores externos automáticos (DEA) y de gente capacitada para utilizarlos en los lugares donde dicho riesgo sea máximo. Los programas internacionales como de los Aeropuertos de Chicago, líneas aéreas, Casinos de Nevada Policia de Richmond muestran una tasa de sobrevida superior al 45%.
Resumen: Luego de ponerse en marcha un programa de dotación de DEA y entrenamiento del personal sanitario en maniobras de RCP básica y avanzada y el uso de DEA. En el término de dos años se produjeron en la planta de SIDERAR Ensenada, dos paros cardiacos con fibrilación ventricular. Siendo ambos resucitados exitosamente mediante el uso del DEA. Se analizan los casos clínicos de ambos pacientes y su evolución a los dos años de uno de ellos y a los seis meses del otro. Ambos casos de FV fueron presenciados, efectuándose la primera descarga dentro de los tres primeros minutos, en un caso y dentro de los 5 en el segundo. Los dos pacientes al alta hospitalaria eran independientes para las actividades de la vida diaria. Habiendo retomado ambos sus actividades laborales en la empresa.
Comentario: El estudio demuestra que la puesta en práctica de programas de colocación de DEA en lugares públicos y el entrenamiento en su uso de determinados profesionales sanitarios y no sanitarios es factible y puede resultar en un porcentaje espectacular de supervivencia sin secuelas en casos de FV presenciada. Sin embargo, es necesario una legislación acorde para planificar la viabilidad y eficiencia de programas similares, en función de las características propias de cada lugar.

Situación Actual del Tabaquismo en los Adolescentes en la Ciudad de Rosario. 140

Paz C, Lorente C

Prevención Educación para la Salud, Convenio entre la Municipalidad de Rosario y la Sociedad de Cardiología Rosario, Santa Fe, Argentina.

En el año 2005 se efectuó un trabajo de prevención del tabaquismo en los 8vos años de escuelas de diferentes zonas de Rosario gracias a un convenio celebrado entre la Sociedad de Cardiología y la Municipalidad de Rosario. Consistió en realizar talleres educativos coordinados por un cardiólogo y un psicólogo. Este trabajo de investigación se desprende de 305 encuestas completadas por los alumnos como instancia previa a dichos talleres.
Los objetivos son conocer el porcentaje de adolescentes que: ha probado un cigarrillo; son fumadores ocasionales y regulares; así como también las concepciones acerca del cigarrillo que poseen y la influencia de la publicidad en el inicio de la adicción.
El método utilizado fue una encuesta que consta de 10 preguntas en las que se debe marcar alguna/s de las opciones propuestas y una pregunta final abierta para que el alumno exprese su opinión acerca de por qué un chico prueba un cigarrillo por primera vez.
Los resultados son que el 48% probó un cigarrillo: el 68% lo hizo entre los 10 y los 14 años (siendo levemente superior la cantidad de mujeres). El 21% fuma actualmente; dentro de este porcentaje el 14% lo hace en forma ocasional y el 7% regularmente
El 67% del grupo que no probó asocia el cigarrillo con dependencia y problemas de salud, a diferencia del grupo que sí probó en que este porcentaje es menor: 48%.
El 49% del grupo que no probó y el 37% del grupo que sí lo hizo considera que la publicidad de cigarrillos es engañosa.
Como conclusiones puede observarse que la situación actual de los adolescentes con respecto al tabaquismo es preocupante, ya que es alto el porcentaje de púberes que prueba a muy corta edad con grandes posibilidades de volverse adicto, y que hay un crecimiento del mismo en la población femenina joven.
Tienen menos probabilidad de comenzar a fumar aquellos chicos que poseen una concepción negativa con respecto al tabaco y una mirada crítica hacia publicidad de cigarrillos.

10 Años de Ecocardiografía Transesofágica (ETE) en un Centro Cardioquirúrgico. 141

Giacomo M, Bourdin F, Godoy G, Marasa V, Gerones M, Antonetti M, Cali L, Pisano O, Marelli D

Laboratorio de Ecodoppler Cardíaco; Servicio de Cardiología; Hospital San Juan de Dios; Post-grado de Cardiología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Desde Frazin y col. en 1976, pasando por Hisanagua y Di Magno en 1980, la aparición desde Japón y Europa de la técnica de barrido electrónico (phased array), el doppler color, hasta Bansal y col. que publican la novedad del ETE biplanar en 1990, esta técnica es de elección para identificar vegetaciones, la región posterior del corazón y grandes vasos, prótesis valvulares etc.
Objetivo: a) Mostrar número (nro.) y porcentaje (%) de ETE con respecto a estudios (est.) de doppler color, b) nro. de est. mensuales, c) indicaciones, d) premedicación y e) complicaciones. Población: Se estudiaron entre enero de1995 y diciembre del 2005 un total de16.889 pacientes (ptes.), se realizaron 1.324 ETE, 755 ptes. eran varones (57%), la edad promedio de 55 años, cabe aclarar que durante casi 3 años no se realizaron ETE por inutilidad de la sonda.
Material y Método: Los est. se realizaron en el laboratorio de ecografía, salas de cuidados intensivos y quirófanos, según técnicas habituales, se utilizaron dos ecocardiógrafos Ultramark 9 DP con sonda biplana y Toshiba Core Vision con sonda multiplana.

Resultados:	Nro. de est.	%
a) **Est. totales de Ecodoppler color 16.689, ETE**	1.324	11.2 * (7.9%)
b) **Est. Mensuales**	16	
c) **Indicaciones:**		
EI:(nativas 195 (70.6%), prótesis: 63 (22.8%), derechas 18 (6.6%)	276	20.6
Detección de Foco Embolígeno (DFE):	141	10.5
Cardiopatías Congénitas (C. Cong.)	141	10.5
Insuficiencia Mitral (IM.)	135	10.1
Intraoperatorios (I. Op.)	134	10.0
Control Posquirúrgico (C. Pq.)	110	8.0
Patología Aórtica (P. Ao.)	88	6.6
Valvulopatía Aórtica:	76	5.5
Estenosis Mitral:	76	5.5
Misceláneas:	69	5.0
Enfermedad Mitro aórtica:	35	2.5
Cardiopatía Isquémica:	29	2.1
Enfermedad Mitral:	24	1.8
Tumores:	18	1.3
d)**Premedicación**	112	9.4
e)**Complicaciones**	0000	

Conclusiones: Los ETE representaron el 11% de los est. realizados, el nro. de est. mensuales fue aceptable, las indicaciones más frecuentes fueron sucesivamente la EI, DFE, C Cong, IM, I Op, C Pq, P Ao, estas conforman más del 75 % de las solicitudes, se premedicaron un nro. pequeño de ptes y no se presentaron complicaciones atribuibles a la práctica.

Análisis Ecocardiográfico del Remodelamiento Ventricular Izquierdo Post-Infarto Agudo de Miocardio en Ratas. 142

Escudero EM, Pérez NG, Yang XP, Rinaldi G, Pinilla OA, Carranza VB

Investigación Básica, Facultad de Cs. Médicas, UNLP, CIC, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: los modelos de insuficiencia cardíaca secundaria a infarto agudo de miocardio (IAM), son útiles para el estudio de la progresión de la disfunción cardíaca y para el ensayo de diferentes terapéuticas.
Objetivos: el presente trabajo fue proyectado para analizar la mortalidad y las modificaciones en la estructura y función ventricular izquierda a través de estudio ecocardiográfico en ratas Wistar con IAM.
Material y Métodos: en 15 ratas Wistar de 4 meses de edad, anestesiadas previamente con embutal 35 mg/Kg intraperitoneal, se ligó la arteria descendente anterior para provocar un IAM (R iam). Se realizó en cada animal un ecocardiograma por semana después del IAM y hasta la quinta semana, midiéndose los espesores parietales y los diámetros de las cavidades para calcular masa y función sistólica ventricular izquierda. Los ecocardiogramas de 12 ratas Wistar de la misma edad, fueron utilizados como controles (C).
Resultados: 3/15 ratas murieron durante el procedimiento determinando una mortalidad de 20%. Se observó un aumento significativo de los diámetros ventriculares diastólico (Dd) y sistólico (Ds) del VI (Dd C: 5.27mm ± 0.3, IAM: 6.04mm±0.7- p<0.01. Ds C: 2.27 mm ±0.39; IAM 3.04±0.7- p<0.01), del espesor de la pared posterior en diástole (C: 1.46 mm±0.18; IAM 1.76 mm±0.21- p<0.01) y de la masa ventricular izquierda (IMVI C: 1.13±0.09; IAM 2.05±0.31- p<0.01) a las 5 semanas en R iam. Las R iam presentaron una disminución del porcentaje de acortamiento a partir de la 5ta semana del IAM. (C: 56.87 % ±7.12; IAM 50.19 %±7.96- p<0.05).
Conclusiones: La mortalidad del procedimiento del 20% y la posibilidad de detectar el remodelamiento ventricular con el estudio ecocardiográfico, confirman la utilidad de este modelo para analizar el desarrollo de insuficiencia cardíaca en este tipo de ratas.

Aneurisma del Septum Interauricular (A.S.I.A) Hemiplejia y Trombosis Auricular Izquierda 143

Giacomo M, Bourdin F, Viscuso C, Cali L, Godoy G, Marasa V, Marelli D

Laboratorio de Ecodoppler Cardiaco; Servicio de Cardiología, Hospital San Juan de Dios; Posgrado de Cardiología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Claramente establecido en la bibliografía esta la asociación de A.S.I.A y embolia sistémica, en este caso particular se observa la coexistencia de un foco embolígeno auricular izquierdo.
Objetivo: Ante la presencia de ACV y ASIA siempre debemos pensar que esta es la causa de la fuente embolígena.
Material y población: paciente de 34 años que hace 4 años fue sometido a safenectomía, es dado de alta y a las 48 Hs presenta Hemiplejía derecha, se realiza Resonancia Magnética nuclear (RMN) que muestra infarto isquémico de ganglios de la base, queda medicado con dicumarinicos.
Resultados: se realiza Ecocardiograma transtoráxico y transesofágico que indican la presencia de ASIA amplia con mínimo shunt de derecha a izquierda determinada por color y contraste salino de AD con maniobra de valsalva. El paciente concurre a nuestro Hospital para conducta luego de varias consultas en otros centros, se realiza ETE que demuestra los hallazgos conocidos a los que se agrega la presencia de trombosis de orejuela izquierda.
Conclusiones: Ante la presencia de ASIA y ACV es lógico pensar en la posibilidad de que el foco embolígeno esta relacionado pero tenemos que intensificar la búsqueda de otras causas de fuente embolígena como la coexistencia de alteraciones funcionales, orgánicas o coagulopatías, ya que en estos casos la cirugía reparadora no estaría indicada y si el tratamiento anticoagulante como se indicó en este paciente.

Comparación entre la Ecocardiografía 2D y 3D en Tiempo Real para la Evaluación de la Función Ventricular Izquierda 144

Borquez J, Reyes G, Fabris N, Portis M, Corneli D, Barbieri B, Escudero E, Ronderos R

Ecocardiografía, Instituto de Cardiología, La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina

La evaluación de la función ventricular Izquierda, es trascendente en la toma de decisiones clínicas y el pronóstico en cardiopatías.
Objetivo: Analizar las diferencias entre Eco 2D y 3D en la determinación de volúmenes (Vol) y Fracción de eyección (FE) en pacientes (pac) no seleccionados.
Material y métodos: 41 pac.11-8a (54) Eco 2D y 3D sucesivos. 3 eliminados (Bloqueo rama izquierda o ritmo marcapaso). 15 VI normales, 13 hipertrofia, y 10 dilatacion, 3 alteraciones de la motilidad. Se evaluaron diámetro diastólico (DD) y sistólico (DS) en mm, masa VI gr (M) e Indice de Masa gr/m2 (IM) por modo M, Volúmenes (Vol) en ml y FE VI en % por Simpson biplano (2D) y Vol y FE 3D con QLab Philips.
Resultados: Grupo(G) general: DD: 51,5±9,7, DS 32,7±10,9, FAc 37,6 ±10, M 227,1±94,3, IM 123±48,6, 2D Vol D 100,8±50,8, Vol Sist 40,4±35,6, FE 63±10,4 y el 3•D: Vol Diast 95,9±47,4, Vol Sist 39,3±32,2 y FE 62,7±12 NS respecto a 2D. G Normal: DD 45,6±5,2, DS 27,2±5,3, Fac 40,5±8,8, M 153 63 gr, I M 90,7± 25,2. 2D: Vol D 79,7±30,6, V Sist 25,8±12,6, FE 66,1±7,1. 3D: V Diast 73,3±30,6 p< 0.02, V Sist 21,8±7,6 p< 0.008, FE 69,2±5,1% p<0.05 respecto a 2D. G HVI: M 228,7± 29,4 p<0.01 IM 122,3±14,7 p<0.05 respecto a normales. 2D Vol D 79,4 ±19,7, Vol S 26,7±11,4 , FE 66,8± 6,4. 3D: Vol D 72 ±17,5 p<0.05 respecto 2D, Vol S 24,3±13,6 (NS), FE 67,4±10,4(NS). GDilatados: M 362,4 ±87,2, IM 191,2±50,8 p< 0.01, 2D Vol D 168±59,3 .Vol S 86,4±48,6 , FE 52,2 ±13,9. 3D: VolD 165,8±38,3 (NS), Vol S 87,7±33,3 (NS), FE 48,4±10,6 (NS) respecto a 2D.
Conclusiones: El Eco 3D muestra diferencias significativas para Vol y FE solo en G Normal. En GHVI solo en V Diast. No hay diferencias en Ggeneral. En 3D los Vol. y FE tienden a ser mayores. Puede explicarse por la detección precisa del apex en 3D en normales. En dilatados la esfericidad hace desaparecer el apex y es mas detectable en 2D. En HVI por la forma que adopta el VI en sistole.

Comportamiento de la Función Endotelial en Pacientes Coronarios con y sin Tratamiento de Rehabilitación Cardiovascular. 145

Cali L, Giacomo M, Gomez Monroy A, Antonetti M, Bourdin F, Viscuso C, Marelli R

Laboratorio de Ecodoppler Cardiaco; Servicio de Cardiología, Hospital San Juan de Dios; Post-grado de Cardiología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La génesis de la aterosclerosis, entre otros factores puede ser interpretada por la disfunción endotelial, el ecodoppler la puede evaluar, analizando la respuesta vasodilatadora mediada por endotelio.
Objetivo: Determinar la respuesta observada con el test de vasodilatación de la arteria humeral en pacientes (ptes.) con enfermedad coronaria (E.C) en plan de rehabilitación cardiovascular (R.H.C.V) versus ptes. sin R.H.C.V.
Material y Métodos: Se estudiaron 100 Ptes. con E.C, 15 femeninos, 85 masculinos, edad promedio: 54 años. Fueron distribuídos al azar 60 ptes. a plan de RHCV y 40 ptes. sin RHCV, en todos los casos con tratamiento convencional. Se utilizó transductor lineal 7.5 MHz. El test consistió en la colocación del esfingomanómetro y mediante ecodoppler se midió el diámetro de la arteria humeral (D.A.H) y la velocidad pico (V.P) en condiciones basales y luego de 5 minutos de isquemia provocada por la compresión superior en 30 mm de Hg de la presión sistólica, se descomprimió y se obtuvo la V.P a los 15 segundos y D.A.H al minuto, comparando la vasodilatación antes y después de la compresión. El test se consideró positivo (+) cuando existió vasodilatación.
Resultados: en el grupo RHCV el Test de vasodilatación fue + en 52 casos y en el grupo sin RHCV en 12 p< 0.0098 con el test de Chi cuadrado.
Conclusiones: los ptes en plan de RHCV evaluados con el test de vasodilatación presentaron respuesta positiva significativamente mayor que los ptes sin R.H.C.V, en forma similar a estudios anteriores lo que confirman la utilidad del método en estos ptes.

Doble Camara Ventricular Derecha (Dcvd). 146

Bourdin F, Giacomo M, Weisburd P, Franco O, Viscuso C, Echeverria C, Marelli D

Laboratorio de Ecodoppler Cardiaco; Servicio de Cardiología, Hospital San Juan de Dios; Post-grado de Cardiología, Facultad de Ciencias, Médicas Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

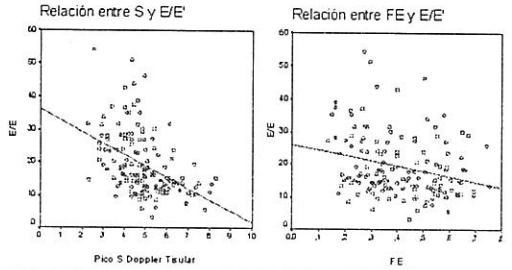
Femenina, 34 años, desde hace 10 años se encontraba en capacidad funcional (CF) II, hace 60 días CF III-IV, a los 13 años presentaba un soplo, se indicó cirugía a la que se negó, Examen clínico: Frémito en foco pulmonar, Pulsos normales, R1 normofonético, Soplo holosistólico eyectivo 4/6 en área pulmonar con irradiación a cuello, R2 desdoblado permanente variable con P2 disminuído, R4 ventricular derecho. ECG: sinusal, hipertrofia ventricular derecha tipo A, sobrecarga ventricular derecha. RX Tórax: cardiomegalia, índice 0,60, arco inferior derecho prominente, arco medio tendido. Vasculatura pulmonar normal. Ecocardiograma Transtoráxico: severa hipertrofia de la trabécula septomarginal y banda moderadora del ventrículo derecho (VD) que genera obstrucción intraventricular entre la cámara de entrada y la pars trabeculada con un gradiente máximo de 110 mm Hg, esto genera una cámara de alta presión (inlet) tracto de entrada de VD y otro de baja presión (aulet) pars infundibular, la válvula pulmonar (VP) con apertura y morfología conservada, sin gradiente transvalvular. Ecocardiograma transesofágico: septum membranoso interventricular cerrado. Resonancia Magnética Nuclear: se observa en planos sagitales, axiales y coronales severa hipertrofia de la pars trabeculada del VD con la trabécula septomarginal que genera obstrucción severa intraventricular. En angioresonancia se detecta yet de alta velocidad en la porción trabeculada, se observa VP con buena apertura y sin estenosis y doble cámara.
Conclusiones: La DCVD es una entidad poco frecuente que se puede desarrollar en forma aislada o ser secundaria a una CIV perimenbranosa o sub pulmonar. La hipertrofia de la pars trabeculada del VD genera una doble cámara VD con una cámara de alta presión en el inlet y otra cámara de baja presión en el aulet o tracto de salida, el tratamiento es quirúrgico practicándose miomectomía de la trabécula septomarginal y de las partes del VD que generan la obstrucción intraventricular.

E/E' en Relación con la Función Sistólica del Ventrículo Izquierdo Evaluada por Eco Doppler Tisular y Fracción de Eyección. 147

García EH, Obregón RO, Parras JI, Riera Stival JL, García WJ, Tassano EA

Cardiología Ecocardiografía, Instituto de Cardiología "Juana F Cabral", Corrientes, Corrientes, Argentina.

Introducción: La función contráctil longitudinal del ventrículo izquierdo (VI) evaluada por el pico S del Doppler tisular (DT) ha demostrado ser un parámetro más sensible y específico que la fracción de eyección (FE) en detectar deterioro de la función sistólica en pacientes con insuficiencia cardíaca.
Objetivo: Determinar la relación existente entre las presiones de llenado del VI estimadas por E/E' con la FE y el pico S por DT del anillo mitral.
Métodos: Se incluyeron 146 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca crónica. En todos se evaluó la relación E/E' (E del flujograma mitral / E' del DT obtenido en la región septal del anillo mitral). Se realizó el coeficiente de correlación lineal entre la E/E' y FE y entre E/E' y pico S del DT.
Resultados: Ambos parámetros demostraron una correlación inversa estadísticamente significativa (p <0.001). La asociación entre E/E' y pico S fue mejor (r-0.45) que entre E/E' y FE (r -0.25).
Conclusiones: El pico S del DT demostró una mejor correlación con E/E' que la FE, sugiriendo que su medición en pacientes con insuficiencia cardíaca sería de utilidad en la evaluación tanto de la función sistólica del VI como de su llenado diastólico.



Efectos del Descenso de Colesterolemia Mediado por Estatinas en la Reserva de Flujo en la Microcirculación Coronaria. 148

Reyes GR, Ronderos RE, Fabris NG, Corneli DB, Portis ML, Escudero E, Testore J

Ecocardiografía, Instituto de Cardiología, La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

El descenso de LDL, o triglicéridos (TG), mejora el flujo coronario (FC) y los eventos probablemente por regulación del flujo en la micro circulación (MC).La ecocardiografía con contraste (EC), permite cuantificar el FC en la MC.
Objetivo: analizar efectos del tratamiento con atorvastatina, en la reserva de FC en adultos con hipercolesterolemia como único factor de riesgo. HIPOTESIS: el descenso LDL por dieta, ejercicio y atorvastatina, producirá una mejoría en la reserva de flujo en la MC.
Material y método: 24 ptes >55 años C total>240 y LDL>160 mg%, sin tratamiento. Ergometría y/o ecostress normales. Sangre con 12 hs de ayuno (CT, LDL, HDL, Glu y TG y PCR) y EC con Optison1.5 ml a 2-4 ml/min y Dipiridamol (DP) 0.84mg/k ev.Loops de video digital. Cuantificación del FC en la MC en los 3 territorios coronarios (3tC) con velocidad máxima de flujo y porcentaje (%) de variación? postDP. Se los trato 3 meses (m) con atorvastatin y se reiteró procedimiento. Resultados comparados entre basales (B) y postratamiento (PT), cada uno como su control. Test T de Student (variables continuas) y Chi cuadrado (porcentuales)
Resultados: 12 completaron el estudio. B: CT: 305±53mg/%. HDL 44±9,36 LDL 233±59.Glu 104,18±10,68 (TG) 194±122. PT: CT 235,09±34,99 (p<0.0001), HDL 48,64±7,7(p< 0.208) LDL 155,2±37,9 (p< 0.0001). Glu 105,64±9,81 p<0.732; TG 1,27±268. Reserva MC B:β= 0.78±0.64 en DA, 0.38±0.23 CX y 0.65±0.50 CD. Post DP 2.46±1.78 en DA, 1.14±0.57 Cx y 1.42±1.1 en CD. % incremento de β post DP-:214 en DA, 202 en CX y 117en CD. Promedio (M) 3tC 177.66 %±52.88% PT3m: β = 0.98±0.65 en DA, 0.57±0.20 CX y 0.9±0.45 CD. Post DP 2.5±1.56 DA, 1.5±0.78 Cx y 1.4±08 CD. PT. % de incremento de β Post DP 245 en DA, 86 en CX y 126 CD. M3tC 152%.
Conclusión: La atorvastatina 20 mg/dia es efectiva para la reducción del CT y LDL pero a pesar de esto la reserva FC sigue disminuida. La EC con DPes útil para demostrar esta anormalidad y permite evaluar el efecto hipolipemiante en la MC

EMEIL Estudio Monocéntrico Endocarditis Infecciosa Lanus. Nuestra Experiencia de 10 Años. 149

Capece R, Dinerstein E, Piovano C, Togneri A, Gonzalez C

Unidad Coronaria, Terapia Intensiva; Clínica Médica; Infectología Clínica Médica, HIGA Evita Lanús, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: establecer el perfil clínico y epidemiológico de endocarditis infecciosa (EI) a lo largo de 10 años de estudio. Estudiar poblaciones especiales;adictos a drogas endovenosas ADEV, no adictos (NA), pac con VIH/SIDA y endocarditis lentas (EL).
Material y métodos: se estudiaron 92 pacientes (pac) entre marzo/1995 a enero/2005 con diagnóstico de EI según los criterios clínicos de Durack. Análisis estadístico: test de Chi cuadrado, tablas de doble contingencia según la modificación de Yates, test de Student Gosse, programa Statistix 7.0.
Resultados: se reclutaron 92 pac, 67 varones (72.8%), el promedio de edad fue de 42.9 años, 33 de los 92 (35.8%) eran ADEV. Se realizó la comparación entre ADEV y no adictos y endocarditis lentas (EL) versus no lentas (ENL).
Conclusiones: la endocarditis infecciosa es una enfermedad que afecta en todos los subgrupos mas al sexo masculino, que los ADEV tienen como puerta de entrada mas frecuente la vascular, mas afectación de la válvula tricúspide, el germen habitual es el staphylococcus, baja indicación de tratamiento quirúrgico y baja mortalidad. En los no adictos predomina la puerta de entrada odontológica, afectación de válvulas aórtica y mitral, el Streptococos viridans, alto porcentaje requiere cirugía y la mortalidad es significativamente mayor

	ADEV n: 33	VS	No Adictos n: 59		ADEVn: 33	VS	No adictos n: 59
Sexo masculino	29 87.8%		36 64.4%	Hemocultivos +	29 87.8%	NS	45 76.2%
Puerta entrada							
Vascular	27 81.8%	0.001	6 10.1%	Staphylococcus	20 60.6%	0.001	14 23.7%
Odontológica	0 0%	0.001	19 32.2%	Estreptocos Vir.	1 3%	0.005	14 23.7%
Localización							
Tricúspide	25 75.5%	0.005	6 10.1%	Ecocardiograma +	32 96.9%	NS	54 91.5%
Mitral	1 3%	0.0001	18 30.5%	Indicación cirugía	1 3%	0.05	16 27.1%
Aórtica	0 0%	0.001	22 37.2%	Muertes	3 9%	0.05	14 23.7%

Estenosis Aórtica Severa con Mala Función Ventricular (E.Ao.S.M.F.V.), el Hallazgo de Incrementos Significativos del Gradiente Valvular en la Pausa por Extrasistólica Predice Reserva Contráctil. 150

Giacomo M, Bourdin F, Godoy G, Marasa V, Gerones M, Pisano O, Viscuso C, Marelli D

Laboratorio de Ecodoppler Cardíaco; Servicio de Cardiología, Hospital San Juan de Dios; Post-grado de Cardiología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La valoración de la reserva contráctil en la E.Ao.S.M.F.V con eco stress con ejercicio fue publicada por Otto CM y col. en 1992, De Filippi y col. publicó en 1995 sus trabajos con eco dobutamina, con estos podemos separar rápidamente E.AO leves o moderadas, E.AO severas con reserva contráctil y E.Ao.S sin reserva contráctil, tenemos también publicaciones de la potencial viabilidad miocárdica durante la potenciación posextrasistólica en pacientes candidatos a revascularización coronaria.
Objetivos: Demostrar que los pacientes (ptes.) con E.Ao.S.M.F.V que estudiamos con eco basal y que en algunos en forma espontánea encontramos extrasistolia ventricular y por consiguiente potenciación posextrasistólica estos incrementos del gradiente pico (G.P) > de un 25%, indican reserva contráctil y no necesitan ser sometidos a Stress con dobutamina.
Material y método: entre enero 2004 a diciembre del 2005 fueron sometidos a realización de Eco 2d doppler color con dos equipos Ultramark 9 DP y Toshiba Core Vision con transductor 2.5 MH y pedoff, un total de 44 ptes. con E.Ao.S fueron a cirugía, 33 hombres con edades promedio de 63 años 9 presentaban E.Ao.S.M.F.V.
Resultados: en 5 se detectó extrasistolia ventricular con incrementos del G.P promedio (42 a 57mmHg, 27%) el resto fue sometido a test con dobutamina, todos fueron sometidos a cirugía y dados de alta a domicilio.
Conclusiones: si bien el número de ptes. es pequeño la presencia de incrementos significativos > 25% del G.P.Ao. en casos de ptes con E.Ao.S.M.F.V sería un indicador de reserva contráctil y no justificaría la realización de un test de reserva contráctil con dobutamina.

Evaluación de la Función Sistólica en la Hipertrofia Ventricular Izquierda Secundaria a Hipertensión Arterial. 151

Tufare A, Escudero E

Ecocardiografía, UNLP, Magister en Ultrasonido en Cardiología, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

La hipertrofia ventricular izquierda (HVI) secundaria a hipertensión arterial (HTA) es un factor de riesgo cardiovascular, con mayor progresión a insuficiencia cardíaca. El estudio de las fibras miocárdicas aisladas muestra un deterioro de la contractilidad desde etapas tempranas, hecho que no se ha puesto de manifiesto en estudios ecocardiográficos. El uso de índices ecocardiográficos poco sensibles y específicos, junto con la falta de consideración de la postcarga podría ser la causa de los resultados contradictorios. El objetivo de este trabajo fue evaluar el estado de la función sistólica en pacientes con HTA con y sin HVI concéntrica a través de la fracción de acortamiento medioventricular (FAMv), independizada de la postacarga. Se incluyeron 74 individuos, 27 con HVI, 22 sin HVI y 25 controles. Se les realizó ecocardiograma completo, calculando el índice de masa del ventrículo izquierdo (IMVI), el espesor parietal relativo (h/r), la FAMv y el estrés de fin de sístole (EFS), estimando la FAMv observada/FAMv predecida de la población control según el EFS de cada paciente (FAMv obs vs pred). Los pacientes con HVI concéntrica (h/r>0.5) mostraron peor FAMv obs vs pred que los pacientes sin HVI y los controles (fig 1).
Conclusión: La HVI concéntrica secundaria a HTA presenta deterioro de la función contráctil desde etapas tempranas, no detectado con los índices ecocardiográficos habituales.

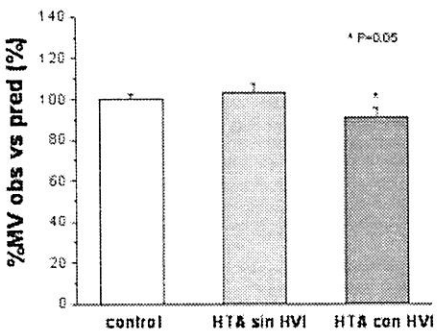


Fig 1

Función Endotelial durante el Primer Trimestre de la Gestación. 152

Ros N, Nolly A, Ankudowicz V, Escudero E

Ecocardiografía, Cardiología, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Introducción:La evaluación de la función endotelial (FE) ha surgido como herramienta para investigar la aterosclerosis. Los síndromes coronarios, vasculopatía periférica, stroke y pre eclampsia,están en parte vinculados a la pérdida del control del tono vascular, trombosis y crecimiento de la pared vascular asociados a la disfunción endotelial. En la gestación se genera un desequilibrio entre los mecanismos vasoconstrictores y vasodilatadores a favor de estos, no encontrándose datos sobre el análisis de la FE.
Objetivos: Analizar la FE en embarazadas y definir el estado de la misma.
Hipótesis: Se espera encontrar en embarazos no complicados durante el primer trimestre una FE normal similar a mujeres no embarazadas.
Material y método: 26 p, en 2 grupos (G); G1: 18 p cursando su primer trimestre de gestación; G2: 8 p no embarazadas. Se realizó el estudio de FE utilizando ultrasonido para medir las variaciones del diámetro de la arteria humeral, insuflando el manguito del tensiómetro de mercurio 50mmHg por encima de la tensión arterial (TA) sistólica durante 5 minutos (min) para generar isquemia; se tomaron mediciones basales y al 1 min postinsuflación. Se registró la TA y frecuencia cardiacas (FC) basales.
Resultados: El promedio de edad, TA y FC fueron similares en ambos grupos: (G1 29,5años, 113/71mmHg, 66lpm y G2 29,38años, 111/65mmHg, 76lpm) p NS. Los diámetros basales, posinsuflación y el porcentaje de cambio promedios fueron: (G1 0,71 vs 0,80cm, 12% y G2 0,62 vs 0,68cm, 9,57%) p NS.
Conclusión: La FE durante el primer trimestre del embarazo es similar a las pacientes no embarazadas, mostrando un patrón normal.

Incremento de la Incidencia de Endocarditis en un Hospital Público

153

Pabstleben N, Bucci A, Slobodian K, Pose N, Costamagna A, Fernández H, Gimenez O, Cabaña M, Ruiz Deza G, Pedreira D

Cardiología, Unidad Coronaria, Hospital Presidente Perón, Avellaneda, Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: Llamar la atención en el incremento excesivo de endocarditis infecciosa (EI) como hecho epidemiológico.

Material y Métodos: Se tomaron todos los casos de EI, diagnosticados de acuerdo a normas regidas por Sociedades Científicas, internados en el servicio de Cardiología (Unidad Coronaria), entre el 1° de Enero de 2006 a 30 de enero del mismo año. De un total de 8 (ocho) pacientes (5 de sexo masculino y 3 de sexo femenino), con una media de edad de 41 años (entre 23 y 66), con compromiso de válvulas combinadas (mitral y aórtica) 2 (dos), compromiso aórtico 2 (dos), y mitral 4 (cuatro) con aislamiento de gérmenes (Estreptococo viridans 4, estafilococo 2, enterobacter 1, Burcordelia Sepacea 1, presentaron 4 (cuatro) casos de embolias sépticas, siendo operados tres casos (reemplazo valvular mecánico), presentando como factores de riesgo: 1°) Mala higiene oral, 2°) HIV + (1 caso) 3°) Valvulopatía previa (2 casos - reemplazos valvulares previos) 4°) drogadicción (2 casos) 5) Mala condición social (todos los casos).

Conclusiones: La elevada incidencia de esta patología se debe (a nuestro criterio) a malas condiciones higiénicas y sociales cuyos factores de riesgo serían prevenibles siguiendo una adecuada política sanitaria.

Presión Wedge con Doppler Tisular, Dónde Medir en la Estenosis Aórtica Severa?

154

Obregón RO, García E, Parras J

Ecografía, Instituto de Cardiología de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina.

La estenosis aórtica severa (EAS) tiene como síntoma la disnea provocada por aumento de la presión Wedge (PW) El Doppler tisular (DT) puede estimar esta colocando la muestra en el septum interventricular o la cara lateral. Para analizar esto se diseñó este protocolo.

Objetivos:1) Determinar el mejor lugar muestral para la estimación de PW con DT en la EAS.
Se estudiaron 240 pacientes con EA, 146 hombres y 94 mujeres, edad 69 años (65-90) Se estimó, además, la resistencia valvular aórtica (RVA) y se compararon los resultados en los diferentes grados de EA (áreas y resistencias valvulares). El 61% de los pacientes tenían un área aórtica menor a 0.7 cm2. La RVA fue significativamente diferente en todos los grados de EA. Las diferentes mediciones se observan abajo en la tabla. La PW lateral fue más precisa que la septal para diferenciar pacientes con diferentes grados de EA. La PW septal no mostró diferencias al comparar las áreas menores o mayores a 0.7cm2 (22±9 vs. 26±11, p<0.21) mientras, que la tomada en el anillo lateral fue significativamente diferente (18±9 vs. 23±13, p<0.002)

Conclusiones: 1) La PW tomada a nivel lateral en más sensible y confiable en la EAS que las mediciones tomadas a nivel del septum interventricular.

Area aórtica	Resistencia	PW septal	PW lateral
< 0.7 cm2	5.122 ± 3.111	26 ± 11	18 ± 9
0.71 – 0.89	1.916 ± 696	22 ± 9	18 ± 8
> 0.9 cm2	1.462 ± 1.916	22 ± 8	19 ± 11

Terapia de Resincronización Cardíaca. Seguimiento Clínico y Ecocardiográfico.

155

Fernández E, Tazar J, Joo Turoni C, Gonzalez S, Lobo Marquez L, Castellanos R, Hauad S, Caram R

Instituto de Cardiología, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

Introducción: A partir del año 2000 comenzaron a aparecer publicaciones de trabajos multicéntricos que probaron que la terapia de resincronización cardíaca (TRC) produce mejoría en la evolución clínica de los pacientes (pac) con Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC).

Objetivo: Trabajo retrospectivo dirigido a evaluar la respuesta a la TRC en paciente con ICC avanzada y con criterios Clínicos, Electrocardiográficos y Ecocardiográficos de asincronía.

Material y método: Trabajo retrospectivo que incluye pacientes con ICC y sometidos a TRC desde el año 2000 hasta el 2005. Se completó seguimiento clínico y ecocardiográfico de 24, 2 meses (rango 8 -58 meses) desde la colocación del dispositivo. Todos los pac presentaban tratamiento farmacológico completo para ICC. Se tomaron en cuenta: CF, FE, Volúmenes ventriculares, Parámetros de asincronía para el análisis, además de datos epidemiológicos.

Resultados: Se incluyen 10 pac, todos hombres, de 60 años promedio. Seguimiento de 24,2 meses. 5 pac tenían ICC de origen isquémico. 4 pac tuvieron TRC + Cardiodesfibrilador Implantable (CDI). CF (NYHA) pre TRC: 2.8 - Post 1,4 (P 0.003), Volumen Diastólico pre TRC 359 - Post 287 (P 0.02), Volumen Sistólico pre 192 - post 140 (P0.002), FE pre 19,1 - Post 31,6 (P0.01). Asincronía intraventricular pre 190 - Post 71.3 (P0.01).

Conclusiones: La TRC produjo mejoría clínica en los pacientes. Disminuyó significativamente la asincronía intraventricular, redujo los volúmenes ventriculares y aumentó la Fracción de Eyección (Remodelación Reversa).

Tubo Valvulado Aórtico (T.V.Ao) y Pseudoaneurisma (P.S.A) por Endocarditis Infecciosa (E.I)

156

Giacomo M, Bourdin F, Marasa V, Godoy G, Echeverria C, Viscuso C, Marelli D

Laboratorio de Ecodoppler Cardiaco; Servicio de Cardiología, Hospital San Juan de Dios; Postgrado de Cardiología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Dentro de las complicaciones de la Endocarditis Infecciosa protésicas (EIP) 0.8% por año, tenemos las dehiscencias valvulares, las fístulas, obstrucciones protésicas, embolias y pseudoaneurismas.

Objetivo: Mostrar una de estas complicaciones pero con algunas características particulares.

Material y Métodos: Paciente (pte) femenina de 53 años que refiere dolor toráxico atípico de 1 mes de evolución, presenta como antecedente operación de Bentall del Bono con tubo valvulado aórtico (TVAo) Medtronic Holl n 23, en enero del 2003, también se colocó marcapaso endocavitario por bloqueo aurículo ventricular, posteriormente presentó varios episodios febriles y tratamiento para EI, tipificándose en hemocultivos pseudomona auriginosa. Examen clínico cardiovascular: se palpa dehiscencia esternal con masa pulsátil en toda su extensión, doloroso a la compresión superficial, R1 conservado, soplo mesosistólico eyectivo 2/6, R2 protésico aumentado, no R3, ni R4, ligeramente hipertensa, hemodinámicamente compensada, ECG: ritmo de marcapaso, censado y captura 100%, Rx tórax: ensanchamiento mediastinal a expensas del arco superior derecho y el índice cardiotoráxico de 0.60.Ecodoppler color cardiaco (EDCC), Ecocardiograma transesofágico (ETE) y Tomografía Axial Computada helicoidal de tórax (TACHT). Resultados: DDVI:64 mm, FA:38%, sin alteraciones de la motilidad regional, Válvula aórtica protésica, se observa tubo valvulado con protésis normofuncionante, se observa imagen con densidad hemática de gran tamaño (10 cm) que desplaza el ventrículo derecho, se apoya sobre la pared anterior del tubo valvulado, progresando hacia el esternón y por detrás de la aurícula izquierda, la misma es compatible con pseudoaneurisma o hematoma periaórtico. TACHT: en mediastino anterior se reconoce pseudoaneurisma sacular con origen en aorta ascendente, se extiende caudalmente hacia la cavidad cardíaca y región esternal, mide 15cm por 20 aprox., presenta un trombo en la porción superior.

Conclusiones: Esta complicación de EI es poco frecuente en cuanto a la magnitud del pseudoaneurisma, normalmente en nuestra experiencia se observan de menor tamaño, recientemente nos enfrentamos con un caso similar en una prótesis aórtica, sin TVAo, igual que ésta, el germen era una pseudomona, ambos casos fueron de resolución quirúrgica.

Utilidad de los Signos Clínicos para el Diagnóstico de Estenosis Aórtica Severa

157

Viscuso C, Giácomo M, Bourdin F, Echeverría C, Geronés L, Braziunas D, Rifourcat I, Echazarreta D, Abril J, Marelli R S.

Hospital San Juan de Dios, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: el médico cardiólogo debe poder semicuantificar la severidad de una enfermedad valvular a partir de la palpación y auscultación cardíaca que es en esencia jerarquizar la semiología.

Objetivos: analizar la prevalencia de signos y síntomas en el diagnóstico de Estenosis Aórtica severa.

Material y métodos: se analizaron en forma retrospectiva 45 pacientes (p) portadores de Estenosis Aórtica Severa diagnosticados por eco Doppler color (e) y confirmados por cirugía internados en nuestro Servicio entre enero/2004 y diciembre/2005. Se consideraron los criterios clínicos clásicos de severidad y la suma de los criterios habituales por (e).

Resultados: sexo masculino 55.6%, edad media 56+/-10 años, rango 18-73 años. Clase funcional II/III 37p (81%). Etiología: degenerativa 29p (64.4%), bicúspide 13p (28.9%), reumática 3p (6.7%).
Síntomas, signos y asociaciones más frecuentes: disnea (d) 35p (77.8%), angor (a) 26p (57.8%), síncope 16p (35.6%, (a) y (d) 17p (37.7%), pulsos parvus y tardus (p y t) 35p (78%), choque de punta sostenido 29p (64.4%), soplo holosistólico con acmé tardío (at) 44p (97.8%), segundo ruido disminuido o abolido 29p (64.6%).

Conclusiones:1.El pulso parvus y tardus y el soplo holosistólico con acmé tardío, pudieron predecir severidad en más del 75% de los casos. 2. El segundo ruido conservado no descarta Estenosis Aórtica Severa

Características Etiológicas y Clínicas de Pacientes con Trombosis Venosa Profunda con o sin Tromboembolismo de Pulmón

158

López C, Chain S, Feldman G, Luciardi H, Berman S, Herrera RN, Muntaner J

Cardiología, Cardiología, Centro Modelo de Cardiología; Ultrasonido, Cardiovascular, Centro Radiologico Mendez Collado, San Miguel de Tucumán, Tucumán Argentina

La trombosis venosa profunda (TVP) asociada o no a tromboembolismo de pulmón (TEP) es una enfermedad con variados factores de riesgo y características clínicas. Objetivos: 1) Evaluar la prevalencia de los factores de riesgo más frecuentemente asociados con TVP sola o asociada a TEP. 2) Valorar las características clínicas de ambos grupos. 3) Destacar la localización anatómica más frecuente de la TVP. Material y métodos: En los años 2004 y 2005 se evaluaron 32 pacientes consecutivos que concurrieron al laboratorio de ultrasonido (US) con diagnóstico presuntivo de TVP. Se realizó ecografía venosa de ambos miembros inferiores con un ecógrafo Toshiba Nemio 30. Con diagnóstico presuntivo de TEP se realizó gammagrafía pulmonar V/Q. Se utilizó estadística descriptiva y comparación de variables cualitativas con el test de Mann-Whitney. Resultados: Se definieron dos grupos TVP sin TEP (G1) (23 pacientes) y TVP con TEP (G2) (9 pacientes). 1) En el G1 la edad media fue 62 años y los factores de riesgo más frecuentes fueron la presencia de várices (37%) p=NS, decúbito prolongado (45%) p=NS, y cáncer (68%) p<0.003. En el G2 los factores de riesgo más frecuentes fueron: várices (37%) p=NS, decúbito prolongado (20%) p=NS, obesidad (40%) p<0.03 y sedentarismo (70%) p<0.05. 2) Las características clínicas más frecuentes en G1 y G2 fueron disnea (18 vs. 80%) p<0.001, taquicardia: (27 vs. 40%) p= NS, impotencia funcional: (77 vs. 80%) p=NS y edema en miembros inferiores: (77 vs. 90%) p=NS. 3) La localización anatómica más frecuente en G1 y G2 fue en la vena poplítea (74 vs. 100%) y femoral común (48 vs. 78%). Conclusión: En el G1 con TVP sin TEP presentaron como principal factor de riesgo el cáncer, con impotencia funcional y edema de miembros inferiores como principales características clínicas y localización en la vena poplitea. En el G2 con TVP más TEP presentaron como principales factores de riesgo sedentarismo y obesidad, el principal síntoma fue disnea y localización poplitea.

Implante de Stent Carotídeo en Enfermedad Carotídea Bilateral

159

Le Favi J, Burgos L, Tapia L, Wayar F, Limpias J

CORDIS, Salta, Salta, Argentina.

Datos estadísticos muestran que el 85% de los accidentes cerebro vasculares son isquémicos, de los cuales el 80-90% son causados por ateromatosis y embolias que afectan los vasos carotídeos. En los últimos años al tratamiento quirúrgico lo acompaña la angioplastia (ATC) con implante de stent con rápido avance en su tecnología y excelentes resultados.

Objetivo: Reportar un caso de ATC con Stent en arteria carótida interna (ACI) en un paciente (Pte) con enfermedad carotídea bilateral.

Material y Métodos: Pte masculino, antecedente enfermedad coronaria con IAM inferior previo, tabaquista con episodios repetitivos de accidentes isquémico transitorios (AIT) al que se le realiza angiografía carotídea: Arteria carótida común izquierda ocluida 100%, ACI derecha con lesión severa del 95%, Arteria carótida externa derecha ocluida 100%. arterias vertebrales permeables.

Resultado: Se realiza ATC con stent a ACI derecha con filtro, con éxito y sin secuelas neurológicas.

Conclusión: A pesar de uqe el tratamiento quirúrgico sigue siendo el Gold Standar en el tratamiento de las lesiones carotídeas, la ATC con stent es un procedimiento menos invasivo, con menor duración de la internación y alta tasa de éxito.

La Onda «T Cerebral» Tiene Valor Pronóstico en los Pacientes con ACV

160

Maccarone P, Schoenfeld L, Fernandez Cit G, Flores L, Suasnabar R

Dto. Medicina Critica, Clinica, Chacabuco, Tandil; UTI, H. Tornu; UTI, H. de Quilmes, Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Introducción: Los pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidados intensivos, con cuadros cerebrales agudos, presentan con frecuencia cambios electrocardiográficos fundamentalmente en el segmento ST y en la onda, a los cuales se los considera como alteraciones eléctricas por liberación de catecolaminas por la injuria cerebral. Dichos cambios en general, actualmente no se los tiene en cuenta en el pronóstico de los pacientes que los presentan, sin embargo en el pasado si eran tenidos en cuenta como marcador de pronóstico y gravedad. Con el objeto de revisar la situación actual iniciamos un estudio retrospectivo para analizar este fenómeno.
Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes ingresados a Tres Unidades de Terapia Intensivas polivalentes, del sector público y del sector privado y de diferentes regiones del país, tomando en consideración a aquellos pacientes que ingresaron con accidentes cerebrovasculares isquémicos o hemorrágicos, evaluando en ellos el sexo la edad los antecedentes, el Glasgow de ingreso, la localización del ACV, y los cambios que podrían suceder en su evolución en relación con el ECG, sin cambios, elevación del ST, T(-) > a 3 mm, T(-) < a 3 mm, las complicaciones que pudieron presentar en la UTI y su condición al alta Hospitalaria.
Conclusiones: En nuestro estudio los pacientes con ACV hemorrágico presentan mas alteraciones electrocardiográficas que los isquémicos, y que aquellos que presentaron alteraciones electrocardiográficas tienen mayores posibilidades de presentar complicaciones y muerte que los que no las tuvieron, por lo cual creemos que la aparición de onda T (-) durante la evolución de un ACV es un signo de mal pronóstico.

Total	Masc	Fem.	Glasgow Prome.	Isque.	Hemo.	HTA	Dbtes.	Dlp.	Fall.	Glasgow Fall.
87	54	33	10	33	54	63	28	12	36	7
	62%	38%		38%	62%	72.4%	35.1%	13.7%	41.3%	

Prevalencia de Eventos Neurológicos Embólicos en Pacientes con Fibrilación Auricular (Fa) — 161

Duarte DAN, Filippa GER, Maltez RAU, Montes ALB, Balbi JOR

Terapia Intensiva, Hospital Público, Hospital Regional, Río Grande, Río Grande, Tierra del Fuego, Argentina.

Objetivos: Observar la frecuencia de accidente isquémico transitorio (AIT), accidente cerebrovascular (ACV) en pacientes (p) con FA aguda y crónica en un hospital público del sur de la República Argentina. Relacionarlos con antecedentes cardíacos y patologías asociadas. Evaluar el porcentaje de p con FA, antiagregados y anticoagulados.

Materiales y métodos: Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de los ptes. con FA ingresados al Servicio de Terapia Intensiva (STI) polivalente entre enero 2003 y octubre 2005. De los 659 p internados, 72 p presentaban FA; realizándose examen clínico, electrocardiograma y ecocardiograma.

Resultados: De los 72 p con FA, 50 p (69,4%) eran varones y 22 p (30,6%) eran mujeres; el rango de edad de 45 a 82 años.
Tuvieron complicaciones neurológicas 21 p (29%); ACV 19 p (90,4%) y AIT 2 p (9,5%). Según los antecedentes: 35 p (48,6%) insuficiencia cardiaca (IC); 9 p (12,5%) valvulopatias; 28p (38,8%) enfermedad coronaria.
Patologías asociadas: 49p (68%) hipertensión arterial; 15p (20%) enfermedad pulmonar obstructiva crónica; 6p (8%) diabetes; y 2 p (2,7%) otras. Recibian antiagragacion 25 p (34,7%) y anticoagulación oral 11 p (15,2%).

Conclusión: Se observó una baja prevalencia de ACV y AIT en p con FA. El antecedente cardíaco más frecuente fue la IC. La patología asociada es la HTA. El porcentaje de p con antiagregación y anticoagulación fue bajo.

Sindrome Aórtico Agudo. Variantes de Disección Aórtica — 162

Petroni D, Carbo Amoroso E J, Gazzul M A, Piccirili G A, Vasquez J, Pena C L, Heymo M J, Merich L, Malizia A A, Grilli A R

Unidad Coronaria, HIGA San Felipe, San Nicolás, Buenos Aires, Argentina

Se presenta el caso de un paciente de 70 años de edad que consulta por dolor torácico compatible con disección aórtica en el cual las técnicas de imagen utilizadas no revelan los signos típicos de disección clásica (flap intimal y doble luz).

Se realizó Ecografía Transesofágica, Tomografía axial computada de tórax con contraste, RMI de tórax; evidenciando la existencia de una ulcera penetrante de aorta asociada a hematoma intramural (tipo IV de Svensson), considerados actualmente como entidades distintas a la forma clásica.
Se describen algunos aspectos fisiopatológicos, diagnósticos y se presenta la nueva clasificación.

La importancia de distinguirlas radica en que la evolución y el pronóstico dependerán de la variante que se trate.

Características Psicológicas de Pacientes Isquémicos y No Isquémicos de una Población Rural — 163

Feldman G, Chain S, Nieto G, Martínez Riera N

Cardiología Sistema provincial de salud, Hospital GGA Lamadrid Monteros Investigaciones Clínicas Transdisciplinarias Tucumán, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina; Factores de riesgo cardiovasculares, Consejo de Investigaciones UNT. (CIUNT), Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

El estado psíquico de las personas influye en la presencia y evolución.de la enfermedad arterial coronaria (EAC). La depresión se considera un factor de riesgo mayor para eventos cardiovasculares
Objetivos: Identificar alteraciones psiquicas en enfermos con EAC y establecer el grado de asociación entre ella y la isquemia.
Material y mètodos: estudio caso control con 27 pacientes con EAC y 138 controles tomados de manera aleatoria de las historias clínicas de las personas concurrentes a hospital público de Tucumán (Monteros) entre los años 2002 y 2006. Se valoró la presencia factores de riesgo tradicionales para EAC y depresión, ansiedad y su asociación mediante encuesta HAD en ambos grupos.
Estadistica: chi square.
Resultados:(ver tabla)

	Pac. con EAC	Grupo Control	p
Sexo (mujeres)	66%	64%	
Edad (media)	56 años	45 años	<0.01
HTA	67%	41%	<0.01
DBT	19%	7%	<0.04
Depresión	48%	31%	<0.03

Conclusión: De los factores de riesgo o alteraciones psíquicas, sólo la depresión tuvo asociación significativa con EAC (p<0.03). La ansiedad y la asociación depresión-ansiedad tienen mayor prevalencia en el grupo con EAC pero no fue significativa.

Determinación de Sindrome Metabólico en Pacientes Atendidos en Consultorios Externos: Definición De ATPIII o de IDF? — 164

Romero Vidonlansky M, Bangher M, Coronel ML, Garcia W, Brizuela M, Medina MF, Silveyra J, Olivera G, Vallejos J, Augier MN

Residencia de Cardiología, Consultorios Externos, Laboratorio General, DEPRECAV, Instituto de Cardologia de Corrientes, Corrientes, Corrientes Argentina

El sindrome metabólico (SM) entraña variables clínicas y de laboratorio asociadas a morbimortalidad cardiovascular; su identificación en pactes de consultorios externos permite enfatizar las medidas de prevención.
Objetivo:. evaluar existencia de SM en pactes de consultorios externos, comparando las definiciones de los consensos IDF y ATPIII.
Material y mètodos: en pactes atendidos en consultorios externos por médicos residentes se registraron antecedentes demográficos, variables antropométricas y de laboratorio tendientes a definir SM.
Resultados: de 153 pactes 61% raza hispánica, 39% hombres, edad 56,43 años. La glucemia media fue 103, insulinemia 9.82 y HOMA-IR medio 1.617(ds 0.851); 62% pactes tuvieron glucemias normales;13% eran prediabéticos y 24% fueron diabéticos. Peso medio 78,869 kg, e IMC 30.176. Según ATPIII 68% tuvieron criterio de cintura, 30% de TG,31% HDL, 77% HTA y 30% glucemia. Se definió obesidad central en 85% según IDF y en 61% según ATPIII; y SM en 42 y 43,4% respectivamente. En IDF, obesidad central OR 4.99 (p<0.000005), TG OR 8.69 (p<0.000005), HDL OR15 (p0.000005), HTA 6.75 (p0.00005) y glucemia OR 20 (p<0.000005) para predecir SM. Por ATPIII los OR fueron 4,43; 14,79; 22,4; 5,45 y 19,5 respectivamente con p<0000005.
Conclusiones: salvo por mayor diferencia en detectar obesidad central no existen diferencias significativas en variables clínicas y de laboratorio usadas por IDF vs ATPIII para definir SM

Determinación del Indice de RESISTENCIA INSULÍNICA (HOMA-IR) en Pacientes Atendidos en Consultorios Externos

165

Romero Vidonlansky M, Bangher M, Coronel ML, Garcia W, Brizuela M, Medina MF, Titievsky L, Cocco N, Olmedo M, Lopez Campanher A

Residencia de Cardiología, Consultorios Externos, Instituto de Cardiología de Corrientes; Laboratorio General, Instituto de Cardiologia de Corrientes, Corrientes, Corrientes, Argentina

La resistencia insulínica se relaciona a diabetes mellitus tipo 2, enfermedad coronaria e hipertensión arterial. Su determinación por medio del índice HOMA-IR, medición en ayunas de glucemia e insulina permitiría identificar a grupos poblacionales con resistencia a la insulina.

Objetivo: determinar HOMA-IR en pacientes que concurren a consultorios externos de un centro de enfermedades cardiovasculares.

Material y métodos: en pactes atendidos en consultorios externos por médicos residentes se registraron antecedentes demográficos, variables antropométricas y determinación de HOMA-IR según la fórmula: glucemia x insulinemia/405. Los resultados se compararon en pacientes normoglucémicos, pre-diabéticos y diabéticos, y se correlacionaron con variables clínicas y de laboratorio.

Resultados: de 153 pactes se determinó HOMA-IR en 83. La glucemia media fue 103, insulinemia 9.82 y HOMA-IR medio 1.617 (ds 0.851); 62% pactes tuvieron glucemias normales con HOMA-IR de 0.908 (DS 1.452); 13% eran prediabéticos, con HOMA-IR 2.927(DS 3.028) y 24% fueron diabéticos con HOMA-IR 2.179 (DS 2.403), p<0.000002.; HOMA-IR se relacionó a obesidad (p< 0.04) BMI (p<0.0005), hipertrigliceridemia (p<0.00005) e HTA (p<0.0005).

Conclusión: la determinación de HOMA-IR se correlaciona con variables de riesgo CV en pacientes atendidos en consultorios externos permitiendo intensificar en ellos medidas de prevención

Determinación del Sindrome Metabólico en una Población de Inmigrantes Italianos.

166

Farias F, Ros N, Plastino ML, Camilletti J, Escudero E, Plastino J

Cardiología, Cardiología, Hospital Italiano, La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El Síndrome Metabólico (SM) lo constituye la presencia de un conjunto de 3 o más factores de riesgo en un individuo; que son: perímetro de cintura aumentado, hiperglucemia en ayunas (GLU), hiperlipidemia e hipertensión arterial. Ellos determinan un elevado riesgo de sufrir enfermedad cardiovascular.
Objetivo: Determinación del SM en un grupo de inmigrantes italianos que acude por primera vez a la consulta cardiológica. POBLACIÓN: Pacientes (p) de la comunidad que asisten por primera vez a la consulta externa Cardiológica del Hospital Italiano durante los meses de Julio-Agosto del 20.
Material y método: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal no experimental. Se estudiaron las variables:perímetro de cintura (pc) glucemia, triglicéridos, colesterol HDL y tensión arterial mediante la entrevista. Examen y revisión de resultados de laboratorio. Se utilizó los criterios diagnósticos propuestos por el ATP III (Adult Treatment Panel III). Se realizó la recolección de variables e ingreso de la información a una base computarizada de datos y finalmente Análisis estadístico de los mismos.
Resultados: De los 381 p estudiados se encontró la presencia del SM en 171 ptes (45%). En el grupo total de los p se observó una media de edad de 67±10, 245 presentaban HTA (TAS ≥ 130 mmHg o TAD ≥ 85 mmHg), 182 glucemia ≥110 mg/dl, 181 pc elevados (♀ > 88 cm ♂ >102 cm) y 161 con HDL ♀ < 50 mg/dl ♂ < 40 mg/dl. El análisis según el sexo mostró una mayor incidencia de SM en las mujeres respecto a los hombres (65,8% vs 34,11%). Hubo diferencias en la distribución de los criterios que integran el SM, las mujeres presentaron criterios positivo por pc 84.82%, HTA 77.6 %, HDL 73.2%, GLU 65,1% y TG 70%, los hombres mostraron HTA 93.1%, GLU 87,93%, TG 84,48% pc 46.55% y HDL 48.2%.
Conclusión: En nuestro estudio se encontró una alta incidencia de SM con un predomio en mujeres y una distribución desigual de los criterios diagnóstico según el sexo.

Disfunción Eréctil en Diabéticos y no Diabéticos

167

Esquivel A, Larghi R, Dumont C

Cardiología, Italiano, Rosario, Santa Fe, Argentina

La diabetes (DBT) es una enfermedad con afección de la macro y microcirculación y es causa frecuente de disfunción eréctil (DE). Se realizó un estudio transversal comparativo con el objetivo de evaluar la prevalencia de DE en DBT y no DBT. El diagnóstico de DE se realizó por el test de DE internacional modificado tomando como punto de corte un valor menor de 21 para el diagnóstico de DE. El análisis estadístico se realizó con el test de proporciones. Además se evaluó el interés en recibir tratamiento y si los P consultaban por éste problema.
Se evaluaron 63 P pacientes, 33 DBT y 30 no DBT, los resultados se exponen en la tabla I; la edad promedio del grupo no DBT fue 53 años (27-74 años) y 54.5 años (26-74 años) en el grupo de DBT; 29 P (88%) padecían DE en el grupo de DBT y 16 P (53%) en el grupo de no DBT% (P < de 0,001). la presencia de otros factores de riesgo cadiovascular fue similar en ambos grupos.
El mayor número de pacientes con DE no consultó por este motivo y está interesado en recibir tratamiento.
Concluimos que en éste grupo de P la DE es más frecuente en DBT que en no DBT, los pacientes DBT refieren mayor interés en recibir tratamiento y habitualmente no consultan por esta patología.

	DIABETICOS N: 33	NO DIABETICOS N:30
DISFUNCION ERÉCTIL	29 (88 %)	16 (53%)
MOTIVO CONSULTA	3	3
INTERESADO EN TRATAMIENTO	33	14

Enfermedad Cardiovascular: Realidad de una Población del Interior

168

Nieto G, Feldman G, Santana M, Martínez Riera N

Cardiología, Sistema Provincial de Salud, Hospital GGA de Lamadrid, Monteros; Cardiología, Investigaciones Clinicas, Transdisciplinarias Tucumán, Tucumán, Tucumán Argentina

Las enfermedades cardiovasculares implican en su origen a los distintos factores de riesgo y sus interrelaciones, esto ocurre tanto al considerar factores de riesgo tradicionales como los no tradicionales.
Objetivos: Establecer distribución de los factores de riesgo cardiovasculares en una población del interior de la provincia.
Establecer asociación y modo de asociación entre factores de riesgo y enfermedad cardiovascular.
Material y método: estudio caso-control, que incluye 63 pacientes con enfermedad cardiovascular y 123 controles seleccionados en forma aleatoria, de las historias clínicas de pacientes que concurren espontáneamente al consultorio de hospital público (Monteros) en el período 2002-2006. Estadística: Regresión Logística y Test de Fisher.
Resultados: menor a 55 años: 60%. HTA: 51%, DBT: 11%, Plomo: 12%, DLP: 38%, Sedentarismo: 30%, Obesidad: 9.5%, Depresión (D) :32%, Ansiedad (A): 25%, DA: 27%, Alteración Psíquica: 80%, Tabaquismo: 37%.Insuficiencia Cardiaca (IC): 11,6%, Enfermedad Coronaria (EC): 21,6%.
La HTA, la DBT y la edad aparecen asociadas a la EC con P<0.05, la D se asocia al 10%. Ninguno de estos factores esta asociado a la IC. La EC, presenta asociación significativa con dos de ellos (HTA, DBT).
Conclusión: en la población estudiada se encuentra una asociación de factores de riesgo alta con elevados índices de enfermedad en una población joven.

Evaluación de Conocimiento de la Diabetes en la Población de Pie Diabético. 169

Mangupli AC, Rizzardi JL, Concetti AE, Concetti C
Departamento de Pie Diabético, Cirugía Cardiovascular, Hospital Español, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Objetivo: Identificar la población con Diabetes y sus factores de riesgo para pie diabético y mejorar el acceso a la atención integral del paciente diabético.
Objetivos secundarios: Implementar un programa de atención médica integral para estos pacientes. Diseñar un programa educacional para el personal médico y las personas con diabetes. Diseñar un programa de promoción y prevención médica a la población de referencia. Evaluar la calidad de atención médica del equipo de salud.
Método: Estudio prospectivo de serie de casos de los pacientes que vinieron a consulta espontánea, durante un período comprendido de enero del 2005 a diciembre 2005, con el diagnóstico de pie diabético según la clasificación de McCook, con el propósito de caracterizarlos e ingresarlos en protocolo de tratamiento y seguimiento.
Instrumento: Se construye una ficha de admisión, con encuesta de percepción y conocimiento de la patología y otra de seguimiento de la evolución. Se elaboró un registro de indicadores de interés que tuvo como fuente de datos primarios la anamnesis y el examen físico, así como la historia clínica: estos fueron la edad, el sexo, los años de evolución de la enfermedad, si es un debut de la diabetes o no, enfermedades asociadas, la clínica, examen físico, tratamiento, complicaciones, microbiología, internaciones, reinternaciones y días de estada. La variable en estudio en esta etapa preliminar es la valoración del problema de salud a partir de la autopercepción de los propios pacientes.
Resultados: El total de pacientes ingresados al protocolo por pie diabético, entre los meses de junio/diciembre de 2005, fue de 34.
En la distribución por sexo y edades, predomina el sexo femenino en el 54 % de los pacientes y la mayor incidencia es en los mayores de 60 años donde se agrupa el 66%, la media de la edad es de 65 años, a prevalencia de diabetes tipo 2 en el 75% de pacientes de la serie.(Tabla)
Conclusiones: En esta primera etapa, se analizan los resultados de la encuesta

Pregunta	SI	%	NO	%	S/D	%
Sabe en que consiste la DBT	15	42.86	10	28.57	10	28.57
Conoce los riesgos	13	37.14	12	34.29	10	28.57
Conoce los órganos que afecta	14	40.00	11	31.43	10	28.57
Conoce cuales son los órganos asociados a su enfermedad	9	25.71	14	40.00	12	34.29
Sabe desde cuando es diabético	19	54.29	6	17.14	10	28.57
Conoce los alimentos que debe consumir debido a su DBT	17	48.57	7	20.00	11	31.43
Realiza ejercicios o es sedentario	11	31.43	13	37.14	11	31.43
Es controlado y tratado por un médico endocrinologo	11	31.43	14	40.00	10	28.57
cual es el nombre de su médico especialista	12	32.49	10	28.57	13	37.14
Concurre a grupos de autoayuda	0	0.00	25	71.43	10	28.57
Asume su problema de salud con responsabilidad	11	31.43	14	40.00	10	28.57

Pregunta	Análisis	%	Síntomas	%	Otros	%
Su DBT se detecto por	3	8.57	1	2.86	31	88.57

Factores de Riesgo para Enfermedad Coronaria en Estudiantes Universitarios 170

Zenón ME, Escalante JM, Flores Fernandez M, Verges E, Valsecia M, Macin SM

Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, Facultad de Medicina, Corrientes, Corrientes, Argentina

Objetivos: Evaluar prevalencia de factores de riesgo para cardiopatia isquémica en estudiantes universitarios, en la Facultad de Medicina de la UNNE.
Material y método: A 298 estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNNE del plan 2000, se le realizó una encuesta sobre factores de riesgo para enfermedad coronaria, en octubre del 2005, según un formulario previamente especificado. De ellos 233 estudiantes (78.5%) pertenecian a la carrera de medicina, y los restantes a la carrera de enfermeria, 43.8% cursaban el primer año, 21.5% el segundo año, 22.9% el cuarto año y 11.4% el quinto año.
Resultados: La edad media fue de 21.8 años±3.7. El 49.8% eran varones, 17.5% refirieron ser tabaquistas (16.2% referian fumar menos de 20 cig/d, 0.7% entre 20 y 40 cigarrillos/d, y 0.7% mas de 40 cig/d), 0.7% fueron dislipidémicos (71.4% tenian dosado previamente el colesterol y/o triglicéridos), el 0.75% manifestaron ser diabéticos. El 26.6% tenian antecedentes familiares para cardiopatia isquémica, y el 38.7% refirieron ser sedentarios, sin embargo el 14.1% realizaban actividad física una vez por semana, 19.9% dos veces por semana, y 3 o mas veces por semana el 30.6%. Ninguno manifestó realizar una dieta pobre en grasas. La media de tensión arterial (TA) sistólica fue 117.9±12.5 mmHg, la TA diastólica fue de 75±8.1 mmHg, el BMI fue 21.7±2.2.
Conclusión: Los factores de riesgo en esta población estudiada fueron los antecedentes familiares, presente en uno de cada cuatro estudiantes, casi un quinto refirieron ser tabaquistas, el sedentarismo correspondió a mas de un tercio de la población, la mitad de los estudiantes fueron de sexo masculino, ninguno manifestó realizar dieta baja en calorías a pesar del antecedente familiar.

Factores de Riesgo para Enfermedad Coronaria: Tiene Relación con la Carrera Universitaria Seleccionada? 171

Escalante JM, Zenón ME, Flores Fernandez M, Verges E, Perna ER, Macin SM, Valcesia M

Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, Facultad de Medicina, Corrientes, Corrientes, Argentina

Objetivos: comparar factores de riesgo para cardiopatia isquémica en estudiantes universitarios, entre las carrera de Medicina y Enfermeria, de la Facultad de Medicina de la UNNE.
Material y método: A 298 estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNNE del plan 2000, se le realizó una encuesta sobre factores de riesgo para enfermedad coronaria, en octubre del 2005, según formulario previamente especificado y se compararon en base a la carrera seleccionada. De ellos 233 estudiantes (78.5%) pertenecian a la carrera de medicina (Grupo I), y los restantes a la carrera de enfermeria (Grupo II).
Resultados: La edad media fue 21.1±2.9 años en el grupo I vs 24.2±4.9 en el grupo II (p<0.001). En el grupo I el 15.5% fueron tabaquistas vs 25% en el grupo II (p=0.04), de ellos 0% refirió fumar más de 40 cig/d en el grupo I vs 3.1% en el grupo II (p=0.07). No hubo diferencias en la proporción de antecedentes familiares en ambos grupos (27.5 vs 23.4%, p=0.51), ni sedentarismo (41.2 vs 29.7%, p=0.09). En el grupo I, el 54,5% fueron de sexo masculino vs 32.8% en el grupo II (p=0.002). Cuando se evaluó el porcentaje de hipertensión en base a 3 tomas consecutivas de TA el grupo I fue hipertenso en el 10.3% vs 6.3% en el grupo II (p=0.32), el BMI no mostró diferencias (21.8±2.1 vs 21.6±2.5, p=0.60). Al relacionar el BMI >25 el 12,9% correspondió al grupo I vs 18,8% al grupo II (p=0.20), al relacionar BMI >25 con HTA, se vio una relación directa entre pre-obesidad y la presencia de HTA: 116,42 mmHg con BMI <25 vs 127,19 mmHg en el grupo con BMI >25, independiente de la carrera seleccionada.
Conclusión: No hubo diferencias en la proporción de factores de riesgo entre estudiantes de ambas carreras, sin embargo los estudiantes de medicina son mas jóvenes, con igual proporción de varones y mujeres mientras que en enfermeria predomina el sexo femenino, la pre-obesidad fue un factor predisponente para hipertensión arterial, independiente de la carrera seleccionada.

Incidencia de Hipertensión Arterial en una Muestra de la Población de Bernal 172

Ruiz Deza G, Costamagnai A, Fernández Bedoya M, Cereza J, Prigiani A, Vettese M, Segura J, Falcón R, Kamelmán M

Departamento de Medicina Interna, Servicio de Cardiología; Servicio de Clínica Médica, Sanatorio Bernal, Bernal, Buenos Aires, Argentina

Objetivo: Evaluar en una muestra tomada al azar de la población de Bernal, la incidencia y prevalencia de Hipertensión arterial y otros factores de riesgo

Material y Métodos: En el contexto de un programa de prevención llevado a cabo en nuestro centro (Semana de la Hipertensión Arterial), se realizaron encuestas epidemiológicas al azar (colocando cuatro bocas de provisión de datos en la ciudad de Bernal).

Resultados: Se realizaron 704 encuestas (fem 450, masc 254), con una edad promedio de 56 años (12 /91) registrándose un total de 287 hipertensos (40,74%), de los cuales solamente 187 cumple adecuadamente el tratamiento (65,15% de los encuestados hipertensos), tabaquismo en 138 casos (19,6%), cumpliendo dieta hiposódica en 299 casos (42,47%), refirieron ingerir alcohol en forma social 242 casos (34,37%), y realizar ejercicios físicos aeróbicos 311 encuestados (44,17%)

Conclusiones: 1°) Es más permeable a las encuestas el sexo femenino, 2°) Se registró un incumplimiento del tratamiento de la hipertensión arterial del orden del 34,85%, observándose además la presencia de un 11,5 % de pacientes hipertensos no conocidos que requirieron inicio de tratamiento 3°) la presencia de hábitos de riesgo (tabaquismo), fue menor a la esperada. 4°) La práctica de planes de prevención con encuestas nos permite conocer características de nuestra población.

Influencia del Sexo en la Prevalencia del Hábito de Fumar en el Personal del Htal «I. G. Iriarte» de la Ciudad de Quilmes

173

Flores L., Panizza J., Loayza J., De Francesca S.

Investigación Docencia e Inv., Hospital I. G. Iriarte; Unidad Coronaria, Uti polivalente, Htal Iriarte; Tabaquismo, Neumonología, Htal Iriarte, Quilmes, Buenos Aires Argentina

Objetivos: 1) Determinar la prevalencia tabaquismo (Ta), edad de comienzo y tiempo de fumador discriminado por sexo en el personal (P) del htal. 2) Establecer la frecuencia de tabaquismo según sexo y actividad laboral.
Material y Métodos: Estudio transversal, encuesta aleatorizada, cerrada, autoaplicada, anónima y voluntaria. Se encuestaron 360 P (10 se descartaron) de los 350 casos (c) eran 220 mujeres (Mu) (63 %) y 130 hombres (H) (37 %). Se analizaron 109 casos (c) conformados por la población fumadora (Fu).
Resultados: Fu 109 c (31,2 %), 74 c Mu (34 %) vs 35 c H (27 %) (p = ns). La edad media fue de 45 años +- DS 8.8 en Mu y 41 +- DS 11.2 en H, p = ns. La edad de inicio del Ta fue: entre 11 a 15 años (a) 22 % Mu, vs 37 % H; entre 16 y 20 a: 40 % Mu vs 54 H y > 21 a: 38 % Mu vs. 9 %, (tendencia p < 0.01). Se observó una tendencia % por parte de la Mu a fumar más, pero salvo en el área técnica (30 % vs 17 % p < 0.05), el resto fue ns.(ver tabla 1).
Conclusiones: La prevalencia de mujeres fumadoras fue superior a la de los hombres fumadores en general y por área de trabajo, pero no presentó diferencias estadística, salvo en área técnica.
Ambos sexos en el mayor % se iniciaron en el hábito tabáquico en la edades entre 16 y 20 años, pero globalmente los H se iniciaron en edades más tempranas y las Mu más tardíamente

Tabla 1. Fumadores según sexo y actividad laboral. N = 109 c (p Mu vs H)

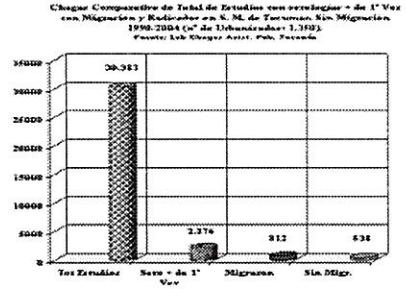
Sex	Administ.		Mantenim.		Enfermeria		Médicos		Profesional.		Técnicos		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mu	17	36	5	45	24	42	16	26	4	21	8	30	74	33
H	5	24	8	42	5	33	15	24	1	17	1	17	35	27
p	ns		ns		ns	< 0.05	ns							

La Urbanización De La Enfermedad De Chagas En Tucumán. 15 Años De Seguimiento.

174

Sosa FJ
IIIª Cat. de Pat. y Cl. Médicas, Facultad Medicina, U.N.T; H. Padilla, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

Introducción: De los diferentes Ciclos Evolutivos de la Enfermedad de Chagas: silvestre, peridoméstico, doméstico y urbano, este último tiene plena vigencia en los tiempos actuales. Las migraciones humanas generadas por diversas causas (cambios ecológicos: tala de bosque, incremento de áreas de cultivo, aplicación de tecnologías de punta en la explotación agropecuaria y el cierre de fábricas azucareras), son artífices importantes de la desocupación del hombre de campo y su migración, hechos vinculables con la urbanización de la enfermedad de Chagas en Tucumán y el posible incremento de la prevalencia de Cardiopatía Chagásica detectable en habitantes de la «gran ciudad». **Objetivos**: Se ha fijado como objetivo del presente trabajo el seguimiento de las migraciones en el período 1990-2004, procurar establecer en las personas infectadas por T. Cruzi el comportamiento de las mismas y analizar las tendencias de urbanización de la enfermedad de Chagas en Tucumán. **Materiales y Métodos**: Aplicación de: 1) datos de Archivos del Laboratorio de Chagas de la Asistencia Pública de Tucumán. 2) fuentes sobre tala de bosque, explotación agropecuaria y cierre de fábricas azucareras.3) Procesamiento de datos migratorios de infectados por Chagas en el período 1990 - 2004 (15 años) en Tucumán. **Resultados**: Total de Estudios Serológicos realizados = 30.383. Seropositivos de 1ª Vez = 2.276. Total de Migrados = 812 (del Interior de la Provincia = 400; de Otras Provincias = 348;de Otras Naciones = 64). Sin Migración Radicados en San Miguel de Tucumán = 538.Total Urbanizados = 1.350. **Conclusiones**: De los resultados obtenidos se concluye que: en la Urbanización de la Enfermedad de Chagas en Tucumán, en el período 1990-2004, las migraciones de los infectados por T. Cruzi contribuyeron en la siguiente forma: Migraciones Intraprovincia = 49% (procedencias varias); de Otras Provincias = 43% (en gran porcentaje Santiago del Estero) y de Otras Naciones = 8% (Bolivia).



Perfil Lipídico en Niños y Adolescentes en Edad Escolar

175

Rosillo I, Pituelli N, Corbera M, Lioi S, Turco M, D´Árrigo M, Abras S, Estigarribia J, Robiolo A, Beloscar J

Cátedra de Química Analítica Clínica, Facultad de Ciencias Bioquímicas; Carrera de Cardiología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina

La relación entre las alteraciones del metabolismo lipídico, la obesidad y el riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) lleva a considerar la importancia del estudio del perfil lipídico (PL) desde edades tempranas. Objetivos: Estudiar el PL de niños y adolescentes (N A) en una población escolar y compararlos con otras investigaciones. Material y Métodos: Estudio descriptivo transversal en una muestra de (N A), de escuelas públicas, sin antecedentes patológicos y con exclusión de aquellos con sobrepeso o tabaquismo. Se realizó examen físico completo, se determinó Indice de Masa Corporal y se obtuvieron muestras de sangre venosa, con ayuno previo, en la dependencia escolar, determinando Colesterol Total (CT), HDL (CHDL), Triglicéridos (TG), LDL (CLDL) y no LDL (CnoLDL). Con consentimiento informado por padres o tutores. Resultados: se estudiaron 960 NA, escolarizados, durante el período lectivo 2002-2204; 371 varones (38,6%), 589 mujeres (M) (61,4%), edad entre 5 y 18 años. CT: 164,9+-23,6mg/dl; TG: 72,3+-31,7mg/dl; CLDL: 96,1+-23,6mg/dl; CnoLDL: 110,1+-25,4; CHDL: 55,1+-5,6 mg/dl; CT/CHDL: 3,03+-0,59mg/dl; CLDL/CHDL: 1,77+-0,59mg/dl. Sin diferencias en género ni grupos etáreos. TG (p<0,001) en M, 5-11 años. Conclusiones: En la muestra estudiada, valores comparativos menores de CnoHDL (P<0,001); CT, CLDL TG (<0,01), y mayor CHDL (p<0,01). El estudio temprano del PL podría ser de utilidad como referencia en la aplicación de medidas de prevención cardiovascular

Prevalencia General y por Área Laboral del Tabaquismo en los Trabajadores de la Salud del Htal Iriarte de Quilmes.

176

Flores L, Panizza J, Loayza J, Vieytes A, Novion C, Sanchez N

Investigación, Docencia; Unidad Coronaria, UTI polivalente; Tabaquismo, Neumonología, Hospital Iriarte, Quilmes, Buenos Aires, Argentina

En conocimiento de que la prevalencia del tabaquismo en los trabajadores de la salud, en especial de médicos y enfermeras, puede ser predictora de la prevalencia en la comunidad y motivado por modificar el comportamiento de esta adicción, nos planteamos los siguientes objetivos: a) Conocer la prevalencia general y por sector del tabaquismo en el hospital, detectando los grupos de fumadores activo y pasivos. b) Disponer de una base de datos para implementar un hospital libre de humo.
Material y Métodos: Encuesta aleatorizada, cerrada, autoaplicada, anónima, voluntaria; realizada 1 jun a 30 jul 2005. Se estratificó en Fumadores (Fu), EX fumadores (EFu), No fumadores (NFu). Resultado: 360 TS encuestados (EC) (10 no analizado). De los 350 EC, el 63% eran mujeres (n=220) y el 37% hombres (n=130). El 31,2% (n=109) eran Fu; el 18,8% (n=66) eran EFu y el 50% (n=175) NFu. La edad media de los Fu fue 41.5 +- 11, del los NFu 46 +- 9 y de los NFu 44+- 10. La distribución de acuerdo al area laboral se grafica en la tabla I, se observó mayor hábito tabaquíco en las actividades de mantenimiento (43,3%) y de enfermeria (40,2 %), p < 0.02 diferencias proporciones.
Conclusiones: El porcentaje de Fu, Ex Fu y NFu hallados en el personal del Htal fue similar al de la población en general, encontrándose predominio de fumadores en las actividades de mantenimiento (43,3 %) y de enfermeria 40,2 %, respecto a las otras ocupaciones. En base a datos de esta encuesta, y a pesar de leyes vigentes y normas de prohibición de fumar en el Htal, se implementarán programas de educación para lograr un hospital libre de humo.

Riesgo Cardiovascular: Promoción y Prevención con Enfoque Transdisciplinario

177

Feldman G, Martínez Riera N, Nieto G, Chain S, Sant Yacumo R, Valverde M, Nieto L, Galindo L, Santana M

Cardiología, Promoción Prevención de la Salud.VIG+IA, Ministerio de Salud de la Nación, Monteros; Cardiología, Investigaciones Clínicas, Transdisciplinarias Tucumán, Tucumán, Tucumán, Argentina

El tratamiento del riesgo cardiovascular de manera transdiciplinaria permite el adecuado acercamiento a la comunidad, a sus líderes, y así aproximarse al riesgo en todos sus aspectos.
Objetivos: informar a la población de área de influencia de un hospital del interior de Tucumán (Monteros) sobre la importancia de identificar, conocer y modificar los factores de riesgo cardiovasculares; promover acciones educativas y de comunicación social sobre el valor factor psíquico, la alimentación saludable y la actividad física como medio de promoción y prevención de salud cardiovascular.
Material y métodos: se incluyó una población escolar de 400 alumnos EGB2, con los que se realizaron talleres, jornadas, charlas, capacitación en general. Las mismas fueron llevadas a cabo por cardiólogos, psicólogos, nutricionista, bioquímicos, kinesiólogo y asistente social. Se utilizaron los medios audiovisuales medios masivos de comunicación social para proyectar la actividad a la comunidad. Se realizaron 10 jornadas con grupos reducidos de trabajo en las que se incluyó consignas de trabajo para la elaboración de propuestas. Se realizaron 6 Jornadas Taller para formular una estrategia con la comunidad educativa y promocionar los resultados obtenidos. Los alumnos diseñaron un logo que identificó las actividades.
Resultados: las actividades programadas fueron realizadas en su totalidad según lo previsto. Surgieron actividades no programadas realizadas a solicitud de la comunidad involucrada.
Conclusiones: fue un programa transdisciplinario factible y aceptado por la comunidad con una asistencia promedio muy elevada (95%). Se solicitó su continuidad logrando adopción de medidas tendientes a disminuir la morbi-mortalidad cardiovascular.

Síndrome Metabólico en Hipertensos

178

Pascuzzi RJ, Ifran LC, González S, Lenkovich RG, Coll Berón C, Pires JC

Residencia de Clínica Médica, Sanatorio Frangioli de Salud 2000 SRL, Resistencia, Chaco, Argentina

Objetivos: evaluar las variables asociadas al síndrome metabólico en pacientes con hipertensión arterial.

Material y Método de estudio: Se realizó un estudio caso control que incluyó a 300 pacientes consecutivos ingresados a sala general de un Sanatorio Polivalente entre el 21 de noviembre de 2004 y el 15 de febrero de 2005. El Síndrome Metabólico (SM) fue definido según los criterios de la Federación Internacional de Diabetes (IDF-abril/05). La hipertensión arterial (HTA) según los criterios del VII JNC. Se excluyeron las reinternaciones, embarazadas, pacientes sin síndrome metabólico, los menores de 20 años y aquellos en tratamiento con corticoides. La población analizada fue de 198 pacientes con HTA. Se dividió a la población en dos grupos: GRUPO 1 (G1)- con síndrome metabólico (SM) 134 p (67.7%) y GRUPO 2 (G2)- sin SM 64 p (32.3%). Se analizaron como variables: sexo, otros factores de riesgo, datos antropométricos como así también otros obtenidos de la anamnesis, examen clínico y estudios complementarios. El análisis estadístico se realizó utilizando el test de chi cuadrado y el Anova o Kruskal-Wallis, considerándose significativa una p<0.05.

Resultados:

	G1 (con SM)	G2 (sin SM)	p		G1 (con SM)	G2 (sin SM)	p
Edad (años)	69.9± 12	70.2 ±13	NS	Obesidad	68 p (50.7%)	1 p (1.6%)	<0.00001
Sexo							
Femenino	87 p (64.9%)	28 p (43.8%)	<0.005	Normopeso	17 p (12.7%)	27 p (42.2%)	<0.00001
DBT	53 p (39.6%)	10 p (15.6%)	<0.001	Desnutrición	2 p (1.5%)	6 p (9.4%)	<0.05
Dislipidemia	67 p (50%)	8 p (12.5%)	<0.000001	Cintura	107 ±13 cm	87.2 ± 12 cm	<0.00001
Sedentarismo	103 p (76.9%)	36 p(56.3%)	<0.005	IMC	30.5 ± 5	24.4 ±3	<0.00001
Tabaquismo	53 p(39.6%)	26 p (40.6%)	NS	Coronariopatía	41 p (30.6%)	12 p (18.8%)	NS
Peso	84.1 ± 17 Kg	70.1 ±12 Kg	<0.00001	Gluc.ayunas	1.3 ± 0.6 g/l	1.06 ± 0.3 g/l	<0.001

Conclusiones: Se evidenció una mayor prevalencia de sexo femenino dentro del grupo con SM con diferencias estadísticamente significativas. Dentro de los factores de riesgo clásicos, el sedentarismo, la DBT tipo 2, la obesidad y la dislipidemia presentaron una significativa asociación con el SM. El IMC y el diámetro de cintura y la glucemia en ayunas son fuertes predictores de SM.

Tabaquismo en un Hospital Público

179

Acosta G., Vazquez L., Campi R., Orellana B., Gigena K., Garcia J., Narvaez Perez G., Sanagua J.

Cardiología, Hospital San Juan Bautista; Universidad de Catamarca, Catamarca, Argentina.

El tabaquismo es un importante problema de salud pública. Los trabajadores de la salud cumplen un destacado papel en la prevención cardiovascular.

Objetivo: Valorar la prevalencia y características del tabaquismo en un hospital público de Catamarca.

Material y Métodos: Estudio descriptivo randomizado mediante una encuesta, administrada a una muestra de 175 personas (25% del personal hospitalario). Se utilizó los tests estadísticos: X2 para tablas cruzadas, de Kruskal-Wallis para los cruces significativos, y medianas para localizar diferencias.

Resultados: Se observó una p< 0.001 para las siguientes variables: prevalencia: 40% (profesionales 33.9; enfermeros 45.4; técnicos 37.7; administrativos 33.3; personal de mantenimiento 54.5). Consumo cigarrillos día: 1-5 (68%); 6-10 (15,4%); >10 (16.1%). Intención de abandono: 14.3%. Deseo de ayuda para cesación: 64%. Colaboración para un hospital libre de humo: 95%.

Conclusiones: Es preocupante la elevada prevalencia de tabaquismo en personal de salud y la poca intención de abandono. Aunque la mayoría desea ser ayudado para abandonar el hábito y cooperarían con un hospital libre de humo

Estratificación del Riesgo Cardiovascular en Futbolistas Veteranos

180

Acosta G, Arcuri L, Ferreyra V, Sanagua J, Narvaez Perez G, Olivera J, Sarmiento S, Carrizo E, Garcia J

Unidad Coronaria, Cardiología, Hospital San Juan Bautista; Universidad Nacional de Catamarca, Capital, Catamarca, Argentina

El objetivo de este estudio fue identificar y estratificar el riesgo cardiovascular en futbolistas veteranos (FV).

Método: Trabajo descriptivo y randomizado, mediante un screening sugerido por el Colegio Americano de Medicina del Deporte, en una muestra de 65 FV de sexo masculino. El periodo medio de participación deportiva fue de 14.1 +/-7 años. Se utilizaron los tests estadísticos: X2 para tablas cruzadas, de Kruskal-Wallis para los cruces significativos, y medianas para localizar diferencias.

Resultados: Antecedentes familiares: 31%; tabaquismo: 20%; edad: varió entre 34 y 67 años (media 52.5 +/- 7.4 años) Presión sistólica: varió entre 100 a 220 mmHg (media de 133 mmHg) y la presión diastólica: entre 65 e 105 mmHg (media de 85.9 mmHg). Colesterol total: varió entre 153 y 263 mg/dl (media 208 mg/dl) y el Colesterol HDL: varió entre 26 y 72 mg/dl (media 43 mg/dl). Se observó que el 15,4% eran aparentemente sanos; el 53.9% tenían 2 o más factores de riesgo y el 30,8% tenían enfermedad conocida (cardiovascular, pulmonar o metabólica).

Conclusiones: Encontramos en este grupo de FV, una elevada incidencia de factores de riesgo y enfermedad conocida (84.7%), con peligro de eventos cardiovasculares durante la práctica deportiva competitiva de alta intensidad. Esto demuestra la importancia de exámenes pre-participativos y periódicos en esta población.

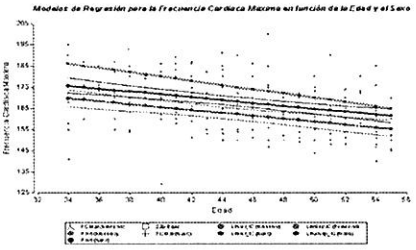
Influencia del Sexo y la Edad en la Predicción de la Frecuencia Cardiaca Máxima. Estudio Realizado en Banda Deslizante

181

Gandola F, Reeb P, Nucci S, Aguiar Muñoz S

Centro de Entrenamientos Adaptados; Investigación, Universidad Nacional del Comahue; Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Cardiovasculares, Neuquén, Neuquén, Argentina.

Se continuó el estudio de la respuesta de la frecuencia cardiaca máxima (FCM), sobre 200 PEG máximas, en banda deslizante considerando la edad y el sexo de personas sanas, no beta-bloqueadas, en un rango de edad de 34 a 55 años. El análisis estadístico se basó en el estudio de un modelo de regresión lineal múltiple y se compararon los resultados con la ecuación 220-edad.
La variable Edad resultó estadísticamente significativa ($p<0.0001$) con igual coeficiente para ambos sexos aunque con ordenadas al origen distintas ($p = 0.0007$).
Los modelos resultantes fueron:
Para el sexo femenino FCM: 192.83 - 0.68 x Edad.
Para el sexo masculino FCM: 198.79 -0.68 x Edad.
Se debe contemplar que el Coeficiente de determinación es pequeño, indicando que el 16% de la variabilidad de la FCM observada puede ser explicada por ambas variables con un desvío estándar de 11.68 latidos/minuto.
Los valores calculados con la ecuación 220-edad estuvieron siempre por encima de los Intervalos de Confianza del 95% y al aplicarlos a los valores reales se obtuvieron mayores errores al predecir la FCM Teórica en mujeres que en varones.
La influencia de la edad se manifestaría con igual magnitud en ambos sexos pero los valores promedios serían inferiores en las mujeres.
La inclusión de una nueva variable a los estudios realizados incorporó información estadísticamente significativa. Debería continuarse con la incorporación de otros factores y el estudio de modelos estadísticos más complejos, como los modelos lineales generalizados.



Rehabilitación Cardiovascular (RHCV) en la Insuficiencia Cardiaca (IC)

182

Ruggiero M, Ghiglione J, Rio L

Comité de Rehabilitación Cardiovascular, Sociedad Cardiologica de Buenos Aires, Capital Federal, Buenos Aires, Argentina

Objetivos: Beneficios en la implementación de protocolos de RHCV en pacientes con IC de origen isquémico.

Material y Métodos: 12 pacientes, 4 de sexo femenino y 8 de sexo masculino, edad promedio 52 años. Los protocolos aplicados intervalados, con ejercicio isotónicos: trabajo de 20´ en cinta al 60/70% de la capacidad funcional útil, ejercicios isométricos al 25-45% de la fuerza muscular, con entrenamiento respiratorio y relajación. Criterios de inclusión: Fracción de eyección = o< de 30, índice cardio-torácico > 0.55, ddvi > 3.2 cn/m^2, Test caminata de 6' menor de 375 m, todos estabilizados con tratamiento convencional. Criterios de exclusión: Isquemia pasible de revascularización, dentro de los tres meses de cirugía o revascularización, signos de congestión o arritmia severa. Considerando Punto final: Agravamiento de la IC, eventos agudos o discontinuidad en el programa.

Resultado: Adherencia del 84%, Prolongación en el tiempo de esfuerzo: >tolerancia al ejercicio, reducción de síntomas, > metros caminados en el test de caminata de 6´, mejoría en la Escala de Borg. Presentaron Punto final 2 pacientes uno por abandono y otro por discontinuidad.

Conclusión: Los pacientes con clase funcional baja se benefician con la incorporación en RHCV y el costo beneficio positivo por la falta de reinternación.

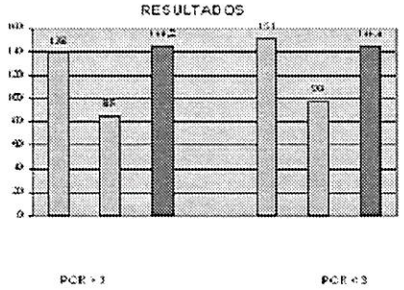
Análisis de la Relación entre Niveles de PCR LDL y PAM Determinada por MAPA en Pacientes Hipertensos Leves y Moderados

183

Said Nisi J., Martinez D, Martinez G., Martinez F., Guzman L.

Fundación Rusculleda, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción y Objetivos: la relación entre PCR, hipertensión (HTA) y LDL en enfermedades cardiovasculares esta siendo ampliamente evaluada, sin embargo aun no hay muchas precisiones en la relación de los niveles de PCR con Presión Arterial Media (PAM) diaria y niveles de LDL en pacientes con HTA medida por MAPA de 24 hs. El objetivo de este estudio es investigar dicha relación.
Material y Métodos: se realizó un estudio observacional donde participaron 29 pacientes (pts) de ambos sexos (F:19-M:10), edad 69,75 (40 - 78), con diagnóstico previo de HTA leve a moderada. Se los dividió en dos grupos comparables en la distribución por sexo y edad de acuerdo a sus niveles de PCR (método inmunoturbidimetrico) mayor (>) o menor (<) a 3 mg/dl: Grupo A: PCR > 3 con 22 pts. y Grupo B: PCR < 3 con 7 pts. En la totalidad de pts. se evaluó los niveles de PAM por MAPA de 24 hs (Spacelab 90207) con más de 85% de lecturas válidas y se dosaron los niveles de LDL (método colorimétrico directo), simultáneo al dosaje de PCR.
Resultados: Ver gráfico (no hubieron resultados estadísticamente significativos en la comparación de grupos).
Conclusiones: no existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de PCR, de LDL y la Presión Arterial Media diaria determinada por MAPA de 24 hs. en pts. hipertensos leves a moderados. En pts. con menores niveles de PCR se observa una tendencia a mayores niveles tensionales que necesita mayor estudio.



Apnea Obstructiva de Sueño. Repercusión Subjetiva y Cardiovascular

184

Bas G.H, Nolé F.S, Allende G.E, Nevado A.

Cardiovascular, Servicio de Cardiología, Sanatorio Allende, Córdoba, Córdoba, Argentina

La Apnea Obstructiva de Sueño (AOS) es una alteración respiratoria del sueño (ARS), debida al cese del flujo aéreo a través de la vía aérea (VA), de al menos 10 segundos (seg), producida por la oclusión de la VA y acompañada de una caída de la saturación de O2 (Sat.O2), a pesar de la actividad de los músculos respiratorios.
Objetivo: Comunicar la repercusión subjetiva y cardiovascular en pacientes (pt) con severas AOS.
Material y Métodos: Se estudiaron 3 (pt) con AOS, confirmadas por Polisomnografía (PSG) y evaluados con Monitoreo Ambulatorio de Tensión Arterial (MAPA) y Holter. En 2 de ellos se instaló un dispositivo de presión positiva nasal continua (CPAP).
Resultados: 2 pt eran Hombres (H), de 61 y 63 años y una mujer (Mu) de 58 años. Los 3 tenían sobrepeso y eran fumadores. Los pt consultaron por somnolencia, fatiga diurna y objetivación, por un tercero, de la ARS. Los H refirieron asimismo Hipertensión Arterial (HTA). En todos se realizaron PSG, que evidenciaron períodos de Apneas/Hipopneas (A/H) obstructivas frecuentes (entre 104 y 400), con caída marcada de la Sat.O2. En los 3 pt se practicaron MAPA y Holter. Los MAPA mostraron HTA marcada durante el sueño en los H y sólo una leve HTA nocturna en la Mu. Los Holters no evidenciaron arritmias significativas. En todos los pt se insistió en la disminución del peso, cese de fumar y medidas generales. En 2 pt se instalaron CPAP, observándose una franca mejoría subjetiva y normalización de la HTA. Al restante, que no tuvo acceso al dispositivo, se le indicó extremar cuidados y control farmacológico de la HTA.
Conclusión: En nuestros pt la AOS se asoció a sobrepeso, tabaquismo y grados variables de HTA. Asimismo todos presentaron trastornos subjetivos, como fatiga y somnolencia diurnas. En ninguno de ellos se observó arritmias. El CPAP constituyó una terapéutica efectiva sobre los síntomas subjetivos e HTA. La PSG y el MAPA son estudios de rigor en pt sospechados de AOS.

Asociación entre Factores Plasmáticos y Agregación Eritrocitaria en Hipertension y Dislipidemias

185

D'arrigo M., Lebensohn N., Racca L., Barberena L., Gallo R, Filippini F, Valverde J, Foresto P

Inmunología; Estadística; Clínica Médica, Facultad Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, UNR, Rosario, Santa Fe, Argentina

El objetivo de este trabajo fue estudiar la relación de diferentes factores plasmáticos (colesterol, triglicéridos, ácido siálico) con la agregación eritrocitaria, en dos grupos de pacientes: dislipidémicos (DLP) e hipertensos (HTA), comparados con los correspondientes a los individuos normales. Se trabajó con sangre anticoagulada con EDTA de 21 pacientes hipertensos, 12 dislipidémicos y 20 individuos sanos. Se estudió la agregación eritrocitaria por análisis de los agregados eritrocitarios, determinando un parámetro de forma (ASP). Por otra parte, se dosaron en plasma niveles de: colesterol (Co), triglicéridos (TG) y ácido siálico (AS) por métodos enzimáticos. Se realizó un análisis univariado de los resultados aplicando tests paramétricos (t de Student) y no paramétricos (U Man-Whitmes) para comparar dos muestras independientes. El estudio de asociación de los parámetros ASP y AS, fue realizado por el coeficiente de correlación de Pearson. Ambos grupos de pacientes presentaron valores de ASP superiores respecto a los normales ($p>0.005$). Sólo los pacientes DLP presentaron valores alterados de Co y TG ($p>0.001$) mientras que los valores de AS resultaron aumentados en ambos grupos de pacientes ($p>0.05$). El estudio de correlación del ASP con cada uno de los factores plasmáticos para cada grupo de pacientes, sólo resultó significativo con el AS para los pacientes con HTA, con un coeficiente de correlación de Pearson de 0.883 (<0.001). De acuerdo a los resultados obtenidos se podría pensar que en la HTA, los eritrocitos estarían sometidos a un mayor contacto y agresión con el endotelio, favoreciendo la desialización de su membrana, mecanismo que resultaría menos significativo en los pacientes DLP donde intervendrían otros procesos con disfunción endotelial. La desialización lleva a una reducción de la carga y esto a una disminución de la repulsión con un incremento en la agregación celular, contribuyendo a alteraciones del flujo microvascular.

Detección del Daño Cerebral en Pacientes con Hipertensión Mediante una Evaluación Cognitiva Mínima

186

Vicario A, Martinez CD, Barreto D

Cardiología, Hospital Español, Buenos Aires, Argentina

Antecedentes: El cerebro, junto con el corazón y el riñon son los «órganos blancos» de la hipertensión. La hipertensión causa deterioro cognitivo y demencia en la población adulta. OBJETIVO: a) Identificar el daño de órgano blanco (cerebro) en pacientes con hipertensión, b) demostrar la utilidad de un Examen Cognitivo Mínimo (ECM) para tal fin y c) relacionar los hallazgos con los valores de presión arterial.
Participantes y Métodos: Doscientos dos pacientes consecutivos, de ambos sexos, con edad = 65 años y diagnóstico de hipertensión. Fueron excluídos los pacientes con antecedentes de eventos vasculocerebrales, cirugía de by-pass y aquellos con diagnóstico establecido de demencia, ansiedad y/o depresión (DSM-IV). Todos los pacientes fueron estudiados mediante un ECM consistente en: Test Mental Mínimo (MMSE), Test de Orientación, Test del Reloj y las series gráficas.
Resultados: La edad promedio fue 75.2±5.8 años, 62% fueron mujeres. El 17.5% presentó un score MMSE <=24 pts.(demencia leve), el 20.5% entre = 25/ = 26 pts.(posible demencia) y el 62% = 27 pts.(normales). Los dominios cognitivos más afectados fueron a) la memoria a corto plazo y episódica, b) la capacidad visuoconstructiva y planificación (no ejecutaron la copia del dibujo el 42% y el 59% no completo el test del reloj). La orientación temporo-espacial estuvo conservada. La prevalencia de demencia fue mayor que en la población general de igual edad y esta se relacionó con la presión de pulso (64.1±17 vs 71.8±18.9 mmHg $p<0,01$) y el tiempo de evolución de la enfermedad hipertensiva (11.5±8.4 vs 14±7.9 años $p<0.05$). El 30.7% de los pacientes no-controlados (151.7±79.9mmHg) presentaron scores <24 pts. vs el 15% de los controlados (123.8±71.9mmHg) ($p<0.05$).
Conclusión: El ECM, es un conjunto de test de aplicación sencilla y útiles para detectar compromiso de órgano blanco (función cerebral) en pacientes con hipertensión arterial. Hubo una relación directa entre deterioro cognitivo y valores de presión arterial.

Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión Arterial

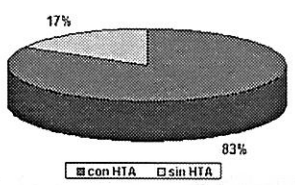
187

Mosconi I, Parenti P

Clínica, Clínica, Universidad Abierta Interamericana; Hospital Alberdi, Rosario, Santa Fe, Argentina

El presente es un estudio de tipo descriptivo, realizado con datos de historias clínicas de 100 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, del Hospital Alberdi, durante el período comprendido entre agosto y noviembre de 2005. Con el objetivo de conocer la frecuencia de pacientes con diabetes tipo 2 que presentan hipertensión arterial.
Se arribó a las siguientes conclusiones:
- El 51% correspondía al sexo masculino, y el 49% al sexo femenino.
- El promedio de edad fue de 61 años.
- El diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 data de entre 5 y 9 años en el 35% entre 10 y 19 años en el 31% de la población; menos de 5 años en el 25% de la población; entre 20 a 29 años en el 8% y entre 30 y 39 años en el 1%
- El 75% de los pacientes reciben como tratamiento de la Diabetes Mellitus hipoglucemiantes orales; el 18% insulina, y el 7% dieta
- La asociación entre Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial se presentó en el 83%
- El 53% de los pacientes era obeso; el 38% de los pacientes era tabaquista, y los antecedentes familiares de Diabetes Mellitus se presentaron en el 52%
- En cuanto a los valores de laboratorio encontrados: el 80% presentó una glucemia en ayunas igual o superior a 140 mg/dL; el 91% presentó valores de hemoglobina glicosilada igual o mayor al 7%; el 55% presentaba dislipidemia; el 30% presentaba una proteinuria mayor de 0,3g/24 hs. o una microalbuminuria mayor de 30 mg/24 hs.; y en el 31% de los pacientes la urea era superior a 40 mg/dL

Gráfico 5: frecuencias relativas de hipertensión arterial en pacientes diabéticos.



Efectos de la Administración Crónica de Ajo (Allium Sativum) en un Modelo de Hipertensión Arterial

188

Renna NF, Cacciamani V, Gonzalez SE, Cruzado MC, Galmarini CR, Risler NR, Miatello RM

Fisiología Patológica, FCM, UN Cuyo; EEA, INTA-La Consulta, Mendoza, Mendoza, Argentina

Los factores dietarios desempeñan un importante rol en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas. El ajo (Allium sativum) ha sido considerado como alimento funcional con efectos profilácticos y terapéuticos desde hace miles de años. El objetivo de nuestro trabajo fue examinar los efectos de la administración crónica de extracto acuoso de ajo colorado (A)., en dosis de 125 y 250 mg/kg (A125 y A250) administrado vía intra-esofágica en un modelo de ratas hipertensas (SHR). Ratas macho de 30 días se se y sus controles Wistar Kyoto separadas en 6 grupos (6 c/u) durante 8 semanas: I-Control (W); II-W+A125; III- W+A250; IV-SHT (S); V-S+A125; y VI-S+A250. Se midio presión sistólica (PAS), la actividad de NAD (P) H oxidasa (N) en aorta por quimioluminicencia y peroxidación de lípidos plasmáticos (TBARS). Los datos (media sem) se procesaron por ANOVA y post-test de Newman-Keuls. La tabla muestra los resultados * indica $p<0,001$ vW y ** $p<p0,001$ vS. Los compuestos orgánicos presentes en el ajo (alicina, tiosulfinatos, adenosina, etc) modificarian la generación de especies reativas del O2, revistiendo algunos de los cambios patológicos observados en la Hipertensión Arterial. Se puede sugerir que el consumo diario de estos antioxidantes naturales es capaz de prevenir o retrasar marcadamente el desarrollo de hipertensión arterial.

Variables	WKY	W+A125	W+A250	SHR	S+A125	S+A250
PAS (mmHg)	130±2.2	128±1.1	129±0.9	177.0±1.8*	166±1.8**	155±3.5**
N(c/mg/min)	10.0±0.3	11.2±2.1	10.3±2.4	45±6.12*	13.1±2.0**	14.3±2.1**
TBARS (uMol/L)	104.8±4.1	109.0±2.5	109.9±2.5	171.1±7.7*	99.2±1.9**	115±5.1**

Efectos de la Administración Crónica de Nebivolol a Nivel Vascular en un Modelo de Síndrome Metabólico

189

Renna NF, Dupanlou L, Gonzalez SE, Lama MC, Risler NR, Miatello RM

Fisiología Patológica, FCM, UN Cuyo; Lab de Fisopatología cardiovascular, IMBECU, CONICET, Mendoza, Mendoza, Argentina

El objetivo fue estudiar el efecto in vivo de la administración de nebivolol (N), ß-bloqueante combinado con efectos mediados por NO endotelial, en un modelo dismetabólico (FFR). Ratas wistar macho se distribuyeron en 4 grupos (n=8 c/ u): I. Control; II. Control + N (C+N): 1 mg/Kg/d via oral durante las últimas 4 semanas; III. FFR: fructosa en agua de bebida al 10 % (v/v) durante 8 semanas, y IV. FFR+N: ídem II + III. Al finalizar el protocolo se examinaron: presión arterial sistólica (PAS), tolerancia a la glucosa (GTT), peso cardíaco relativo (RHW), trigliceridemia, colesterolemia, colesterol-HDL (C-HDL), peroxidación lipídica (TBARS), y en cortes histológicos de riñon se estimó la relación lumen/ media (L/M) de arterias arcuatas e interlobulillares, y se determinó la expresión de NF-kB y VCAM-1 por inmunohistoquimica (IHC). Los datos (media±sem) se procesaron por ANOVA y post-test de Bonferroni. (* p< 0.001 v C; ** p<0.001 v FFR) y la proporción de arterias marcadas por Chi2 (# p<0.0001 v C y ## v FFR). FFR modificaron las variables estudiadas, indicando la participación de componentes inflamatorios y oxidativos en el desarrollo de las alteraciones asociadas a este síndrome. Algunos de estos cambios fueron revertidos por la administración de N, sugiriendo sus efectos beneficiosos sobre los componentes mencionados.

Variables	Control	C + Nebivolol	FFR	FFR + Nebivolol
PAS (mmHg)	121.25 ± 1.4	116.5 ± 2.6	135 ± 1.6*	112.4 ± 2.6**
Triglicéridos(mg/dL)	81.7 ± 5.2	90.5 ± 10.6	174.4 ± 13.4*	140.4 ± 3.6**
TBARS (µmol/L)	1.15 ± 0.04	1.21 ± 0.06	1.50 ± 0.06*	1.32 ± 0.08**
L/M arcuatas	6.55 ± 0.15	5.85 ± 0.07	2.54 ± 0.12*	4.77 ± 0.18**
L/M interlobulillar	4.24 ± 0.45	3.24 ± 0.36	1.24 ± 0.2*	2.97 ± 0.4**
IHC NF-ßB (%)	25 ± 5.6	27 ± 5.7	74 ± 5.8 #	38 ± 4.4 ##
IHC VCAM-1(%)	11 ± 5.3	15 ± 6.3	71 ± 5.1 #	31 ± 5.4 ##

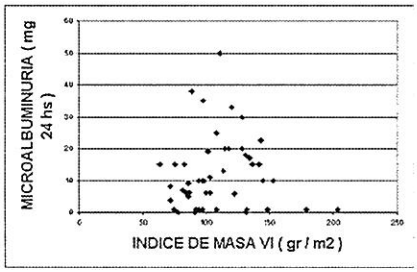
En Pacientes Hipertensos Arteriales con Creatinina Normal la Microalbuminuria Correlaciona con Hipertrofia Ventricular I

190

Citta P, Ochoteco L, Ortíz M, Piskorz D, Ciita L, Citta N, Lanzotti M, Lanzotti R, Locatelli H, Tommasi A

Instituto de Cardiología, Sanatorio Británico, Rosario, Santa Fe, Argentina

Hipótesis: el daño en diferentes órganos blancos en Hipertensión Arterial está correlacionado entre sí.
Objetivos: determinar la correlación existente entre el daño renal y miocárdico en Hipertensión Arterial.
Material y Métodos: 63 pacientes Hipertensos Arteriales según JNC 7, se consideró creatinina elevada 1,2 mg % en mujeres y 1,3 mg % en hombres; se midió microalbuminuria en orina de 24 horas e índice de masa ventricular izquierdo por método de Devereux corregido por superficie corporal. Análisis estadístico: test t de Students para diferencias de medias y proporciones y correlaciones.
Resultados: no se detectaron diferencias en edad media, prevalencia de sexo masculino, tiempo de evolución de HTA, antecedentes de DBT, presión diastólica, presión de pulso y glucemia entre pacientes con creatinina elevada o normal; la presión sistólica fue 160,7 +- 10 mm Hg vs 140,3 +- 14,2 mm Hg, respectivamente (p < 0,01). El clearence de creatinina, la albuminuria y el índice de masa ventricular izquierdo no fueron diferentes entre ambos grupos. No hubo correlación entre creatinina y clearence de creatinina con índice de masa ventricular izquierdo, pero sí se detectó entre microalbuminuria e índice de masa ventricular izquierda con r = 0,37; p = 0,05 (gráfico).
Conclusiones: 1) los pacientes hipertensos arteriales con creatinina elevada presentan cifras de presión arterial sistólica más elevada que con creatinina normal; 2) la microalbuminuria se correlaciona con la hipertrofia ventricular izquierda en pacientes hipertensos arteriales con creatinina normal.



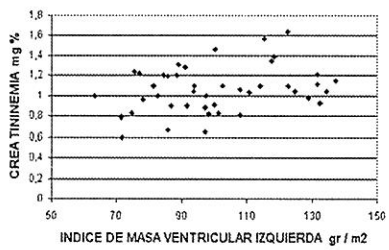
En Pacientes Hipertensos Arteriales sin Hipertrofia Ventricular Izquierda la Creatinina y la Microalbuminuria Correlacionan con el Indice de Masa Ventricular Izquierdo

191

Ochoteco L, Citta P, Ortíz M, Piskorz D, Citt L, Citta N, Lanzotti M, Lanzotti R, Locatelli H, Tommasi A

Instituto de Cardiología, Sanatorio Británico, Rosario, Santa Fe, Argentina

Hipótesis: en pacientes hipertensos arteriales el daño en diversos órganos blancos debería estar correlacionado.
Objetivos: determinar la correlación existente entre daño renal y miocárdico en pacientes hipertensos arteriales.
Material y Métodos: 63 pacientes hipertensos arteriales según JNC 7. Se midió creatininemia, microalbuminuria en orina de 24 horas e índice de masa ventricular izquierda por método de Devereux, y se calculó clearence de creatinina por método Cockroft y Gault. Análisis estadístico: test t de Students para diferencias de medias y proporciones y correlaciones.
Resultados: El sexo femenino fue 61,1 % con hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y 25,6 % sin HVI; p < 0,005. Tendencia no significativa a mayor edad media, mayor presión de pulso, mayor microalbuminuria y menor clearence de creatinina con HVI. En pacientes sin HVI la creatinina mostró una r = 0,30; p = 0,05 (gráfico) y la microalbuminuria r = 0,30; p = 0,05 con el índice de masa ventricular izquierdo. En pacientes con HVI la microalbuminuria mostró una r = 0,37; p = límite con índice de masa ventricular izquierdo.
Conclusiones: 1) la microalbuminuria es un marcador de daño funcional renal que se correlaciona con el daño miocárdico; 2) en pacientes sin hipertrofia ventricular izquierda la creatinina sérica correlaciona con el índice de masa ventricular izquierdo.



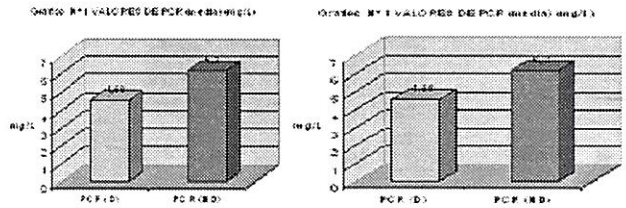
Existen Diferencias entre los Niveles de PCR y LDL en los Pacientes Hipertensos Dippers vs Non Dippers por Mapa?

192

Said Nisi J., Martinez D., Martinez G., Martinez F., Guzman L.

Fundación Rusculleda, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción y Objetivos: la evidencia sugiere que determinados marcadores inflamatorios, como en particular PCR pueden ser predictores de riesgo cardiovascular.
Realizamos un estudio observacional en pacientes (pts.) con Hipertensión Arterial (HTA) leve y moderada y niveles de LDL, elevados con el objetivo de establecer una relación entre PCR y LDL con el comportamiento nocturno de la HTA.
Material y Métodos: participaron del estudio 29 pts. de ambos sexos (F:19-M:10) y edad 69,75 a (40 - 78), con diagnóstico previo de HTA leve a moderada, a los cuales según resultado de MAPA de 24 hs.(Spacelab 90207) con más de 85% de lecturas válidas, se los clasificó en: A: pts Dippers (D) y B: Non Dippers (ND). a la totalidad de pts se les dosó niveles de PCR (método inmunoturbidimétrico) y LDL (método colorimétrico directo), comparándose las medias de ambos grupos, equiparables en distribución por sexo y edad.
Resultados: - el grupo A (D) el cual estaba integrado por 13 pts (44,82%) dio como resultado un valor de PCR=4,58mg/L y LDL=114,69mg/dl (Diferencia entre D y ND = 34,6 % p<0.01) Ver gráfico Nº 1.
- el grupo B (ND) el cual estaba integrado por 16 pts (55,18%) dio como resultado un valor de PCR=6, 2mg/L y LDL=109mg/dl (Diferencia entre D y ND = 4,7 % p = NS) Ver gráfico Nº 2
Conclusiones: en pacientes hipertensos leves a moderados, los niveles de PCR, son significativamente más elevados en los Non Dippers comparados con los pacientes Dippers determinados por MAPA de 24 hs.
No hay diferencias cuando se analizan los niveles de LDL. El significado e implicancias de estos hallazgos, necesita mayor estudio.



Función Renal en Pacientes Hipertensos Arteriales. Análisis Epidemiológico de una Población

193

Ortiz MM, Citta P, Ochoteco L, Piskorz D, Citta L, Citta N, Lanzotti M, Lanzotti R, Locatelli H, Tommasi A

Instituto de Cardiología, Sanatorio Británico, Rosario, Santa Fe, Argentina

El daño funcional y orgánico renal es consecuencia directa de los niveles de presión arterial y un importante marcador de riesgo cardiovascular.
Objetivos: analizar en una población seleccionada de pacientes el impacto de la hipertensión arterial sobre la función renal y el daño miocárdico.
Material y Métodos: 63 pacientes hipertensos arteriales según JNC 7. Se midió creatininemia, albuminuria en orina de 24 horas e índice de masa ventricular izquierda, y se calculó clearence de creatinina según método de Cockroft y Gault. Se dividió a los pacientes en dos grupos: A) clearence de creatinina menor a 60 ml/min y B) clearence de creatinina mayor o igual a 60 ml/min.
Resultados: Trece pacientes (p) pertenecieron al grupo (g) A (20, 6 %), 11p tenían microalbuminuria (17,5 %), 12 p presentaron creatinina elevada (19 %), y 18 p (28,5 %) tuvieron hipertrofia ventricular izquierda. La edad media del g A fue 74,7+-7,2 y la del g B 59,5+-11,5 ($p < 0,0005$). La prevalencia de sexo femenino en g A fue 64,3 % vs 29,2 % g B ($p < 0,025$). La presión arterial sistólica en g A fue 155,9+-13,1 mm Hg y en g B 140,4+-14,6 ($p < 0,05$), y hubo una tendencia a mayor presión de pulso en g A. No se detectaron diferencias en el índice de masa ventricular izquierdo entre ambos grupos y hubo una tendencia no significativa a mayores dimensiones auricular izquierda en g A. No se detectó correlación entre el clearence de creatinina y el índice de masa ventricular izquierdo en pacientes del g B. En el g A la creatininemia mostró una r= 0,30; el clearence de creatinina una r = - 0,24 y la microalbuminuria de 24 horas una r= 0,13 con índice de masa ventricular izquierdo, no alcanzando ninguna de ellas significación estadística.
Conclusiones: 1) alta prevalencia de daño en órgano blanco: microalbuminuria, clearence de creatinina bajo e hipertrofia ventricular izquierda, 2) el sexo femenino, la edad y la presión arterial sistólica fueron relevantes en la función renal.

Hipertensión Arterial en Consultas de Servicio de Emergencias Médicas

194

Bazán C, Rodriguez G, Wunderlin S, Castelló J

Capacitación y recursos humanos, Direccion Médica, Asoc. Mutual Choferes Taxi, V. C. Paz, Córdoba, Argentina

Objetivos: Evaluar el número de casos con Hipertensión Arterial (H.T.A) en pacientes que consultan por cefalea, mareos y dolor cervical.
Material y Métodos: Se seleccionaron 384 historias clinicas (H.C) ambos sexos, con una distribución de grupos etáreos:15 a 35 años, 36 a 65 años y 66 a 95 años respectivamente que consultaron por mareos, cefaleas y dolor cervical. Se tomó una muestra de un período de 13 meses (Mayo 2004 a Mayo del 2005 inclusive). A los fines estadisticos el mismo fue dividido en las cuatro estaciones del año (otoño, invierno,.primavera y verano). Entre las variables que se operativizaron se encuentran además de sexo y grupo etáreo; pacientes con y sin antecedentes de (H.T.A), hipertensos o no al momento de la consulta y además la medicación utilizada por el servicio de emergencias médicas.
Resultados: Las 384 (H.C) representan el 66% a mujeres (253 casos) y el 34% (131 casos). En los trece meses el mareo fue el motivo de consulta más frecuente, tanto en mujeres como en hombres, siendo en la mujer la franja que más demanda entre los 66 y 95 años, en cambio en el hombre entre los 36 a 65 años.
Conclusión: Durante los trece meses en el hombre, los mareos, cefaleas y dolor cervical, en ese orden, fueron más frecuentes en el grupo etáreo de 36 a 65 años; excepto en invierno, que fue más frecuente la cefalea. Los mareos también fueron más frecuentes en la mujer, pero en la edad de 66 a 95 años. Los mareos y el dolor cervical coinciden en el grupo etaréo, con mayores posibilidades de artropatia cervical.
Todos los motivos de consulta, en la mujer, son mayores en el periodo invernal (período 4) y en el hombre en primavera (período 1). El número de pacientes con antecedentes de HTA es directamente proporcional con la edad, y más hipertensos masculinos y femeninos. En los 13 meses se diagnosticaron más mujeres hipertensas que hombres con predominio sistodiastólico, luego sistólica, en tercer lugar diastólica, pero el diagnóstico más frecuente fue por otra causa.

Hipertensión Arterial en Mujeres Asociado a Antecedentes Familiares

195

Costa JA, Lazaroff VE, Vallejos AA, Ponti DF, Bresanovich A

Área Internado Rotatorio y Pasantía, Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Corrientes, Argentina

Objetivo: Analizar la asociación de HTA en mujeres de la ciudad de San Roque con Antecedentes Familiares.
Materiales y Método: Se incluyeron 486 pacientes en una encuesta, realizada los días 2 y 3 de junio de 2005 en la ciudad de San Roque - Corrientes. Se definió HTA de acuerdo a la Clasificación de la Sociedad Europea de HTA. Se tomó como Antecedentes Familiares si los padres, madres y/o hermanos presentaron HTA.
Resultados: La encuesta realizada presentó 286 mujeres y 111 presentaron HTA. La Edad Promedio fue de 53.9 años.
Conclusión: 1. Se observó una fuerte asociación de HTA y Antecedentes Familiares. 2. El porcentaje más elevado se observó en madres hipertensas.
Objetivo: Establecer la prevalencia de Hipertensión Arterial en la ciudad de San Roque.

Hipertensión Arterial asociado a Antecedentes Familiares

Familiares con HTA	Frecuencia	Porcentaje válido
Si	86	77.5%
No	25	22.5%
Padre con HTA	Frecuencia	Porcentaje válido
Si	27	24.3%
No	84	75.7%
Madre con HTA	Frecuencia	Porcentaje válido
Si	47	42.3%
No	64	57.7%
Hermanos con HTA	Porcentaje válido	Frecuencia
Si	28	25.2%
No	83	74.8%

Hipertensión Arterial y Personalidad Tipo A en Mujeres en la Ciudad de San Roque

196

Hernández D, Lazaroff VE, Vallejos AA, Tirantino A, Bresanovich A

Área Internado Rotatorio y Pasantía, Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Corrientes, Argentina

Objetivo: Evaluar la asociación de Hipertensión Arterial y Personalidad Tipo A en el Sexo Femenino.

Materiales y Método: Se incluyeron a 486 pacientes en una encuesta realizada en la ciudad de San Roque - Corrientes. Se definió como HTA, de acuerdo con la Clasificación establecida por la Sociedad Europea de HTA. Se definió como Personalidad Tipo A si presentaba: Ansiedad, Agresividad y/o Irritabilidad.

Resultados: De las 286 mujeres: 111 presentaron HTA. Edad Promedio: mujeres 53.9. Presentaron ansiedad 65 (58.6%); Irritabilidad 51 (45.9%); y Agresividad 16 (14.4%).

Conclusión: 1. Elevado porcentaje de mujeres con HTA asociado a Personalidad Tipo A. 2. El tipo de Personalidad Tipo A que más se asoció a HTA es la Ansiedad.

Hipertensión Arterial, Obesidad y Actividad Física en Mujeres en la Ciudad de San Roque

197

Hernández D, Lazaroff VE, Vallejos AA, Tirantino A, Bresanovich A

Área Internado Rotatorio y Pasantía, Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Corrientes, Argentina

Objetivo: Determinar la relación de HTA en mujeres, asociado a Obesidad y Actividad Física.
Materiales y Método: Se incluyeron 486 pacientes en una encuesta, realizada los días 2 y 3 de junio de 2005 en la ciudad de San Roque - Corrientes. Se definió HTA de acuerdo a la Clasificación de la Sociedad Europea de HTA; y Obesidad, perímetro abdominal > a 82 centímetros.
Resultados: Sexo Femenino 286 (58.8%). Sexo Masculino 200 (41.1%). Presentaron HTA: Mujeres 111 (64.9%). Edad Promedio Mujeres 53.9. Perímetro Abdominal > 82 centímetros 91 (81.98%). Perímetro Abdominal < 82 centímetros 20 (18.01%).
Tiempo dedicado a la Actividad Física:

Tiempo	Cantidad de Pacientes	Porcentaje
15 minutos	2	1.8%
30 minutos	6	5.4%
45 minutos	3	2.7%
60 minutos	8	7.2%
> 60 minutos	21	18.9%
No realiza Actividad Física	71	64.0%

Conclusión: Es elevado el número de pacientes obesas que presentaron HTA, relacionado con un porcentaje elevado de las mismas que no realiza actividad física.

Influencia de Drogas Hipotensoras sobre el Resultado Neonatal en Síndromes Hipertensivos del Embarazo

198

Gimenez S., Marquez S., Secchi M.E, Vanzetti E., Raimondi J., Diaz S., Avila Martinez D.

Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Materno Provincial, Córdoba, Córdoba, Argentina

Objetivo: Determinar si las drogas antihipertensivas usadas en el embarazo influyen sobre el resultado neonatal.
Material y Métodos: Fueron incluídas 117 pacientes con síndromes hipertensivos del embarazo (SHE). Las drogas utilizadas fueron Atenolol, Clonidina, Sulfato de Magnesio, Alfa Metildopa y Nifedipina. Los datos se obtuvieron de la revisión de historias clínicas y fueron sometidos al análisis estadístico mediante cálculo de Odds Ratio a un 95 % de nivel de confianza.
Resultados: Edad promedio: 27,61±7,63 años, edad gestacional promedio 34,22±4,53 semanas, cifras tensionales: media de la tensión arterial sistólica (TAS) 161,54 mmHg y media de la tensión arterial diastólica (TAD) 101,54 mmHg. Se observó una mayor probabilidad de fetos muertos (FM) (OR: 4,57) en las pacientes a las que se les administró nifedipina, extensible al atenolol, (OR: 4,08). La administración de sulfato de magnesio no tuvo relación con la ocurrencia de FM (OR: 1,06), alfa metildopa mostró ser la droga más eficaz en la prevención de FM (OR: 0,50). En el subgrupo de RNPT-AEG la nifedipina decrementó la probabilidad de ocurrencia de casos (OR: 0,47). En los RNPT-PEG se evidenció que el uso de sulfato de magnesio brinda mejores resultados (OR: 1,73), con resultados similares a la alfa metildopa (OR: 1,87), frente al uso de atenolol (OR: 3,97) y nifedipina (OR: 4,48).
Conclusiones: Se interpretó que la elevada relación entre FM y el uso de nifedipina y atenolol se debió a que el agregado de una o ambas drogas ocurrió en embarazadas portadoras de HTA grave refractarias al tratamiento con alfa metildopa. Se evidenció mayor prevalencia de retardo de crecimiento intrauterino, prematuridad, bajo peso al nacer y nacidos muertos; siendo el grupo de pacientes que recibió sulfato de magnesio el que mostró menos incidencia de dichas complicaciones

Microalbuminuria E Hipertrofia Ventricular Izquierda En Pacientes Hipertensos Arteriales

199

Ochoteco LL, Citta P, Ortiz M, Piskorz D, Citta L, Citta N, Lanzotti M, Lanzotti R, Locatelli H, Tommasi A

Instituto de Cardiología, Sanatorio Británico, Rosario, Santa Fe, Argentina

La microalbuminuria es uno de los más potentes predictores del pronóstico cardiovascular.
Objetivos: determinar en una muestra de pacientes hipertensos las variables que caracterizan el daño renal y su relación con el daño miocárdico.
Material y Métodos: 63 pacientes hipertensos arteriales según JNC 7. Se midió creatininemia, albuminuria en orina de 24 horas e índice de masa ventricular izquierda, y se calculó clearence de creatinina según método de Cockroft y Gault. Se dividió a los pacientes en dos grupos: A) microalbuminuria menor o igual a 300 mg/24 horas y B) microalbuminuria mayor a 300 mg/24 horas.
Resultados: 51pacientes (87%) pertenecían al grupo A y 12 pacientes (13%) al grupo B. No hubo diferencias en la edad media, tiempo de evolución de la hipertensión arterial, antecedentes de diabetes y sexo. La presión arterial sistólica fue 141,5+-15,9 mm Hg en grupo A y 153+-9,7 grupo B, tendencia no significativa. La creatininemia fue 103+-23 mg/dl en grupo A y 116+-20 mg/dl grupo B ($p < 0,0005$). El diámetro de fin de diástole del ventrículo izquierdo fue 49,7+-4,6 mm en grupo A y 53,1+-4,2 mm en grupo B (tendencia no significativa) y el diámetro anteroposterior de la aurícula izquierda fue 37,6+-6 mm en grupo A vs 39,7+-6,8 mm en grupo B (tendencia no significativa). En pacientes con microalbuminuria hubo una correlación negativa del clearence de creatinina calculado con el índice de masa ventricular izquierdo: r= - 0,35 y una correlación positiva de la microalbuminuria con el índice de masa ventricular izquierdo: r= 0,23, pero ambas no alcanzaron significación estadística.
Conclusiones: 1) los pacientes hipertensos con microalbuminuria tienen una tendencia a mayor presión arterial sistólica, mayor diámetro ventricular izquierdo y mayor diámetro anteroposterior de la aurícula izquierda, 2) en pacientes hipertensos con microalbuminuria se detectó una correlación entre el daño renal y miocárdico.

Prevalencia de Hipertensión Arterial en San Roque - Corrientes

200

Costa JA, Lazaroff VE, Vallejos AA, Ponti DF, Bresanovich A

Área Internado Rotatorio y Pasantía, Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Corrientes, Argentina

Objetivo: Establecer la prevalencia de Hipertensión Arterial en la ciudad de San Roque.

Materiales y Método: Se incluyeron a 486 pacientes en una encuesta realizada en 8 barrios de la ciudad de San Roque - Corrientes, al azar, los días 2 y 3 de junio de 2005. Para definir HTA se tomó la Clasificación de la Sociedad Europea de Hipertensión Arterial.

Resultados: Sexo Femenino 286 (58.9%). Sexo Masculino 200 (41.1%). Presentaron HTA: mujeres 111 (64.9%); varones 60 (35.1%). Edad Promedio: mujeres 53.9; varones 52.1. Sexo Femenino: Tenían la Tensión Arterial tratada y controlada 23 (20.7%); Tensión Arterial tratada y no controlada 33 (29.7%); No tratados y no controlados 55 (49.6%).

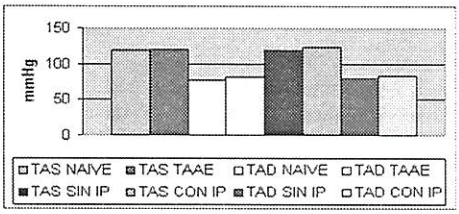
Conclusión: Se observó que la prevalencia de HTA es elevada, mayor número de mujeres y un alto porcentaje de no-conocimiento de la enfermedad y por lo tanto no tratados en el sexo femenino.

Tensión Arterial en Pacientes HIV en Tratamiento Antirretroviral Comparado con Aquellos Pacientes sin Tratamiento. 201

Parenti P, Marconi L, Lupo S

Clínica, Instituto CAICI; Universidad Abierta Interamericana; Instituto CAICI, Rosario, Santa Fe, Argentina

Introducción: El tratamiento antirretroviral de alta eficacia (TAAE) para el tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha sido asociado a distintos factores de riesgo cardiovasculares, sobre todo a las dislipemias, y como consecuencia de esto se lo ha asociado, fundamentalmente los inhibidores de la proteasa (IP), a la hipertensión arterial (HTA) sin la evidencia necesaria.
Objetivos: 1) Registrar la tensión arterial (TA) en una muestra de pacientes VIH/Sida con TAAE y compararla con una de pacientes VIH/Sida sin TAAE. 2) registrar la TA en los pacientes con TAAE sin inhibidores de la proteasa (IP) y con IP y compararlos con pacientes sin TAAE.
Material y métodos: estudio observacional y prospectivo de tipo transversal, donde se registró la TA de una muestra de pacientes VIH bajo TAAE y se comparó con los obtenidos de una muestra de pacientes VIH que no recibe TAAE. Se emplearon métodos paramétricos y no paramétricos, acorde a la distribución de la variable.
Resultados: Se registró la TA en 74 pacientes ambulatorios con VIH/Sida sin antecedentes previos de HTA, la media de la TA, en mmHg, sistólica y diastólica fue, en los pacientes sin TAAE (18) de 119 y 77 con un 17% de hipertensos, en el grupo bajo TAAE (56) de 121 y 82 con un 20% de hipertensos y a su vez los pacientes con TAAE sin IP (29) fue de 118 y 80 con un 19% de hipertensos y en aquellos con IP (27) fue de 123 y 83 con un 21% de hipertensos respectivamente. Los grupos fueron homogéneos en cuanto a otras variables como edad, sexo, meses de diagnóstico del VIH, meses de TAAE (si corresponde), hábitos y antecedentes familiares de hipertensión arterial.
Conclusión: La ausencia de diferencia significativa de la TA y de hipertensos entre los distintos grupos y subgrupos contradice la teoría de que el TAAE y los IP están asociados a la HTA. Es necesario desarrollar nuevos trabajos con mayor número de pacientes y que tengan en cuenta no sólo el TAAE sino también otros factores.



Tratamiento de la Hipertensión Arterial en Mujeres 202

Hernández D, Lazaroff VE, Vallejos AA, Tirantino A, Bresanovich A

Área Internado Rotatorio y Pasantía, Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Corrientes, Argentina

Objetivo: 1. Determinar el tratamiento indicado en mujeres con Hipertensión Arterial. 2. Evaluar si con el tratamiento indicado la Tensión Arterial está controlada.

Material y Método: Se incluyeron a 486 pacientes en una encuesta realizada en 8 barrios de la ciudad de San Roque - Corrientes, al azar, los días 2 y 3 de junio de 2005. Para definir HTA se tomó la Clasificación de la Sociedad Europea de Hipertensión Arterial.

Resultados: De las 286 mujeres incluidas en la encuesta 111 prestaron HTA. Sabían que presentaban HTA 93 (83.7%); No sabían 18 (16.2%). De los que sabían que eran hipertensas: estaban tratadas 56 (60.2%); No tratadas 37 (39.7%). Tensión Arterial controlada 23 (20.7%) de los que recibieron algún tipo de tratamiento. El fármaco más indicado: Enalapril 48 (70.5 %). Tenían indicado Aspirina 49 (44.1%).

Conclusión: 1. Se demostró que los pacientes tienen un elevado conocimiento de su HTA. 2. Solamente más del 60% estaban tratadas. 3. Muy bajo el porcentaje de pacientes con la Tensión Arterial controlada.

Anormalidades del Probnp Medido Rutinariamente en Pacientes con Disnea: Caracterización Clínica e Implicaciones Pronósticas 203

Perna ER, Címbaro Canella JP, Macin SM, Garcia W, Titievsky L, Romero M, Coronel L, Brizuela M, Peña L, Gonzalez Arjol B

Consultorio de insuficiencia cardíaca; Laboratorio, Instituto de Cardiología «J. F. Cabral», Corrientes, Corrientes, Argentina

Objetivos: Analizar la asociación entre los niveles de la fracción N terminal del proBNP (NT-BNP) y diversas condiciones clínicas, y evaluar su rol pronóstico en pacientes con disnea.
Métodos: Análisis retrospectivo de 140 pacientes admitidos por disnea entre Sep/02 y Abr/05. NT-BNP fue medido durante la evaluación inicial utilizando un Elecsys 2010. El seguimiento fue 172±118 días.
Resultados: La edad fue 66±14 años y 66% fueron hombres. La media de NT-BNP fue 5778±7269 pg/mL, rango 15-35000, mediana 3086 (intervalo intercuartilo: 1295-7305). NT-BNP fue usado con fines pronósticos en 128 (91.4%) pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) y para descartar ICD en 12 (8.6%), con una mediana de 3562 vs 289 pg/mL (p<0.001). NT-BNP en sujetos hospitalizados (94%) o no fue 3470 vs 338 pg/mL (p=0.001), en no sobrevivientes (7%) fue 12080 vs 2979 pg/mL en sobrevivientes (p=0.009), mientras que en aquellos con eventos (muerte o rehospitalización por ICD) (32%) o no fue 7838 vs 2200 pg/mL (p<0.001). El área bajo la curva COR para predecir eventos fue 0.78. La población fue clasificada en cuartilos: C1<1300 pg/mL, C2=1300-3090, C3=3091-7099, ánd C4 >=7100. La supervivencia sin rehospitalización por ICD a 18 meses En C1 a C4 fue 82, 78, 65 y 15% (p<0.0001), y la sobrevida fue 97, 94, 96 y 80% (p=0.039). De C1 a C4 el peso (p=0.037) y la fracción de eyección (Fey) (p=0.001) disminuyeron y la clase funcional (p=0.011) y creatinina aumentaron (p<0.001). En el modelo de Cox, los marcadores de sobrevida sin eventos fueron C4 de NT-BNP (>=7100 pg/mL) (HR=12.6, IC95%=4.0-40.3, p<0.001), Fey (HR=1.02, IC95%=1.01-1 04, p=0.045), y la presencia de IC crónica (HR=4.4, IC95%=1.2-16.2, p=0.027)
Conclusiones: NT-BNP fue una herramienta pronóstica útil en pacientes con disnea y alta prevalencia de IC. El uso pronóstico y la ocurrencia de eventos se relacionaron con mayores niveles. Un valor >7100 pg/mL se asoció con un incremento de 12 veces del riesgo de eventos a largo plazo

Caquexia Cardiaca - Análisis en una Unidad Hospitalaria de Insuficiencia Cardíaca 204

Blanco D, Rocca F, Aversa E, Albornoz M, Biasco A, Ayllon I, Rosales J, Quaraglia W, Papantoniou A, Gabrielli OA

Laboratorio de Insuficiencia Cardíaca, Servicio de Cardiología, Hospital Juan A Fernández, Buenos Aires, Capital, Argentina

Antecedentes: La caquexia cardíaca (CC) es una relativa común complicación de la insuficiencia cardíaca crónica (ICC), conocida desde hace ya varias centurias como un «signum mali ominis», indicando el estadio final de una enfermedad, presentándose entre el 10 - 16 % de los pacientes (p) de acuerdo a los escasos datos disponibles de la literatura.
Material y Métodos: Estudio retrospectivo sobre historias clínicas de 132 p fallecidos por ICC con fracción de eyección < 40 %, de cualquier etiología, seguidos de mayo de 1993 a marzo de 2005, con el objetivo de determinar su prevalencia y las posibles variables clínicas asociadas con CC. Definimos CC como la presencia de una documentada, no intencional y no edematosa pérdida de peso > 7.5% del peso normal premórbido, ocurrida durante un período > a 6 meses. El estudio consideró dos grupos, con o sin CC, determinándose el tiempo de seguimiento previo a su desarrollo entre ambos grupos. Se utilizaron test de la t de Student, Chi cuadrado aceptándose como significativa una p <0.05.
Resultados: Encontramos una prevalencia de CC del 24,1%. De acuerdo al desarrollo previo de CC no encontramos diferencias entre las siguientes variables: etiología, sexo, edad, diámetro diastólico VI, fracción de eyección del VI y tensión arterial sistólica; en cambio fue significativa la diferencia de acuerdo al tiempo de seguimiento, con CC 1158,8 ± 174,37 días vs 655,27 ± 70,76 días sin CC, p= 0.008.
Conclusiones: Nuestros hallazgos demuestran que el desarrollo de CC ocurre independientemente del sexo, edad o etiología de la insuficiencia cardíaca. La CC se asoció a un significativo mayor tiempo de evolución de la IC. Creemos que un estudio prospectivo podrá confirmar nuestros hallazgos.

Diabetes e Insuficiencia Cardiaca en RETIC

205

Esper AJ, Alvarez MS, Lobo Marquez LL

Insuficiencia Cardiaca, Instituto de Cardiología, Tucumán, Tucumán, Argentina

Objetivo: Determinar la prevalencia de la diabetes en pacientes internados con insuficiencia cardiaca y las características poblacionales.

Material y Método: Se utilizaron los datos obtenidos de la base de datos RETIC de 389 pacientes que ingresaron entre 2002 y noviembre de 2005 con diagnóstico de Insuficiencia Cardiaca. Se consideraron diabéticos a todos aquellos con diagnóstico previo de diabetes tipo 1 o 2.

Resultados:Los diabéticos con insuficiencia cardiaca eran mayormente hombres (61%), el 33% tenía diagnóstico previo de diabetes, 67% presentaba miocardiopatia dilatada de origen isquémico, el 27% de los diabéticos no tuvo internaciones en el último año, el 72% de los diabéticos tuvo internaciones al menos en el último año. Fracción de eyección promedio de 31%, Glucemia promedio de 150 mg/dl, 21 % tenía antecedentes de insuficiencia renal, al alta 78% recibía Inhibidores de ECA,/Bloqueantes de los receptores de la angiotensina y 7% recibía betabloqueantes.

Conclusión: Los diabéticos con insuficiencia cardiaca presentan un alto índice de cardiopatia de origen isquémico, con una Fracción de Eyección promedio baja, con un alto índice de reinternaciones al año.

El Aumento de Troponina T en el Fallo Cardíaco Descompensado se Asocia a una Peor Condición Clínica y Pobre Pronóstico

206

Perna ER, Barrios P, Macin SM, Cimbaro Canella JP, Parra Moreno J, De La Rosa M, Agüero F, Riera Stival JL, Kriskovich JO, Medina F

Consultorio de insuficiencia cardíaca; Laboratorio, Instituto de Cardiología «J. F. Cabral», Corrientes, Corrientes, Argentina

Objetivos: Caracterizar el perfil clínico y pronóstico de pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) y elevación de troponina T cardíaca.
Métodos: Entre Ene /01 y Jun/05, 202 pacientes admitidos por ICD en ausencia de un síndrome coronario agudo fueron enrolados. cTnT fue medida con un inmunoensayo de 3ª generación en muestras obtenidas dentro de las 6 horas del ingreso (n=202) y antes del alta (n=163), y el hallazgo de un valor >=0.02 ng/mL en cualquiera de ellas se definió como daño miocárdico mínimo (DMM).
Resultados: La edad fue 66±14, 60% hombres y 50.5% de etiología isquémica. cTnT fue anormal en la primera y segunda muestra en 119 y 100 (coeficiente kappa de concordancia 0.88, p<0.0001). DMM se diagnosticó en 125 (62%). En el análisis de regresion logística, los predictores de DMM fueron tercer ruido (OR=2.3, IC95%=1.10-4.80, p=0.026), etiología isquémica (OR=2.0, IC95%=1.06-3.90, p=0.032) y creatinina (OR=3.3, IC95%=1.65-6.39, p=0.001). En 136 pacientes con NT-BNP disponible, este fue mayor en casos con DMM (6585±7849 vs 3217±5157 pg/mL, p=0.003). En sujetos con y sin DMM la incidencia de fallo cardíaco refractario fue 19.4 vs 7.8% (p=0.025), la mortalidad al final del seguimiento fue 16 vs 6.5% (p=0.046) y la supervivencia sin hospitalización por ICD a 2 años fue 32 vs 59% (log rank test p=0.017). En el modelo de Cox, las variables asociadas con eventos fueron: DMM (HR=1.8, IC95%=1.1-3.1, p=0.020) y hospitalización por ICD en el año previo (HR=2.5, IC95%=1.6-4.0, p<0.001).
Conclusiones: Dos tercios de pacientes con ICD tienen anormalidades en la TnTc. Este subgrupo se asoció a una condición clínica más severa, peor función renal y etiología isquémica. La presencia de DMM se relacionó con peor pronóstico a corto y largo plazo, sugiriendo un rol en la estratificación de riesgo.

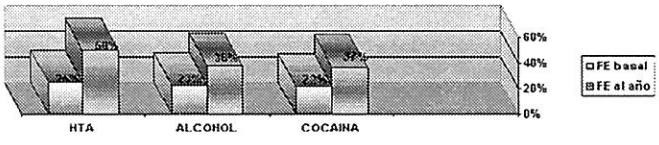
Evolución de la Función Ventricular en Pacientes con Miocardiopatía de Causa Específica

207

Scaro GB, Sarjanovich RJ, Moises Azize G, Guzman L, Uribe Echeverria A

Dep Cardiología, Hospital Cordoba, Cordoba, Cordoba, Argentina

Introducción: El buen manejo de factores de riesgo (FR) para el desarrollo de IC evitaría y podría revertir la disfunción sistólica, en pacientes (p) con miocardiopatía dilatada (MD) de causa específica (CE).
Objetivo: Ver la evolución de la FEy al controlar FR, régimen higiénico dietético y medicación (med) óptima en MDCE.
Material y Método: Estudio retrospectivo, consecutivo, en p seleccionados de una base de datos de IC, etiología; HTA (historia de 2 años o +, mal controlada, sin otra causa) 15 p, Tóxica 14 p (alcohol:+ 5 lts./sem- 12 p, por cocaína 2 p), grupo (G) HTA: 9 h, 6 m edad pr 57.5 a. G. alcohol 12 h edad pr 49 a, y cocaína, 2 h edad 33 a. La FEy al ingreso, se midió por ECO 2D (Teicholz y Simpson). Luego de 6 -12 meses de med. óptima, y control estricto de los hábitos tóxicos (HT) y FR, se hizo nuevo ECO, mismo operador y mismo equipo.
Resultados: En los p. con MD HTA la FE inicial 23%, alcohol 24% y cocaína 20%. De 15 p HTA, se realizó 2do ECO a 7 p (46,6%). La FE basal (B) del subG fue de 30% (21-31%), y al control 49%, (39% - 60%), los 7 p. mejoraron .Por alcohol, se re-estudió a 8 p (66,7%), mejoraron 5 p (62,4%). La FE B de subG de 23,6% (15-30%), aumentó a 38,4% (15% a 60%). Por cocaína 1 p, FEyB 22%, mejoró a 37%. Las diferencias fueron significativas.
Conclusiones: El erradicar los HT, controlar FR y lograr una med completa, lograrían un alto % de reversión del daño funcional y/o estructural.



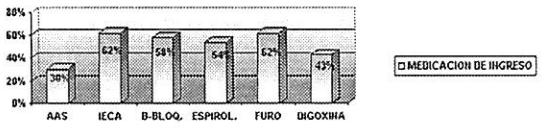
Experiencia con un Grupo de Pacientes Derivados para Evaluacion de Transplante Cardiaco

208

Sarjanovich RJ, Scaro GB, Guzman L, Uribe Echeverria A

Dpto de Cardiología, Hospital Cordoba, Cordoba, Cordoba, Argentina

Introducción: La IC tratada en areas especializadas, tendría una evolución mas favorable. Un paciente (p) no debería ser incluído en una lista de TX, sin optimizar antes su tratamiento (tto) higiénicodietético y medicación (med).
Objetivo: Analizar la evolucion de p. con IC.derivados para evaluar TX. M y M: Estudio retrospectivo, consecutivo, de una base de datos del Area de IC. y TX de un hospital público. Los p., de instituciones privadas, hospitales de Córdoba y otras provincias, fueron seguidos en esta área de IC por 3 médicos especializados.
Resultados: De 04/04 a 02/06 se derivaron 63 p, 15 m (24%) y 48 h (76%), edad promedio (pr) 46,7a, (19 a 67). CF pr fue III, y la FEy pr.de 24.3%, (15-40). El 68% habían estado internados por IC. La dosis de drogas era, en pr, menor a la aconsejada por las guías, y un gran % no recibía alguna de ellas. Etiologías más frecuentes: Isquémica: 15P (24%), HTA: 14P (22%), Tóxica: 14P (22%) Infecciosa: 12P (19%), otras 8%. El 7,9% (5P) se incluyeron en lista de TX, y se TX 3, con una mortalidad del 33,3%. Al resto, se optimizó el tto farmacológico (F) y no F, con una sobrevida global de 93.2%, luego de un seguimiento pr de 7,2 meses (2 a 22 meses).
Conclusiones: Una baja FEy, con una CF baja, no hacen indicación de TX., en p. sin tto no F. óptimo y med insuficiente. Las áreas especializadas son adecuadas para un tto. completo, y pueden retardar o evitar el TX en p respondedores.



Experiencia Inicial con Nesiritide en Argentina: Selección de Pacientes, Resultados Clínicos y Evolución a Largo Plazo 209

Perna ER, Colque R, Cimbaro Canella JP, Poy C, Lobo Marquez LL, Diez F, Bargazzi G, Titievsky L, Barrios P, Perrone SV

Comité de Insuficiencia Cardíaca, Federación Argentina de Cardiología, Corrientes, Corrientes, Argentina

Objetivos: Evaluar las características clínicas, resultados terapéuticos y evolución de pacientes admitidos por insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) tratados con nesiritide en Argentina.
Material y método: Registro multicéntrico de 11 pacientes hospitalizados por ICD entre Junio-05 y Febrero-2006, que recibieron nesiritide.
Resultados: La edad fue 62±18 años, 82% fueron varones y 64% de etiología isquémica. Los antecedentes fueron: hipertensión (73%), diabetes (64%), fallo renal crónico (27%), internación previa por ICD (91%), y fibrilación auricular (27%). El perfil clínico fue húmedo en 73% y frío en 36%. La indicación de nesiritide fue ICD refractaria en 55% y se inicio luego de 24 horas del ingreso en 6 casos (mediana de 2 días). La dosis de carga se utilizó en 6 pacientes, mientras que la infusión (0.01µg/kg/min en 82%) se mantuvo durante 29±6 horas. Antes y después del nesiritide, la presión sistólica fue 103±20 vs 91±23 (p=0.042), la clase funcional fue 4 vs 2.3±0.5 (p=0.004), la hepatomegalia 5.6 vs 1.1 cm (p=0.008), y la ingurgitación yugular > 6cm 100 y 10% (p=0.002). Los niveles de urea y creatinina, antes y después fueron: 0.96±0.38 vs 0.80±0.20 g/L (p=0.066) y 1.95± 0.71 vs 1.56±0.34 mg/dL (p=0.028), respectivamente. La diuresis y el balance promedio en las primeras 24 hs de tratamiento fueron 2725±1555 ml y -1810±1371 ml. El peso al ingreso, 24 hs y al alta fue: 81±19, 77±18 y 74±19 kg (p=0.003), con una reducción final de 3±2.2 kg. Los eventos adversos más frecuentes fueron hipotensión arterial (68%) y cefaleas (18%). Un paciente falleció durante la internación y la supervivencia acumulativa a 8 meses fue 67%.
Conclusión: El nesiritide fue utilizado en una población con ICD y perfil de alto riesgo, empleando únicamente dosis de carga en la mitad de los casos. Los efectos terapéuticos se asociaron con una mejoría clínica y evolución aceptable a largo plazo. El nesiritide representa una estrategia terapéutica adicional útil y segura.

Impacto Pronóstico del Fallo Renal en la Insuficiencia Cardíaca Descompensada. Subanálisis del Registro HOSPICAL 210

Poy C, Perna ER, Colque R, Lobo Marquez LL, Diez F, Perrone S, Stratta R, Aguirre J, Avila E, Cimbaro Canella JP

Comité de Insuficiencia Cardíaca, Federación Argentina de Cardiología, Rosario, Santa Fe, Argentina

Objetivos: Caracterizar las anormalidades en los niveles de urea y creatinina a la admisión en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada (ICD), y evaluar su relación con el pronóstico a corto y largo plazo.
Método: Entre Jun-04/Jun-05, 468 pacientes con diagnóstico de ICD fueron prospectivamente reclutados en el Registro HOSPICAL (67±12 años, 58% varones). De ellos, 390 (83%) con determinación de urea (UR) y creatinina (CR) basales fueron incluidos en este análisis.
Resultados: Las áreas bajo curva COR de UR y CR para predecir muerte en el seguimiento fueron 0.62 y 0.56, respectivamente; y los puntos de corte de 0.52 mg/dL y 1.40 mg/dL mostraron una sensibilidad de 66 y 55% y especificidad de 62 y 55% para mortalidad. La proporción de pacientes con urea y creatinina por encima de ese punto de corte fue 44 y 38%, con un coeficiente de concordancia kappa de 0.45 (p<0.0001). La población fue clasificada en tres grupos: 1-ambos marcadores negativos (n=178, 45.6%), 2-uno positivo (n=105 [UR o CR elevada en 65 y 40], 26.9%) y 3-ambos positivos (n=107, 27.4%). La supervivencia a 12 meses en los grupos 1, 2 y 3 fue 80, 70 y 37% (p=0.0004) y la supervivencia libre de readmisión por ICD fue 49, 46 y 15% (p=0.0017). La combinación de UR y CR elevadas se asoció significativamente con menor supervivencia alejada (HR=3.6, IC95%1.8-7.3, p<0.001), incluso luego del ajuste para diferencias entre los grupos (HR=2.4, IC95%1.4-5.1, p=0.021)
Conclusión: Las anormalidades en los niveles de UR y CR se presentaron en más de la mitad de los pacientes con ICD. El uso combinado de urea y creatinina durante la admisión permitió identificar a pacientes de alto riesgo a largo plazo.

Implicancia Pronóstica de la Fibrilación Auricular en una Población con Insuficiencia Cardíaca 211

Rengel E., Alvarez MS., Lobo Marquez L., Castellanos R.

Dpto de Insuficiencia Cardíaca, Institututo de Cardiología Tucumán, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

La Fibrilación Auricular (FA) coexiste con la Insuficiencia Cardíaca (IC) en un 15-30% de los casos, aumentando su prevalencia a medida que avanza la IC.

Objetivos: Determinar las características clínicas, demográficas de la FA en esta población. Determinar su implicancia pronóstica y mortalidad en pacientes con IC.

Material y Métodos: Se analizó la base de datos del Registro Tucumano de Insuficiencia Cardíaca que agrupó pacientes internados por IC en el período 2002-2005.

Resultados: La prevalencia de FA fue del 27,8% (n=389); siendo la edad promedio de 71 años. El 65,7% eran hombres y el 75,9% eran hipertensos. Los pacientes con FA tuvieron una Fracción de eyección promedio del 32% y una prevalencia de ACV del 10,2% con anticoagulación (ACO) previa en 25%. En relación a los pacientes en Ritmo sinusal, los pacientes con FA tuvieron mayor número de internaciones previas, Mayor Frecuencia Cardíaca Promedio pero no hubo diferencias en cuanto a mortalidad.

Conclusiones: Las características clínicas y demográficas encontradas son similares a la literatura. La FA tuvo mayor implicancia pronóstica como se ve reflejado en el mayor número de internaciones previas; sin embargo no hubo diferencias en mortalidad. Siendo que los pacientes con IC y FA tienen indicación de ACO, la tasa de ACO encontrada fue baja.

Importancia de Hallazgos Clínicos Simples para Predecir Eventos Luego de una Hospitalización por Fallo Cardíaco Descompensado 212

Perna ER, Cimbaro Canella JP, Lobo Marquez LL, Poy C, Diez F, Colque R, Fernandez A, Macin SM, Keller LE, Perrone SV

Comité de Insuficiencia Cardíaca, Federación Argentina de Cardiología, Corrientes, Corrientes, Argentina

Objetivos: Analizar la evolución a largo plazo luego de una hospitalización por insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) e identificar variables asociadas con eventos en el seguimiento.
Métodos: Entre Jun-04/Jun-05, 468 pacientes con ICD fueron prospectivamente incluidos en el registro multicéntrico HOSPICAL. Para el presente análisis se seleccionaron 265 casos que sobrevivieron a la internación y fueron seguidos durante 7±4 meses.
Resultados: La edad fue 67±12 años, 56% hombres, 45% tuvieron etiología isquémica y 61% mostraron una fracción de eyección <40%. La supervivencia a 1 año fue 78%, y las variables asociadas con esta evolución en el modelo de Cox fueron: perfil frío, (HR=2.8, IC95%=1.0-7.8), ingurgitación yugular >6cm (IY) (HR=2.9, IC95%=1.1-7.6), alta aún sintomático (HR=5.2, IC95%=2.2-12.2), edad > 75 (HR=4.3, IC95%=1.7-10.9) y urea > 0.52 mg/dL (HR=3.2, IC95%=1.4-7.3). Un store basado en el número de variables presentes mostró un área bajo la curva COR de 0.84 para redecir mortalidad. Los pacientes fueron clasificados como riesgo bajo (0-1 variable, 47%), intermedio (2 variables, 32%) o alto (>=3 variables, 21%), con una supervivencia al año de 96, 89 y 35% (p<0.00001). La sobrevida anual sin rehospitalización por ICD fue 49%, y los predictores fueron hospitalizacion previa por ICD (HR=1.6, IC95%=1.1-2.7), IY (HR=1.7, IC95%=1.1-2.7) y ata aún sintomático (HR=2.8, IC95%=1.8-4.3). El area bajo la curva COR fue 0.73 para predecir eventos; los pacientes se estratificaron como riesgo bajo (0 variable, 22%), intermedio (1 o 2 variables, 67%) o alto (3 variables, 11%), con una supervivencia anual sin readmisión de 81, 48 y 17% (p<0.00001).
Conclusión: El pronóstico a largo plazo de individuos con ICD en nuestro país es pobre. Variables fácilmente obtenidas durante la hospitalización y el estado sintomático antes del alta se asociaron con el pronóstico. Un score derivado de ellas fue útil para identificar pacientes de alto riesgo

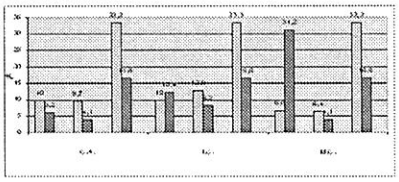
Influencia a Largo Plazo según Sexo del IMC en la Morbimortalidad CV de Pacientes Añosos con Insuficiencia Cardiaca

213

Martinez J., Martinez D., Martinez F., Giacometti M.

Fundación Rusculleda, Córdoba, Córdoba, Argentina

Recientemente se ha demostrado el valor predictivo negativo que ejerce el bajo peso corporal en pacientes (pts) con insuficiencia cardíaca crónica (ICC). En este estudio observacional, evaluamos la influencia del índice de masa corporal (IMC), de acuerdo al sexo, en la evolución alejada de pacientes mayores de 60 años (a), con ICC, con el objetivo de profundizar el conocimiento en aquel tema.
Material y Métodos: se estudiaron 116 pts, 70 Hombres (H) (60,3%) y 46 Mujeres (M) (39,7%%), con edad promedio de 71,5 a (60-86), con ICC G II-IV, y un seguimiento promedio de 36,1 meses (18-156). La distribución por edad entre grupos fue comparable. Todos tenían FE <40 % (por ECO 2D o radiocardiograma). Se los dividió en tres grupos (GR) según IMC: GR 1 = <25,9 (46 pts, 30 H- 16 M), GR 2 = 26 a 29,9(55 pts 31H -24 M) y GR 3 = >30 (15 pts 9 H- 6 M). Para la evaluación de la morbimortalidad cardiovascular (CV) se consideraron las siguientes : SC (sin complicaciones CV), CA (accidentes coronarios agudos), IC (agravamiento de ICC) y MC (muerte CV) y se comparó la incidencia en H y M. de cada una de ellas.
Resultados: En SC fue: GR 1= H 22 (73.3%), M 8 (50%); GR 2= H 22 (70.9%), M 20 (80.3%); GR 3= H 0 (0%), M 3 (50%) (Todos p= NS). En CA, IC y MC ver gráfico.
Conclusiones: En la evolución alejada de pts >60 con ICC: 1) Cuando el IMC es bajo las mujeres tienen mayor mortalidad que los hombres. 2) Cuando el IMC es elevado hay una tendencia a mayor morbilidad CV en los hombres 3) Es necesario hacer estudios con mayor número de pacientes para clarificar el significado de estos hallazgos.



Insuficiencia Cardiaca: Síndrome Cardiorrenal. Subanálisis Del Registro Tucumano De Insuficiencia Cardiaca (RETIC) Resultados

214

Poviña F, Lobo Márquez L, Perna E, Cardenas R, Augier G, Billoni Algarra M

Depto. de Insuficiencia Cardíaca, Instituto de Cardiología Tucumán, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina

Objetivos: Analizar características de una población que ingresa con insuficiencia cardiaca descompensada (ICD) y síndrome cardiorrenal (SCR)

Materiales y Métodos: Se realizó un subanálisis del RETIC evaluando las características demográficas, clínicas y de laboratorio de pacientes (pac) internados por ICD y SCR: creatinina (crea) mayor a 2mg/dl (laboratorio basal al ingreso)

Resultados: Se incluyeron de febrero del 2002 a noviembre del 2005, 389 pac. en 5 centros de la provincia de Tucumán. Los que presentaron SCR se caracterizaron por: predominio de varones (67%), edad promedio 72 años, diabetes 39%, HTA 82,5%. La etiología de la insuficiencia cardiaca fue isquémica 63,94%. La fracción de eyección promedio por métodos no invasivos fue 32%.Internaciones previas por ICD 70% de los pac. Se diagnosticó SCR al ingreso en un 47,5 % mientras que el 52,5% de los pac tenia diagnóstico previo de fallo renal.

Conclusiones La población de pac con ICD y SCR se caracterizó por ser añosa, predominantemente de sexo masculino con alta incidencia de HTA y deterioro moderado de la función ventricular en su mayoría de etiología isquémica y con múltiples internaciones previas por ICD en el último año. Hubo un alto porcentaje de pac que no tenia diagnóstico previo de SCR.

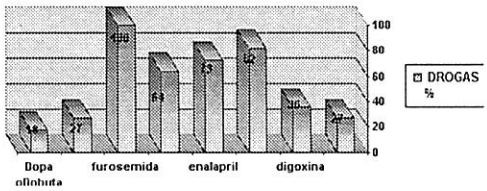
Levosimendan, Experiencia en una Sala de Cuidados Intermedios, sin Monitoreo Hemodinámico

215

Vanella A, Scaro GB, Sarjanovich RJ, Guzman L

Depto. de Cardiología, Hospital Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: Levosimendan (LE), es útil en el manejo de la IC Descompensada (ICD), y en algunas publicaciones, fue más efectivo que los inótropicos (INO) convencionales, con menos mortalidad. Su uso, es recomendado en UCO, con monitoreo hemodinámico (MH).
Objetivos: Evaluar seguridad y efectividad del LE en cuidados intermedios (CI), los eventos adversos (EA) y la externación.
M y M: Estudio prospectivo, consecutivo, en un área hospitalaria de IC. Se analizaron los p con ICD entre 10/04 a 01/06. Se efectuó LE en infusión continua, 0,1mg/kg/mn, sin dosis de carga, en CI (6 camas, monitor ECG, O2 central, aire comprimido, aspiración). Una enfermera por turno, 3 sttaf a la mañana, 1 médico de guardia.
Resultados: Incluímos 11 p, 8 hombres, 46 a.(19-70) FE 27% (15-58), 1 por déficit carencial, 1 miopatia, 1 isquémica, 2 valvular, 2 valvular+coronario, 2 chagas, 2 idiopáticos, 5 p estaban en lista de TX. El 18% con 1 INO, 27% 2 INO, 100% diuréticos, 64% BB, 73% IECA, 82% espironolactona, 36% digoxina. IR leve en el 64%, Cr 154 mg/dl (123-206), 36% disfunción hepática. El 36% eran INO dependientes. Se logró externar el 82% (9 p), el 18% (2p) falleció en la internación por IC sin complicaciones relacionadas con LE. No se registraron EA (mayor hipotensión, arritmias graves etc) atribuibles a LE.
Conclusiones: 1- La droga podría ser administrada fuera de UCO sin EA serios. 2- Es efectiva como droga de rescate, y un alto % logró externarse. 3- Sin dosis de carga se evitaría el MH



Miocardiopatía por Déficit de Carnitina, Enfermedad que Puede Ser Letal

216

Scaro GB, Sarjanovich RJ, Guzman L, Ghirardi G, Uribe Echeverria A

Departamento de Cardiología, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: La miocardiopatía carencial (MC) es poco frecuente, y no sospechada. Suele presentarse en mujeres jóvenes, con trastornos alimenticios acompañados o no de trastornos psíquicos.
Objetivo: Presentar 1 caso derivado para evaluación de transplante cardiaco (TX) por Insuficiencia Cardiaca (IC) CF IV.
Descripción: Fem 31 a., diag. de psicosis hace 5 años, tto. psiquiátrico hace 1 año, casada, 4 hijos, condición socioeconómica adversa. Anorexia. Neumopatía hace 40 días; amenorrea de 7 meses, varias internaciones por IC. Ex.físico, peso 40 Kg., IMC 16Kg/m2, con IC derecha, lesiones descamativas en piel por hipovitaminosis.ECG: RS FC.100 trast. difusos de la rep. ventricular, bajo voltaje. ECO 2D: Cavidades normales, paredes finas, deterioro severo (FEY 20%) válvulas normales. LAB: Hor. tiroideas, cortisol, ferremia, Chagas, PCR, HIV, VDRL, ANA, ANCA, ENA (-). Hipoalbuminemia y anemia ferropénica. No se hizo biopsia endomiocárdica por el espesor de la pared. Se pesquisa MC, Carnitina (C) Plasma: 25,4nmol/ml (VN: 30 - 60) C urinaria: 23.9nmol/ml (VN:49-31). Se indica C (VO) 10ml/12 hs. Poca respuesta tto VO y EV. Levosimendan 2 veces, 1 vez se pudo externar, reingresó a los 7 días. Permanece en UCO refractaria, fallece a 30 días. No TX por psicosis grave. Anat. Patól de corazón, fue característica para déficit de C con imágenes típicas.
Comentario: El diagnóstico temprano de la MC, es muy importante para iniciar la terapia antes que las lesiones sean irreversibles. El trat. precoz puede revertirlas, como ha sido visto en biopsias seriadas de casos similares.

Placa	Tronco	DA	CX	CD	Total
Blanda	1	5	3	1	10
Mixta	-	8	5	5	18
Calcificada	3	6	2	6	17
Total	4	19	10	12	45

Oxigenoterapia Convencional contra Dos Modos de Ventilación No Invasiva en el Edema Agudo de Pulmón

217

Bisogni C, Manago M, Bonacorsi L, Melchor R, Zapata G

Unidad Coronaria; Servicio de Kinesiología, Cardiología Clínica, Instituto Cardiovascular de Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina

El edema agudo de pulmón (EAP) es causa habitual de insuficiencia respiratoria que ingresa en nuestra institución.
Objetivo: validar el uso de ventilación no invasiva (VNI) para el tratamiento del EAP.
Material y método: Estudio piloto, randomizado y prospectivo que incluyó consecutivamente a 34 pacientes (P) con EAP (con firma de consentimiento de P y familiar) durante 1 año. Se aleatorizaron en 3 grupos: A: oxigenoterapia con máscara de Cambell (11 P); B: presión de aire positiva continua (CPAP) (10 P); C: presión de aire positiva binivelada (BPAP) (13 P). Se evaluaron las siguientes variables al ingreso, 30 minutos, y 3 horas: PO2 y PCO2 en sangre, confort respiratorio, score de disnea, necesidad de intubación traqueal y muerte durante estadía hospitalaria. Se utilizaron para la estadística Test de Wilcoxon y Trend de Chi cuadrado.
Resultados: No se encontraron diferencias estadísticamente significativa en las características clínicas basales y antecedentes entre los 3 grupos. No hubo diferencia estadística entre los grupos para las variables gasométricas. Para confort respiratorio malo o regular y score de disnea a las 3 horas se observa diferencia significativa entre grupo C y grupo A (ver tabla), sin diferencias para necesidad de intubación traqueal y muerte.
Conclusiones: Estudio piloto que mostró seguridad en uso de ventilación no invasiva con beneficios significativos a favor de la presión de aire positiva binivelada.

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	p=
Confort Respiratorio malo o regular (3 hs)	40%	20%	7%	0,03
Score de disnea (3 hs)	5	8	9	0,01
Necesidad de intubación traqueal	2 (18%)	2 (20%)	2 (15,3%)	ns
Muerte durante la internación	1 (9%)	1 (10%)	1 (7,7%)	ns

Péptido Natriurético & Trastornos de la Conducción Intraventricular en Insudiciencia Cardíaca

218

Aversa E, Albornoz M, Biasco A, Blanco D, Papantoniou A, Perez Prados G, Puyó A, Levin G, Barontini M, Gabrielli OA

Laboratorio de Insuficiencia Cardíaca, Servicio de Cardiología, Hospital «Juan A Fernández»; CEDIE, CONICET, Hospital de Niños «Ricardo Gutierrez», Buenos Aires, Capital, Argentina

Antecedentes: La presencia de bloqueo intraventricular ha demostrado tener un efecto adverso en la función ventricular. Niveles plasmáticos del péptido natriurético auricular (PNA) han sido utilizados tanto como marcadores bioquímicos de disfunción ventricular sistólica.
Material y Métodos: Estudio piloto que evaluó la relación entre los niveles plasmáticos del PNA y la presencia de trastornos de la conducción intraventricular (TCIV) en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC). Prospectivamente se estudiaron 21 pacientes (p) ambulatorios con IC de cualquier causa, fracción de eyección ventricular izquierda < 40%, NYHA II-III, bajo óptimo tratamiento médico. Los niveles plasmáticos del PNA basales se determinaron por RIA, valor normal ? 35 pg/ml. Se agruparon según la presencia o no de TCIV, y si fuera BRD o BRI. Como estadístico se utilizaron: test de la t de Student, Chi cuadrado, análisis de curvas (ROC) para PNA - TCIV; aceptándose como significación estadística una p =0.05.
Resultados: Las principales característica fueron: media de PNA en los 21 p de 339,24 ± 30.09 pg/ml, presencia de TCIV n= 10 p (47,6%), BRI n=8 p (38,1%), BRD n=2 p (9,5%). Encontramos una tendencia a mayores niveles de PNA entre los p con presencia de TCIV vs sin TCIV, (375,7 ± 53,4 pg/ml vs 306,09 ± 29,8, pg/ml p= 0.05), respectivamente. Así también los niveles de PNA entre los p con TCIV 375,7 ± 53,4 pg/ml fueron superiores a la media poblacional 339,24 ± 30.09 pg/ml. No encontramos diferencia significativas de valores de PNA entre p con BRI vs BRD (359,7 ± 61,3 pg/ml vs 440,5 ± 132,5 pg/ml), respectivamente. El valor óptimo de PNA para TCIV fue de 327 pg/ml con una sensibilidad del 75% y un especificidad del 78%, con un área bajo la curva de 0.77 (p=0.004).
Conclusiones: Niveles elevados de PNA se observaron entre aquellos pacientes con TCIV.

Registro Argentino HOSPICAL: Estrategias Sencillas se Asocian con Mortalidad Baja en el Fallo Cardíaco Descompensado

219

Perna ER, Címbaro Canella JP, Lobo Marquez LL, Poy C, Diez F, Colque R, Coronel L, Botta C, Pitzus A, Perrone SV

Comité de Insuficiencia Cardíaca, Federación Argentina de Cardiología, Corrientes, Corrientes, Argentina

Objetivo: Evaluar perfil clínico, manejo y la evolución intrahospitalaria de la insuficiencia cardíaca descompensada.
Método: Entre Jun-04/Jun-05, 468 pacientes (25 centros, 12 provincias) fueron prospectivamente incluidos en el registro HOSPICAL.
Resultados: La edad fue 67±12 y 58% fueron hombres. Los antecedentes fueron: hipertension 81%, diabetes 28%, fibrilación auricular 20%, diagnóstico previo de IC 86%, clase III-IV 39% y hospitalizaciones previas por ICD 56%. La descompensación súbita ocurrió en 30%; en 75% se identificó una causa. La etiología fue isquémica 43%, hipertensiva 22%, valvular 12% y Chagas 2.6%. La admisión inicial fue en emergencia en 60%, 65% ingreso a cuidados intensivos; el primer tratamiento fue diuréticos (95%), con un tiempo al tratamiento de 30 min (rango intercuartilo = 10-80). La evaluación inicial fue con ECG, Rx de tórax y laboratorio en 99, 96 y 98%. Un ecocardiograma durante la internación se realizó en 78%, pero 95% tuvieron uno disponible en el último año (fracción de eyección <40 en 59%). El manejo incluyó oxígeno (80%), monitoreo hemodinámico (3%), ventilación no invasiva (11.7%) e invasiva (3%), balón de contrapulsación (0.4%) y diálisis (0.2%). Angiografía se efectuó en 67 casos, caminata de 6 minutos en 31, serología para Chagas en 25 (positiva en 6), troponina cardíaca en 33 (>0.019 ng/mL en 18), y péptidos natriuréticos en 10. El perfil húmedo y frío se identificó en 97% y 9.4%. La estadía hospitalaria fue 5.3±4 días y la mortalidad 4.3%. El tratamiento EV incluyó inotrópicos (20%) y vasodilatadores (56%). Al alta se prescribió IECA/ ARA II en 79%, betabloqueantes en 66% y espironolactona en 52%.
Conclusiones: El manejo de esta población (predominantemente añosa con empeoramiento de IC crónica) se hizo con una estrategia ampliamente disponible (de complejidad baja o intermedia), a pesar que dos tercios se presentó en condición crítica. Esto se asoció con una permanencia hospitalarias corta y mortalidad baja.

Registro Tucumano De Insuficiencia Cardíaca (RETIC). Resultados Finales.

220

Menendez J, Lobo Márquez L, Perna E, Avila E, Nasca P, Maidana G

Depto. de Insuficiencia Cardíaca, Instituto de Cardiología Tucumán, S. M. de Tucumán, Tucumán, Argentina

Objetivos: Evaluar la epidemiología, características clínicas, tratamiento y evolución de pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) en Tucumán.
Material y Métodos: Análisis descriptivo de un registro prospectivo de 433 pacientes internados con diagnóstico de ICD en 5 centros de nuestra provincia durante el período Febrero 2002 - Diciembre 2005.
Resultados: La edad promedio fue de 69± 12,5 años y el 58% fueron hombres. Presentaron antecedentes de hipertensión el 74% y diabetes el 31%. Las co-morbilidades más frecuentes fueron: falla renal previa en 14,8%, accidente cerebrovascular en 10,9%, EPOC en 14,2%, y serología positiva para Chagas 7.4%. En el último año tuvieron al menos una internación por ICD el 55.4 % y 86% tenía una clase funcional de la NYHA II/III antes de la admisión. La etiología fue isquémica en el 50,3% de los pacientes. Al ingreso la presión sistólica (TAS) fue 136±34 mmHg, la presión diastólica 81±19 mmHg y la frecuencia cardíaca 92±24 latidos por minuto. En el ECG se evidenció ritmo sinusal en 61% y bloqueo de rama izquierda en 17,6%. La fracción de eyección (FE) del VI promedio fue 34±16%, con 35% de casos con FE >=40%. El tratamiento previo y al alta fue: Betabloqueantes 34.2 vs 49.2% (p<0.001), IECA 60.5 vs 69.5% (p<0.001) y espironolactona 31.4 vs 52.2% (p<0.001). La mortalidad intrahospitalaria fue de 3,2%, y los predictores independendientes en el análisis multivariado fueron la TAS (p=0.006, HR=0.96, IC95%=0.93-0.99) y el sodio (p=0.045, HR=0.86, IC95%=0.74-0.99).
Conclusiones: El perfil clínico-epidemiológico de la ICD en Tucumán es comparable a los registros nacionales e internacionales, pero con menor mortalidad. Se observó una elevada prevalencia de hipertensión y diabetes, y predominio de empeoramiento del fallo cardíaco crónico. Luego de la internación, se evidencia un incremento adecuado en la prescripción de drogas eficaces.

Similar Evolución de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca Descompensada con Función Ventricular Preservada o Reducida 221

Cimbaro Canella JP, Diez F, Perrone SV, Poy C, Colque R, Lobo Marquez L, Cialzeta J, Echazarreta D, Martellotto A, Perna ER

Comité de Insuficiencia Cardíaca, Federación Argentina de Cardiología, Corrientes, Corrientes, Argentina

Objetivos: Comparar las características clínicas, manejo intrahospitalario y pronóstico a corto y largo plazo de pacientes admitidos por ICD con FVP o DS.
Métodos: Entre 06-04/06-05, fueron incluídos prospectivamente 468 pts con ICD. Para el subanálisis, se incluyeron 443 pts que fueron evaluados por ecocardiograma. FVP se definió como una fracción de eyección (FE) >=40% (método de Simpson) y fue detectado en 183 pts (41.3 %, grupo 1), mientras 260 pts (58.7%, grupo 2) con FE <40% fueron considerados como DS.
Resultados: La edad fue 68±13 y 66±12 años en grupo 1 y 2 (p=ns), con una prevalencia de hombres de 46 vs 67 % (p<0.001), y etiología isquémica 48.5 vs 35% (p=0.005), respectivamente. En grupo 1, el diagnóstico previo de IC fue menos frecuente (68 vs 83%, p<0.001), con menor necesidad de hospitalización por IC (49 vs 63%, p=0.005). El examen físico fue similar, excepto por menor proporción de 3er ruido en grupo 1 (16 vs 30%, p=0.001) y mayor presión sistólica (145±38 vs 132±33 mmHg, p<0.001) y diastólica (85±20 vs 81±20 mmHg, p=0.025). El grupo 1 presentó menor presencia de perfil hemodinámico frio (8 vs 17% , p=0.013) y menor incidencia de IC refractaria (2.2 vs 6.2%, p=0.048). El tratamiento fue similar en ambos grupos, excepto por menor uso de inotrópicos en FVP (15 vs 25%, p=0.014), y menor uso al alta de betabloqueantes (60 vs 70%, p=0.041), IECA (63 vs 72%, p=0.035) y espironolactona (32 vs 68%, p<0.001). La mortalidad intrahospitalaria en ptes con FVP y DS fue 3.5 and 4.4% (p=ns). Entre los 272 ptes seguidos, la sobrevida en grupo 1 y 2 fue 74 vs 79% (p=ns) y a 1 año, la sobreviva libre de re-hospitalización por ICD fue 42 vs 51% (p=ns), respectivamente.
Conclusión: Los pacientes admitidos por ICD con FVP tuvieron un perfil clínico diferente comparados con aquellos con DS. El tratamiento al alta fue claramente disímil, con menor uso de drogas recomendadas para DS. A pesar de las diferencias, la evolución a corto y largo término fueron comparables.

Uso De Levosimendan En Insuficiencia Cardíaca Avanzada: Una Alternativa Terapéutica En Pacientes Tratados Con Betabloqueantes 222

Perna ER, Macin SM, Cimbaro Canella JP, Titievsky L, Barrios P, De La Rosa M, Agüero F, Parra Moreno J

Consultorio de Insuficiencia Cardíaca, Instituto de Cardiología «J. F. Cabral», Corrientes, Corrientes, Argentina

Los pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada (ICA) admitidos con bajo gasto cardíaco (BGC) requieren frecuentemente tratamiento con inotrópicos, y esto habitualmente implica la suspensión de los betabloqueantes (BB).
Objetivos: Evaluar las modificaciones clínicas, hemodinámicas y terapéuticas, así como la evolución a largo plazo de pacientes tratados con levosimendan (LEVO).
Material y método: Se analizaron 17 pacientes con ICA (clase funcional III-IV y fracción de eyección <35%), 88% recibiendo BB, ingresados con BGC, que recibieron tratamiento con LEVO. Se evaluaron características clínicas, laboratorio, hemodinamia y tratamiento antes y después del LEVO. Se evaluó la evolución en el seguimiento medio de 14±15 meses.
Resultados: La edad fue 67±19 años, 77% fueron varones y 65% de etiología isquémica. La dosis de carga fue 24 o 12 µg/kg/min en 64 y 36%, con un mantenimiento durante 22.5±4 horas. Antes y después del LEVO, la clase funcional fue 3.9±0.2 vs 2.7±0.5 (p<0.0001), con reducción en la presencia de hepatomegalia (77 y 29%, p=0.008) y edemas (71 y 12%p=0.002). En el laboratorio, se observó una reducción en el nivel de potasio (4.4±0.7 y 3.9±0.7, p=0.027). El uso antes y después de BB (88 vs 88%, p=ns) e IECA (65 y 71%, p=ns) fue similar. En la hemodinamia, no se evidenciaron modificaciones en la frecuencia cardíaca, presión arterial, pulmonar, capilar y aurícula derecha, ni en las resistencias vasculares, pero hubo un incremento en el índice cardíaco (1.45±0.5 y 1.65±0.5, p=0.027). Durante el seguimiento 10 (59%) pacientes se reinternaron por IC descompensada, 2 recibieron un transplante cardíaco y la supervivencia acumulativa a 36 meses fue 52%.
Conclusión: En pacientes con ICA, tratados mayoritariamente con BB, el LEVO fue un inotrópico útil, asociado con mejoría clínica y hemodinámica, sin requerir modificaciones en la prescripción de drogas de eficacia demostrada. De esta manera, el LEVO puede ser considerado una alternativa terapéutica.

Valor Pronóstico de la Natremia en la Insuficiencia Cardiaca 223

Duarte D, Filippa G, Maltez R, Balbi J, Montes A

Servicio de Terapia Intensiva, Hospital Público, Hospital Regional Río Grande, Río Grande, Tierra del Fuego, Argentina

Objetivos: Es conocido el valor pronóstico a mediano y largo plazo, de la hiponatremia (Na < o = 135 meq/L) en la Insuficiencia cardiaca descompensada (ICD). Nos propusimos determinar si en nuestro servicio dicha variable tiene similar valor pronóstico.
Materiales y métodos: Revisamos la base de datos del Servicio de Terapia Intensiva del período 2002-2005, ingresando inicialmente 135 pacientes (p) con diagnóstico de insuficiencia cardiaca descompensada (ICD) Se excluyeron del estudio a p con evento coronario agudo, insuficiencia respiratoria aguda no cardiogénica, insuficiencia hepática, sepsis y disfunción orgánica múltiple.
Finalmente 79 p fueron admitidos al estudio, los cuales fueron divididos en dos grupos: el Grupo I sobrevivientes n 72, edad promedio: 60 años, masculinos: 42p (58%), femeninos: 30p (42%), y el Grupo II fallecidos n 7 , edad promedio 78,8 años. masculinos: 4p (57 %), femeninos: 3p (43 %).
En ambos grupos se evaluó la natremia al ingreso.
Se realizó análisis estadístico utilizando la media, el desvío estándar y el test Fischer para las variables cuantitativas y el Chi cuadrado para las variables dicotómicas, considerando como significativo una probabilidad de error menor de 5% (p< 0.05).
Resultados:En el GI 14 p presentaban una natremia igual o inferior a 135meq/l(20%). En el GII 5 p presentaban un valor igual o inferior a 135meq/l (71,4%).
Conclusión: En la población estudiada la hiponatremia es un indicador pronóstico en p con ICD.

Accesos Venosos Periféricos 224

Fernandez H.A, Godoy R.S.

Unidad Coronaria, Enfermeria, Instituto de Cardiología, Corrientes, Corrientes, Argentina

Objetivo: Evaluar las distintas características de presentación de los accesos venosos periféricos, teniendo en cuenta la edad, zona de inserción, tiempo de permanencia y servicio donde se realizó. Se observarán posibles diferencias entre variables.

Material y Método: Se utilizaron fichas de protocolo de accesos venosos periféricos. Se calcularon promedios y frecuencias para las distintas variables.

Resultados: El 67,16% fue el promedio de vías periféricas que se realizaron en la unidad coronaria. La zona de inserción con mayor frecuencia fue la vena cefálica a nivel del antebrazo y las causas de retiro que mayor promedio tuvo, un 31% fue por haber cumplido el término de permanencia (72 hs.) según las normas infectológicas vigentes.

Conclusiones: La presentación de los accesos venosos periféricos no coincide con la estudiada anteriormente, en este mismo sector, entre los periodos 01/1998 al 03/2001 en la cual las variables estudiadas eran otras. No se observaron poblaciones con estas mismas características de variables

Caracterización de la Consulta Cardiológica en un Hospital de Río Negro

225

Vargas Morales W, Perna E

Hospital, Choele Choel, Río Negro, Argentina

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen una de las principales causas de mortalidad. El conocimiento del estado de la población facilita su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, como también mejorar la expectativa de vida.
Objetivo: Caracterizar los principales motivos de consulta y/o diagnósticos de las ECV.
Material y Métodos: Se incluyeron 880 pacientes (p) que asistieron a consultorio externo de cardiología en el Hospital de Choele Choel, centro de cabecera del Valle Medio de Río Negro, entre los meses de mayo de 2005 y febrero de 2006. Fueron evaluados con el examen físico, laboratorio, electrocardiografía y radiografía de tórax.
Resultados: El 40,2% fueron hombres y la edad media 41,2 ± 22,3 años. El 5,2% eran menores de un año (<1ª). El 28,2% tenía algún sistema de cobertura médica. El examen cardiovascular (ExCV) y prequirúrgico (PreCx) constituyeron el 50,8% de las consultas, con 19,2% de hipertensos y 5,6% de diabéticos. El 6% consultó por dolor de pecho, el 8,3% por soplo cardíaco y el 2,8% por palpitaciones. El 3,6% fueron dislipémicos, 2,7% hipotiroideos y 3,4% tenían serología (+) para Chagas. La fibrilación auricular se halló en el 1,4%. Se presentaron con cardiopatía el 7,8% (43% isquémica) con una frecuencia de 6,5% en <1ª y de 29,1% en > 70 años (p<0,0001). La edad media fue de 63,7 ± 17,6 años y 39,2 ± 21,7 años para los p con y sin cardiopatía respectivamente. Se diagnosticó insuficiencia cardíaca en el 4,2%.
Conclusiones: El ExCV y PreCx fueron los mayores motivos de consultas. La hipertensión arterial fue el diagnóstico más frecuente, mientras que la causa isquémica de las cardiopatías se mantuvo como la de mayor prevalencia.

Efecto del Nivel de Creatinina sobre el Tratamiento en la Insuficiencia Cardíaca Descompensada en el Registro Hospical

226

Colque R, Poy C, Diez F, Lobo Marquez LL, Cimbaro Canella JP, Perrone S, Garcia Brasca D, Filippa G, Duarte D, Perna ER

Comité de insuficiencia cardíaca, Federación Argentina de Cardiología, Cordoba, Cordoba, Argentina

Objetivos: Determinar el uso de drogas antes (PreH), durante (InH) y luego (PostH) de una hospitalización por insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) según la creatinina, y evaluar su situación clínica al alta.
Método: Entre Jun-04/Jun-05, 468 pacientes con ICD fueron prospectivamente reclutados en el Registro HOSPICAL (67±12 años, 58% varones). De ellos, 444 (95%) con determinación de creatinina basal fueron incluidos en este análisis, clasificados en los siguientes tercilos: T1 (= 1.10, T2=1.11-1.50 y T3 = 1.51 mg/dL.
Resultados: El tratamiento previo de T1 a T3 difirió por mayor uso de betabloqueantes (BB) (39, 53 y 52%, p=0.035), diuréticos (45, 59, 69% p<0.001) y espironolactona (EPN) (20, 31 y 36, p=0.011), sin embargo al alta hubo un incremento en BB, diuréticos, EPN e IECA, sin diferencias según la creatinina. Durante la internación, el manejo de IECA en T1, T2 y T3 fue el siguiente: aumento/mantenimiento 56, 59 y 49% (p=ns), disminución/suspensión 3, 8 y 13% (p=0.39), inicio 23, 29 y 13% (p=0.07); con BB fue aumento/mantenimiento 24, 39 y 31% (p=0.027), disminución/suspensión 14, 11 y 17% (p=0.019), inicio 34, 25 y 21% (p=0.049); y con EPN fue aumento/mantenimiento 16, 29 y 28% (p=0.010), disminución/suspensión 3, 2 y 5% (p=0.32), inicio 41, 37 y 25% (p=0.012). La proporción de pacientes dados de alta asintomáticos en T1, T2 y T3 fue 76, 70 y 59% (p=0.022), mientras que los que refirieron estar mejor, pero todavía sintomáticos fueron 24, 30 y 40% (p=0.022). La mortalidad intrahospitalaria fue 3.9% en T1, 3.3% en T2 y 5.6% en T3 (p=0.60).
Conclusión: La presencia de disfunción renal, particularmente moderada a severa, se asoció con modificaciones significativas en el uso de BB o EPN, pero no con IECA. A pesar de diferencias PreH, su indicación PostH fue similar a pacientes sin deterioro renal, con un incremento en la prescripción de drogas de eficacia demostrada. El deterioro de la función renal se asoció con peor condición clínica al alta.

Eficacia de la Sinvastatina como Terapia Add-On al Sildenafil(Sil) y al Iloprost Inhalatorio en Pacientes con HP Severa

227

Lema L, Tibaldi M, Pacheco G, Sandrin A, Balestrini C, Serra C

Dpto de Hipertension Pulmonar, Instituto Modelo de Cardiología, FUCCADIM UCC, Cordoba, Cordoba, Argentina

Introducción: Peter Kao reporta en abril del 2005 la utilidad de la sinvastatina como terapia add-on al tratamiento convencional en 16 p con HP severa.
Objetivos: evaluar la eficacia de la sinvastatina en p con HP en tratamiento con prostaglandinas y/o sil.

Material y Métodos: se incluyeron 4 p (2 con HP idiopática, 1 con cardiopatía congénita del adulto y 1 con apnea del sueño) edad media 46.5 (34 - 74) 3 mujeres en clase funcional III-IV en tratamiento con sil e iloprost inhalatorio. Se les realizó un ecoDoppler con medición de presión sistólica pulmonar (PSP) , dosaje de BNP y test de caminata de 6 minutos basal y a los tres meses de tratamiento con 40 mg de sinvastatina, comparando ambas mediciones. Se midieron enzimas hepáticas basal y a los 3 meses
Análisis estadístico: test de Mann-Whitney considerando una p significativa ? 0.05

Resultados: las enzimas hepáticas permanecieron en niveles normales.

Conclusión: en p con HP severa la sinvastatina es una terapeutica eficaz y segura.

Variable	Basal	3 meses	P
PSP	109 ? 13	82 ? 14.7	P=0.03
BNP	691.7 ? 178	277 ? 169	P=0.01
Test de caminata 6 m	255 ? 64.5	382 ? 74.1	P=0.04

Evidencia de Placas Coronarias con Tomógrafo Computado de 64 Detectores en Pacientes Asintomáticos. Experiencia Inicial

228

Bayol AP, Peloso R, Vallejos J, Aguero M, Romero M, Tassano E, Gonzalez R, Baccaro J, Liva P, Obregon R

Servicio de Diagnóstico por imágenes, Cardioimágenes, Instituto de Cardiología de Corrientes J. F. Cabral, Corrientes, Corrientes, Argentina

La Tomografía Computada Volumétrica Multicorte (TCVM) de 64 detectores aparece como una nueva herramienta en el diagnóstico no invasivo de la enfermedad coronaria (EC). En pacientes asintomáticos la prevalencia de dicha enfermedad no está bien establecida.
Objetivos: 1) Determinar la presencia de EC en sujetos asintomáticos, 2) Diferenciar y caracterizar las placas ateroescleróticas halladas en esta población de pacientes.
Material y Métodos: Se evaluaron sujetos asintomáticos y sin diagnóstico previo de EC, mediante TCVM de 64 detectores (reconstrucciones en 2 y 3 dimensiones) El diagnóstico de EC se basó en la detección de placas (blandas, calcificadas o mixtas) en las arterias coronarias. Se consideró estenosis severa a una estrechez > 50% de la luz del vaso.
Resultados: Se incluyeron 35 sujetos consecutivos (31 hombres, edad media de 33 ±11 años). Se diagnosticaron 45 lesiones coronarias en 12 pacientes (33%), en cuatro (11%) se hallaron estenosis severas en multiples vasos. La localización y tipo de placa se observa en la tabla e imágenes
Conclusiones: 1) El diagnóstico de EC en esta población de sujetos asintomáticos fue del 33%, con un 11% de lesiones estenóticas severas. 2) La TCVM de 64 detectores diferenció y caracterizó lesiones coronarias en pacientes asintomáticos, apareciendo como una excelente alternativa de evaluación primaria en esta patología, abriendo las puertas a estudios que evaluen la utilidad de estos hallazgos.

Placa	Tronco	DA	CX	CD	Total
Blanda	1	5	3	1	10
Mixta	-	8	5	5	18
Calcificada	3	6	2	6	17
Total	4	19	10	12	45

Expresión Fenotípica Del Sindrome De Marfan. Evaluación Y Seguimiento De Tres Generaciones Sucesivas.

229

Herrera RN, Carrero Valenzuela R, Ragone SG, Reyes Grados D, Miotti JA, Luciardi HL

Cardiología, SI.PRO.SA, Hospital Centro de Salud, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argetina

Introducción: El Sindrome de Marfan (SM) es un desorden genético, autosómico dominante, con manifestaciones clínicas que involucran principalmente al sistema ocular, musculoesquelético y cardiovascular. El gen comprometido es el FBN1 (gen de la fibrilina 1) cuya localización cromosómica es 15q 21.1 en el 90% de los casos. Recientemente se ha determinado la afectaciónen en el 10% restante, del gen TGFBR2 (Factor de crecimiento transformante Beta) localizado en el cormosoma 3p24.2-p25. Ambos alteran por mecanismos diferentes la elastogénesis de las proteínas del mátrix extracelular.
Objetivos: Evaluar la expresión fenotípica de una familia con SM, destacando las alteraciones cardiovasculares; principales causas de morbimortalidad.
Material y Métodos: Durante un período de 26 años (Marzo de 1980 - Marzo de 2006) se evaluó una familia integrada por 38 personas (20 mujeres y 18 varones) en 3 generaciones sucesivas. A 13 de sus miembros (34,2%) se les diagnosticó SM (7 mujeres y 6 varones). Seis de ellos (4 mujeres y 2 varones) 46,1% presentaron manifestaciones cardiovasculares. El seguimiento promedio fue de 16 años.
Resultados: De acuerdo a la expresión fenotípica, el primer caso se diagnosticó como SM Clasico. Los casos 2, 3 y 4 como SM Clásico con manifestaciones cardiovasculares severas. Los casos 5 y 6 como Sindrome de Mass Fenotípico. Todos los pacientes se trataron con Beta Bloqueantes. Uno murió por Disección Aórtica proximal (DA) y uno fue operado por DA proximal con éxito.
Conclusiones: El SM tiene una expresión fenotípica variable con diversos grados de afectación cardiovascular.

Importancia Clínica y Pronóstica del Triple Bloqueo Neurohumoral en el Fallo Cardíaco Descompensado en el Registro HOSPICAL

230

Lobo Marquez LL, Olmos JJ, Diez F, Colque R, Cimbaro Canella JP, Perrone S, Poy C, Cerezo G, Bustamante Labarta G, Perna ER

Comité de insuficiencia cardíaca, Federación Argentina de Cardiología, Tucuman, Tucuman, Argentina

Objetivos: Evaluar los factores asociados con el uso de triple bloqueo neurohumoral (TRBL) (empleo combinade de betabloqueante, IECA o antagonistas del receptor de angiotensina, y espironolactona) antes del alta hospitalaria en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada (ICD); y establecer su impacto en el pronóstico.
Método: Entre Jun-04/Jun-05, 468 pacientes con ICD fueron prospectivamente reclutados en el Registro HOSPICAL (67±12 años, 58% varones). De ellos, 251 (54%) con fracción de eyección del VI <40%, quienes sobrevivieron a la internación fueron incluidos en este análisis.
Resultados: El TRBL se indicó en 139 (55.4%). En los grupos con TRBL los antecedentes fueron hipertensión 85 y 72% (p=0.015), diabetes 37.4 y 21% (p=0.024) y fallo renal crónico (FRC) 3.6 y 13.4% (p=0.004). El grupo TRBL tuvo más frecuentemente pre-admisión valoración de la función del VI (83 y 71%, p=0.022) y triple bloqueo (36 y 11%, p<0.0001). Al ingreso, el grupo TRBL presentó mayor proporción de ortopnea (62 y 49%, p=0.043) y tercer ruido (38 y 20%, p=0.001), y niveles menores de urea (0.54±0.28 vs 0.69+0.65 g/L). Las variables asociadas con TRBL en el análisis de regresión logística fueron: hipertensión (OR=3.1[IC95%=1.4-6.6]), diabetes (2.0[1.03-3.8]), FRC (0.3[0.1-0.9]), triple bloqueo previo (4.6[2.1-10.3]) y urea (0.3[0.1-0.9]). La supervivencia libre de rehospitalización por ICD a 12 meses en los grupos con y sin TRBL fue 65 vs 36% (log rank test=0.0006) y el TRBL se asoció con menor riesgo de eventos en el análisis de COX en forma aislada (HR=0,40, IC95%=0,23-0,69, p=0.001), y ajustada para diferencias basales (HR=0,34, IC95%=0,18-0,64, p=0.001).
Conclusión: El uso TRBL en pacientes con ICD es subóptimo. Variables de la historia clínica, examen físico y laboratorio permiten predecir los candidatos para recibir este esquema antes del alta. La prescripción del bloqueo neurohumoral pre-alta se asoció con menor incidencia de eventos en el seguimiento.

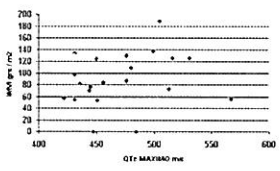
Los Pacientes con QT Corregido Máximo Prolongado Tienen Mayor Frecuencia de Hipertrofia Ventricular Izquierda

231

Marino M, Chaparro E, Piskorz D, Citta L, Ciita N, Lanzotti M, Lanzotti R, Locatelli H, Tommasi A

instituto de Cardiología, Sanatorio Británico, Rosario, Santa Fe, Argentina

Hipótesis: la presencia de QT corregido (QTc) máximo prolongado debería asociarse a mayor masa ventricular izquierda (MVI).
Objetivos: demostrar que en una muestra poblacional no seleccionada el QTc máximo prolongado implica una mayor MVI.
Material y Métodos: 21 pacientes (p) extraídos al azar de un registro de estudios Holter de 24 horas. Se analizó el QTc máximo, y se consideró aumentado cuando en mujeres fue > 460 ms y en hombres > 480 ms. Se midió MVI ecocardiográficamente por método de Devereux y se normalizó por superficie corporal (IMVI) y por altura2,7 (IMVI al2,7). Análisis estadístico: test t de Students para diferencias de medias y proporciones, coeficiente de correlación y odds ratio. Se consideró significación estadística p < 0,05.
Resultados: 12 p (57 %) eran hipertensos conocidos, 1p (4,2 %) era diabético, 1p (4,2 %) tenía IAM previo, 1p (4,2 %) estaba tratado con beta bloqueantes, 9 p (42,9 %) tuvieron un QTc máximo prolongado, y de ellos 6 p (66,6 %) tuvieron el mayor porcentaje de sus QTc mayores a 450 ms comparado con quienes tuvieron QTc máximo normal: 0 p (0 %); p < 0,005. En pacientes con QTc máximo prolongado el IMVI fue 115,1 +- 38,9 grs/m2, el IMVI al2,7 56,7 +- 22,3 grs / m2,7 y la frecuencia de hipertrofia ventricular izquierda 44,4 %, mientras que en pacientes con QTc máximo normal fueron 83,2 +- 25,34 grs/m2, 38,4 +- 13,6 y 8,3 %, respectivamente; p < 0,05, odds ratio 6,66 intervalo de confianza 95 % 0,92 - 48,24. Se observó una correlación positiva entre QTc máximo e IMVI con r = 0,26 y entre QTc máximo e IMVI al2,7 con r = 0,24, ambas en el límite de la significación estadística (gráfico).
Conclusiones: 1) alta frecuencia de QTc máximo prolongado en una muestra no seleccionada de pacientes; 2) el QTc máximo prolongado se presentó con alto porcentaje de los QTc de 24 horas prolongados; 3) el QTc máximo prolongado implica mayor frecuencia y probabilidad de hipertrofia ventricular izquierda; 4) corr



Respuesta a la Rosuvastativa en Pacientes con Dislipemia

232

Laneri DP, Colombo SJ

Sudoeste, Conurbanosur, CICAF, Lanús, Buenos Aires, Argentina

Se analizó la respuesta de 100 pacientes (P) que fueron tratados con Rosuvastatina (RV). La edad fue de 56ª.(e/32 y 77). El 35% fueron mujeres (f) y el 75% hombres (h) el 28% tenía tratamiento (t) previo con sinvastatina (s) o atorvastatina (a) el 72% se hallaba virgen de t y no había logrado resultados adecuados con la dieta. Del total de p, un 6% presentaban sindróme metabólico (sm). Un 7% enfermedad coronaria (ec) y un 2% lesiones carotídeas conocidas (lc). La dosis (DS) inicial fue de 10 mgrs/día y sólo se aumentó en caso de no alcanzar a los 3 meses (ms) los niveles deseados. Un 5% de los p debieron suspender la RV por intolerancia (dispepsia 3p., impotencia sexual 1p, algias musculares 1p.). El nivel inicial medio LDL fue de 167mgrs/% (234-115). Triglicéridos (Tg) 234 mgrs% (560-178).

El resultado final luego de 3 ms de t generó una reducción de un 34% de LDL y 22% de Tg. cuando se incrementó la dosis a 20 mgrs/día el descenso del LDL fue de 41% y de Tg 26%. Los p con menor reducción de tg fue en aquéllos con dietas menos estrictas y en el grupo que se identificó posteriormente como insulinoresistente (IR). El valor de las enzimas hepáticas se modificó escasamente solo un 7% de p. presentaron algún cambio en el valor (va) de Transaminasas sin duplicar su va de base.

Conclusión: la RV resulta una droga de efectividad y tolerancia, razonable en pacientes con hipercolesterolemia sóla o con hipertrigliceridemia asociada.

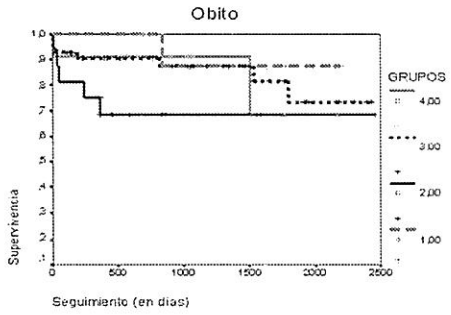
Sildenafil (Sil) en Pacientes Pediátricos con Hipertensión Pulmonar severa (HP)

233

Lema L, Tibaldi M, Pacheco G, Balestrini C, Daghero F, Balestrini C, Serra C

Dpto de Hipertension pulmonar, Instituto Modelo de Cardiología, Cordoba, Cordoba, Argentina

Objetivos: Valorar la eficacia (tolerancia al esfuerzo y presiones pulmonares) del Sil en el tratamiento de p pediátricos con HP severa
Material y métodos: se incluyeron 4 p con HP severa, 2 con HP idiopática y 2 secundaria a cardiopatías congénitas (ambos con síndrome de Down uno con canal A-V y otro con CIV) con una edad media de 10.2 años (7-16) . Se les realizó un ecoDoppler con medición de presión sistólica pulmonar y test de caminata de 6 minutos basal y a los tres meses de tratamiento con 75 mg de sil. Comparando ambas mediciones
Análisis estadístico: test de Mann-Whitney considerando una p significativa ≤ 0.05
Resultados:
Ver gráfico
Conclusión: en p pediátricos con HP severa el sildenafil es una terapéutica eficaz para mejorar la tolerancia al esfuerzo y la hemodinamia.



Síndrome de Apneas-Hipopneas Obstructivas del Sueño (SAHOS) en Enfermos Coronarios

234

Larrateguy LD

Neumonología, Unidad de Sueño, Centro Privado de Medicina Respiratoria, Paraná, Entre Ríos, Argentina

Introducción: La presencia de elevada somnolencia diurna, ronquidos y apneas observadas por terceros, genera alta sospecha de padecer SAHOS. Recientes estudios muestran que el SAHOS, está asociado a disfunción endotelial y aumento de la actividad simpática diurna y nocturna y que el tratamiento con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP), juega un importante rol en la protección del endotelio vascular y la isquemia miocárdica en estos pacientes con SAHOS y enfermedad coronaria.
Objetivo: Evaluar si existen síntomas de SAHOS, en un grupo de pacientes a los que se les realizó una evaluación del riesgo quirúrgico de causa pulmonar previo a una cirugía de revascularización miocárdica por obstrucción coronaria severa.
Material y métodos: Desde noviembre de 2004 hasta junio de 2005, se evaluaron 100 pacientes (70 H y 30 M) previo a la cirugía en la Clínica Modelo SA y el Instituto de Cardiología de Entre Ríos, ambas instituciones de Paraná. Se les realizó una espirometría, la escala de somnolencia de Epworth (> 10 es significativa de somnolencia aumentada) y un interrogatorio dirigido a evaluar la presencia de ronquidos y apneas observadas por terceros.
Resultados: La edad promedio fue de 64 años, con un IMC de 28. Un 70% tenían espirometría patológica, siendo el 53% patrón obstructivo puro. Un 11% eran fumadores al momento del examen. Un 40% refirió elevada somnolencia diurna con un valor promedio en la Escala de Epworth de 16. Un 64% refirió él o su cónyuge ronquidos nocturnos, 46% refería apneas nocturnas observadas por terceros y un 43% refirieron ambos signos. Los tres signos fueron referidos por un 27%. Si bien 29 pacientes tenían IMC>30, solo una paciente con este IMC tenía los tres signos y cuatro hombres con IMC >30 tenían apneas observadas.
Conclusión: Debería investigarse la presencia de SAHOS en enfermos coronarios con intención de tratarlos.

Variabilidad De La Frecuencia Cardiaca Reducida: Su Impacto Sobre La Repolarizacion Ventricular

235

Chaparro E, Marino M, Piskorz D, Citta L, Citta N, Lanzotti M, Lanzotti R, Locatelli H, Tommasi A

Instituto de Cardiología, Sanatorio Británico, Rosario, Santa Fe, Argentina

Objetivos: determinar si una VFC reducida tiene impacto sobre la repolarización ventricular.
Material y métodos: 21 pacientes (p) extraídos al azar de un registro de estudios Holter de 24 horas. Se analizó el QTc máximo, y se consideró aumentado cuando en mujeres fue > 460 ms y en hombres > 480 ms, y se midió VFC en dominio de tiempo por desvío standard de intervalos RR en período de 24 horas (SDNN), desvío standard promedio de RR en intervalos de 5 minutos en 24 horas (SDANN Index) y media de desvíos standard de RR en intervalos de 5 minutos en 24 horas (SDNN Index). Se consideró VFC reducida un SDNN menor a 100 ms y un SDANN menor a 55 ms. Análisis estadístico: test t de Students para diferencias de medias y proporciones y odds ratio. Se consideró significación estadística p < 0,05.
Resultados: 9 p (42,9 %) tuvieron un SDNN menor a 100 ms y 1 p (4,2 %) tuvo un SDANN Index menor a 55 ms. Los p con VFC reducida tuvieron mayor prevalencia de hipertensión arterial: 8 p (88,9 %) vs 4 p (33,3 %) con VFC normal (p < 0,0025); y la presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y presión de pulso una tendencia a estar más elevadas: 149,3 +- 25,6 mm Hg vs 133,3 +- 23,8 mm Hg, 81,8 +- 15,1 vs 73,2 +- 7,6 y 69,7 +- 16 vs 60,9 +- 18,8, respectivamente. El índice de masa ventricular izquierdo fue 113,5 +- 26,7 grs / m2 con VFC reducida y 84,42 +- 36,1 grs / m2 con VFC normal y la masa ventricular izquierda corregida por altura2,7 fue 56,82 +- 15,8 grs / m2,7 con VFC reducida y 38,3 +- 19 con VFC normal. El QTc máximo fue 487,33 +- 46,2 ms con VFC reducida y 458,8 +- 28,7 ms con VFC normal y la frecuencia de p con QTc máximo aumentado fue 6 p (66,6 %) con VFC reducida y 3 p (25 %) con VFC normal (p < 0,025) (odds ratio 5,05 intervalo de confianza 95 % 0,92 - 27,79).
Conclusiones: 1) la VFC reducida se presenta en p con presiones sistólica, diastólica y de pulso elevadas, 2) la VFC reducida se asocia a prolongación del QTc máximo.

Alteraciones Disautonómicas En Sujetos Con Enfermedad De Chagas

236

Acuña L., Gimenez L., Tomasella M., Ciccarelli M., Sturgeon C., Pugliese O., Mitelman J.

Cardiología; Laboratorio, Secretaría de Salud Pública G.C.A.B.A., Hospital Álvarez; Investigación, Fundación Barcelo, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, C.A.B.A., Argentina

Introducción: Varios estudios han descripto alteraciones precoces del sistema nervioso autónomo en las distintas etapas de la enfermedad de Chagas.
Objetivos: determinar la presencia y posible asociación de marcadores de disautonomía (anticuerpos antirreceptores autonómicos, variabilidad de la frecuencia cardiaca [VFC] y dispersión del QT [DQT]).
Material y Metodos: Un total de 212 infectados con T.cruzi (109 indeterminados, 103 con arritmias) y 48 controles sanos fueron investigados para anticuerpos antirreceptores a neurotransmisores Chagacor.
Todos los pacientes fueron estudiados mediante examenes clínicos y de laboratorio completos; tres reacciónes para Chagas; anticuerpos antirreceptores; la variabilidad de la frecuencia cardiaca con Holter de 24 hs. y la dispersión del QT mediante electrocardiograma computado de 12 derivaciones.
Resultados: Un 32,8% de los pacientes infectados presentaron pruebas Chagacor positivas. En los no infectados hubo uno solo reactivo (2%). No se observaron diferencias entre indeterminados y arrítmicos (31,48 y 34,31% respectivamente). La prevalencia Chagacor positiva se incrementa con la edad. Mas de un 75% de los reactivos en ambos grupos eran mayores a 40 años. No hay diferencias por sexo.
Se pudo establecer una marcada correlación de los infectados con Chagacor positivo y la presencia en ellos de valores anormales para la DQT y la VFC. Cuando en un mismo paciente ambos valores son anormales, estos en mas del 95% de los casos presentan Chagacor positivo. No hay diferencias significativas entre indeterminados y arrítmicos.
Conclusiones: Se considera necesario revisar la clasificación de los infectados por T.cruzi en estudios prospectivos posteriores.

Análisis de los Trastornos de Conducción que Provocan Distintas Cepas de T. Cruzi desde la Fase Aguda a la Crónica Tardía

237

Lo Presti MS, Bustamante JM, Llanos M, Guzman Mentesana G, Rivarola HW, Paglini P

Cát de Física Biomédica, Fac. de Ciencias Médicas, Universidad Nac de Córdoba, Córdoba, Córdoba, Argentina

El electrocardiograma es una herramienta muy utilizada en el diagnóstico y seguimiento de la miocardiopatía chagásica. Por eso se estudió si diferentes cepas de T. cruzi provocan trastornos de conducción que sean atribuibles al tipo de cepa. Se infectaron 70 ratones albinos suizos con 50 tripomastigotes de T. cruzi cepa Tulahuén (Tul inf) y 70 con igual concentración de parásitos del aislamiento SGO Z12 (SGO Z12 inf). Los electrocardiogramas (derivaciones bipolares y unipolares de los miembros) se realizaron antes de la infección y una vez por semana desde los 7 hasta los 150 días post infección (dpi) y luego una vez al mes hasta los 365 dpi. A los 150 días el 68 % de los SGO Z12 inf sobrevivían y el 32% de los Tul inf ($p< 0.01$); de allí hasta el año la sobrevida se mantuvo. Ambos grupos presentaron alteraciones electrocardiográficas en el 60% de los ratones hasta los 150 dpi, valor que llegó al 100% a los 365 dpi en los SGO Z12 inf y se mantuvo en Tul inf ($p<0.01$). Los bloqueos aurículo ventricular (BAV) e intraventricular (BIV) fueron los trastornos característicos de Tul inf hasta el final, mientras que en los SGO Z12 los BAV estuvieron presentes hasta los 150 dpi y a los 365 dpi el 100% presentó BIV ($p< 0.01$). Demostramos que el T. cruzi cepa Tulahuen y el aislamiento SGO Z12 determinan diferentes trastornos de conducción y característicos de cada etapa de la infección.

Miocardiopatia No Compactada

238

Esquivel A, Diez F, Dumont C

Cardiología, Italiano, Rosario, Santa Fe, Argentina

La miocardiopatía no compactada (MNC) es una miocardiopatia inclasificable causada por una alteración en la embriogenesis del miocardio de presentación poco frecuente. Se realizó un estudio observacional de 6 pacientes (P) con VNC con seguimiento de 25 meses (12 a 36 meses). El diagnostico de VNC se realizó por ecocardiografia bidimensional y doppler pulsado continuo; se diagnosticó esta patología por la presencia de trabeculaciones endocárdicas típicas afectando dos o más segmentos del ventrículo izquierdo y la presencia de flujo entre cavidad ventricular y las mismas.
Los pacientes presentaban clase funcional (CF) III-IV en 83,33% de los casos; eventos embólicos en 1 P (16,66%); no hubo casos de muerte súbita (MS); en el ECG 83,33% tenia BCRI y fibrilación auricular (FA) un 33,33%. Los parámetros ecocardiográficos se detallan en la tabla I. Todos los P recibieron beta bloquadores (carvedilol) y espironolactona; 83,33% furosemida y 33,33% IECA y ARA respectivamente; 50% de los pacientes recibió amiodarona y acenocumarol; 1 P 16.66% recibió resincronización ventricular.
La MNC es una patología poco frecuente con manifestaciones clínicas de severo deterioro funcional; en el ECG es frecuente el BCRI. El manejo terapéutico es similar al de ICC.

Tabla I Parámetros Ecocardiográficos

Caso	1	2	3	4	5	6	PROMEDIOS
DFDVI	89	78	59	79	83	71	76,5 mm
DFSVI	78	68	45	60	62	64	62,8 mm
FE (%)	20	28	40	20	26	28	27 %
Pared posterior	10	10	7	8	10	8	8,66 mm

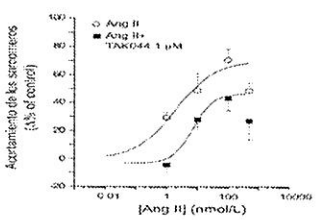
Presentación de 3 Casos de Amiloidosis Cardiaca con Tratamiento y Evolución Clínica Diferente

239

Sgrosso GR, Butron JA, Perez PC

Unidad Coronaria, Cardiología, Hospital Dr. P. A. Posadas, V. Sarmiento, Buenos Aires, Argentina

La amiloidosis comprende un grupo único de enfermedades que muestran en común el depósito extracelular de proteínas fibrilares insolubles en órganos y tejidos. La amiloidosis cardiaca puede ser primaria, o resultante de una enfermedad sistémica crónica.
Objetivos: Discusión de 3 casos de amiloidosis cardiaca primaria (LAA), con diferente presentación electrocardiográfica y ecocardiografica, y diferente evolución clínica con igual tratamiento.
Material y métodos: Se incluyen 3 pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) y diagnóstico de LAA. Comparando electrocardiograma (ECG), ecocardiograma (ETT) y evolución clínica.
Resultados: Caso 1: FR. 56 años, con LAA. ICC en clase funcional IV. ECG: hipovoltaje, falta de progresión de ondas R en cara anterior. ETT: Engrosamiento e hiper refringencia de las paredes del ventrículo izquierdo. Mieloma múltiple. Recibe tratamiento con furosemida, melfalan y prednisona. Fallece por ICC refractaria y taquicardia ventricular, a los 9 meses de iniciado los síntomas
Caso 2: BC. 57 años, con LAA, insuficiencia renal con clearence 25 ml/h. ICC en clase funcional (CF) III. ECG: Arritmia ventricular. Voltaje normal. Progresión normal de ondas R. ETT: Engrosamiento e hiperrrefringencia de las paredes del ventrículo izquierdo. Recibe tratamiento con melfalan, prednisona, furosemida y carvedilol. Buena evolución al año, con disnea en CF II.
Caso 3: GF. 27 años, con LAA, insuficiencia renal de 2 años de evolución, ICC en CF III. ECG: Normal. ETT: Patrón de lleno del ventrículo izquierdo tipo restrictivo. Voltaje normal. Progresión normal de ondas R. Tratamiento con furosemida, melfalan y prednisona. A los 3 años de seguimiento parámetros renales estables, con insuficiencia cardiaca en CF II.
Conclusiones: El paciente con mayor compromiso clínico, electrocardiográfico y ecocardiográfico, a pesar de recibir el mismo tratamiento, tuvo una sobrevida menor al año, de allí la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz.



Sobrevida Prolongada en un Caso de no Compactación del Miocardio Ventricular

240

Scasso GR, Perez PC, Butron JA, Mule M

Unidad Coronaria, Cardiología, Clínica Modelo de Morón; Hospital Posadas, Morón; V. Sarmiento, Buenos Aires, Argentina

El miocardio no compacto (NVM), es una miocardiopatía secundaria a la detención de la embriogénesis normal del endocardio y miocardio, con muerte habitual antes de los 50 años por insuficiencia cardiaca o muerte súbita.
Objetivos: Presentar un caso de Miocardio no compacto, con insuficiencia cardiaca, taquicardia ventricular y sobrevida prolongada.
Materiales y métodos: Se realizó una revisión en Pub Med, de los últimos diez años; y se presentan los hallazgos clínicos, electrocardiográficos y ecocardiográficos, y la conducta terapéutica y evolución de un paciente con NVM.
Descripción y conclusiones: B.E.; Paciente de 64 años, masculino, ingresa por palpitaciones, disnea, congestión pulmonar, y signos congestivos derechos.
Antecedentes: Disnea habitual en clase funcional III-IV, insuficiencia cardiaca de 5 años de evolución y arritmia ventricular. Hipertensión arterial. Muerte súbita familiar a temprana edad.
Sin antecedentes de sincope.
Cinecoronariografía: coronarias sin lesiones.
Electrocardiograma de ingreso: taquicardia ventricular no sostenida.
Ecocardiograma: dilatación de las cuatro cavidades, aquinesia apical, septal y anterior, hipoquinesia severa del resto de las paredes. Trabeculaciones, con flujo entre las mismas, que comprometen endocardio y mesocardio de pared lateral (basal medial y apical), posterior e inferior (basal y medial) del ventrículo izquierdo.
El paciente fue tratado con furosemida, enalapril, carvedilol, acenocumarol y amiodarona. Asintomático en controles posteriores se indicó implante de cardiodesfibrilador (CDI).
Conclusión: cardiopatía esponjiforme o miocardio no compacto con remodelado de la pared anterior, lateral, septal y apical del ventrículo izquierdo, asociado a insuficiencia cardiaca y taquicardia ventricular.

241 Utilidad de la Resonancia Magnética Nuclear en el Diagnóstico y Seguimiento de la Miocarditis Aguda. A Propósito de un Caso

Nole F, Righetti J, Canggiano C, Marangoni A, Acevedo Miño M, Bono JO

Unidad Coronaria; Radiología; Ecocardiografía, Sanatorio Allende, Córdoba, Córdoba, Argentina

Introducción: La Miocarditis es una enfermedad inflamatoria del miocardio de etiología variable, de pronóstico incierto ya que puede ser la precursora de una miocardiopatía dilatada de ahí su importancia fundamentalmente su diagnóstico precoz y evitar llegar a esta fase.

Objetivos: demostrar la superioridad de la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) sobre la ecocardiografía y de ser una alternativa válida a la biopsia miocárdica basándonos en las imágenes obtenidas en la evolución de las mismas a través del tiempo. Material y Método: paciente de 27 años, con antecedentes de cuadro infección respiratoria alta, que ingresa con Disnea, R3 cardiaco, rales crepitantes bibasales. Ecocardiograma: disfunción global severa

RMN: diagnóstica: espesor del miocardio normal. T1 con señal homogénea y normal. T2 con hiperseñal difusa y T1 postcontraste con Gadolinio con captación homogénea y difusa compatible con cambios inflamatorios difusos. A los 6 meses: desaparición de la hiperseñal en T2. Sin cambios postgadolinio (o sea, no tomó contraste).

Conclusión: La MNR permite en forma no invasiva detectan cambios inflamatorios reversibles en el miocardio sin la necesidad de recurrir a una biopsia miocárdica, la cuál no es cien por ciento efectiva en el diagnóstico de miocarditis.

242 Enfermedad De Chagas y Parámetros de Salud y Enfermedad en una Comunidad Urbanizada

Lioi S, Beloscar JS, Caffarena G, Pezzotto SM, Van Perdeck V, Catalano A, Estigarribia J, Turco M, Corbera M, Rosillo I

Química Analítica Clínica, Dpto Bioquímica Clínica, Fac. Cs. Bioq y Farm. UNR; Carrera de Cardiología; Cátedra Microbiología, Fac. Cs. Médicas, Rosario, Santa Fe, Argentina

La migración de pobladores desde áreas de alta endemicidad (AAE) hacia zonas urbanas constituyen un aspecto particular de la enfermedad de Chagas (EC) ignorándose si esta circunstancia cambia el curso de la infección por T cruzi.
Objetivos: Determinar prevalencia de EC, alteraciones electrocardiográficas (AECG) y sus relaciones con estimadores bioquímicos de riesgo cardiovascular (RCV) y del estado de salud general.
Material y métodos: Pacientes urbanizados pertenecientes a una comunidad aborigen procedentes de AAE o descendientes de los mismos. Se realizó historia clínica, examen físico, electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones, diagnóstico serológico mediante tres reacciones estandarizadas (HAI, ELISA, IFI), urea, hemograma, perfil lipídico (PL), eritrosedimentación y glicemia. Estadística: t de Student, chi cuadrado y test de Fischer.
Resultados: Se evaluaron 106 pacientes, 75 mujeres (M) y 31 hombres (H). Se vió:Serología positiva (SP) en 37 % de M y en 32 % de H; AECG 40% de H y 23 % de M. En M no se observó relación entre SP y PL, ni AECG y PL.Los promedios fueron significativamente mayores en TG, Co-LDL y menores en Co-HDL en V SP. El estudio de las proporciones de parámetros lipídicos alterados dio H con SP: proporción de TG y Co-LDL valores significativamente mayores y menores de Co-HDL;en H con AECG y M con SP y con AECG la proporción de valores elevados fueron mayores para TG y Co-LDL aunque las diferencias no significativas. Con los otros analitos no se encontró relación entre condiciones serológicas y AECG. La prevalencia de DM fue 6 %.
Conclusiones: En la muestra estudiada: -La prevalencia de EC es similar a la reportada en otros grupos migratorios urbanizados - Los individuos SP tendrían mayor prevalencia de alteraciones del PL.-Es necesario proseguir y profundizar los estudios tendientes a dilucidar la interacción entre factores de RCV y EC en comunidades urbanizadas y si la urbanización de la EC asintomática modifica su historia natural.

	Glu mg/dl	Urea mg/dl	Co-T mg/dl	Co-HDL mg/dl	Co-LDL mg/dl	TG mg/dl	E mm/h	Hb mg/dl	GB elem x10³/mm³	GR elem x10⁶/mm³
Mujeres	88 ±23.6	26 ±7.3	192 ±47.5	52 ±7.1	115 ±44.5	144 ±104.9	15 ±13	12.6 ±1.1	7.7 ±1.8	4.39 ±0.35
Varones	93 ±39.3	27 ± 9.1	193 ±54.5	52 ±5.6	123 ±51.0	157 ±93.4	7.0 ±6.4	15 ±0.9	7.1 ±1.9	4.91 ±0.30

243 Enfermedad de Chagas: Acción Conjunta en Zona Endémica

González G, García S, Nepote M, Kerz G, Ramos K, Morales P, Gastaldi L, Bottasso O, Pezzotto S, Beloscar J

Ministerio de Salud y Acción Social, Programa Provincial de Chagas; Hospital Fortín Olmos, Santa Fe; Fortín Olmos (Vera), Federación Argentina de Cardiología UNR, Comité de Enfermedad de Chagas FCM, Hospital Centenario Consejo de Investigaciones, Rosario, Santa Fe, Argentina

La localidad de Fortín Olmos se encuentra en una zona de alta endemicidad (ZAE) para Enfermedad de Chagas (EC) en el departamento Vera de la Provincia de Santa Fe. Las condiciones socio-económicas y la prevalencia de la transmisión vectorial condicionan la persistencia regional de la endemia.
Objetivos: Verificar la situación entomológica y proceder a la desinsectización, diagnosticar y tratar la EC en los niños menores de quince años (MQA), identificar los adultos con cardiopatía y fortalecer los conocimientos sobre atención primaria y derivación criteriosa.
Material y Métodos: En las viviendas rurales y urbanas se determinó el grado de infestación y la indicación de rociado, en los MQA del área urbana se obtuvo muestras de sangre venosa para diagnóstico serológico (DS), serokit inicial y luego confirmación con hemoaglutinación y ELISA, y eventual inmunofluorescencia. En los pacientes adultos (PA) con DS se realizó examen cardiovascular, electrocardiograma y ecocardiograma para el diagnóstico de Miocardiopatía Chagásica Crónica (MCC). Los MQA con DS se trataron con Benznidazol (BNZ) y en los PA con MCC se orientó el plan terapéutico.
Resultados: De un total de 577 viviendas se analizaron 62 (10,7%), se comprobó infestación en 21 (33,8%), se indicó rociado en el 100% de las mismas. Se determinó la serología de los 718 (100%) MQA y se realizó DS en 91 (12,7%) iniciándose tratamiento con BNZ en 79 (86,8%). Se analizaron 37 PA con DS, con edad promedio de .55,6+/-16,3; se evidenciaron anormalidades electrocardiográficas (AECG) en 22/37 (59,4%); 6/22 (27%) de mayor especificidad para EC.
Conclusiones: Elevada prevalencia de infestación y EC en una ZAE con grandes necesidades. Acción conjunta y coordinada de organismos gubernamentales, instituciones médicas y de la misma población involucrada que posibilita enfocar simultáneamente diferentes aspectos de esta problemática, contribuyendo a la lucha contra la endemia.

244 Estudio del Intervalo QT del ECG en Ratas Infectadas con Trypanosoma Cruzi e Inmunizadas con Rhodococcus Coprophilus

Fontanella G.H, Cámpora N.E, Gallo Acosta C.M, Bernasconil M.V

Cátedra de Fisiología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina

El intervalo QT del Electrocardiograma (ECG) es utilizado para medir el riesgo de arritmias y muerte súbita. Durante la fase crónica de la Enfermedad de Chagas (Enf Chagas) se han descripto arritmias ventriculares y muerte súbita. El comportamiento del intervalo QT, aislado o con relación a la frecuencia cardíaca (FC) ha sido poco estudiado.
Objetivo: Estudiar el comportamiento del intervalo QT durante la fase crónica de la Enf Chagas en ratas infectadas experimentalmente con Trypanosoma cruzi (Tc) e inmunizadas con Rhodococcus coprophilus (Rc), un agente del orden de los actinomicetales.
Material y métodos: Se estudiaron 4 Grupos (G) de ratas machos de línea «l». Las ratas fueron inoculadas con solución fisiológica (GSF), infectadas con Tc al destete (GTc), inmunizadas a edad temprana con Rc (GRc) e infectadas con Tc e inmunizadas con Rc (GTcRc). Se registraron ECG a los 120 días postinfección (etapa crónica de la enfermedad). Se midieron los intervalos RR y QT. Se obtuvo el valor del QT corregido por FC a través de la fórmula de Bazzet (QTc) y de la fórmula propuesta por Mitchell para ratas (QTm).
Los valores medios de RR, QT, QTc y QTm se analizaron con un test t para datos no apareados.
Resultados: En la Tabla se muestran los valores de los intervalos RR, QT, QTc y QTm (medias y ds) a los 120 d.p.i. en los 4 Grupos. Se indican con símbolos los niveles de significación con relación a SF.
Conclusión: Los intervalos QT, QTc y QTm tienen mayor duración en los animales infectados (GTc). En los animales inmunizados (GRc) y en los animales inmunizados e infectados (GTcRc) no muestran diferencias significativas.
El comportamiento de los intervalos RR y QT en los animales infectados coincide con lo reportado para humanos en la fase crónica de la enfermedad. La reducción de los valores de QT, QTc y QTm en animales inmunizados podría ser de interés para la prevención de arritmias durante la fase crónica de la enfermedad.

	GSF	GTc	GRc	GTcRc
RR (en mseg)	138 ± 11	149 ± 15	149 ± 7	140 ± 10
QT (en mseg)	54 ± 3	62 ± 5 *	55 ± 2	55 ± 3
QTc (en mseg)	145 ± 4	159 ± 6 *	146 ± 3	146 ± 3
QTm (en mseg)	46 ± 1	51 ± 2 **	45 ± 2	46 ± 1

Estudio Preliminar del Polimorfismo Genético +138/Ex1ins/Dela de Endotelina-1 en Pacientes con Cardiomiopatía Chagásica (Ccc)

245

Sembaj A., Salomone O., Basquiera AL., Aguerril AM, Madoery R, Moreno Barral J

Cátedra de Bioquimica y Biología Molec, Facultad de Cs. Médicas UNC; Servicio de Cardiología, Hospital Privado Cordoba S.A, Córdoba, Córdoba, Argentina

La Enfermedad de Chagas se manifiesta como una cardiomiopatía dilatada, se han observado lesiones en el endotelio vascular que se asocian a un aumento de marcadores inflamatorios. La endotelina-1 (ET-1) se ha vinculado con vasoespasmo, daño vascular, remodelamiento cardiovascular e inflamación. Estudios immunohistoquímcios revelaron un incremento en la expresión ET-1 en vasculatura y miocardiocitos infectados con Trypanosoma cruzi. La variabilidad en las manifestaciones clínicas y de pronóstico en pacientes chagásicos, condujo a postular que durante la evolución de la enfermedad se pondrían en marcha diferentes mecanismos de acción celular que responderían acorde a la información genética de cada individuo. Nos propusimos estudiar el polimorfismo +138/ex1ins/delA del exón 1 del gen de ET-1 en población chagásica. Se analizaron habitantes de la localidad de La Posta, situada en zona endémica para Enfermedad de Chagas de la Provincia de Córdoba, e individuos sanos de área urbana fueron considerados controles. A los individuos serológicamente positivos para la enfermedad, el 42% de la población encuestada, se les practicó evaluación clínica general y cardiológica y extracción de sangre. Se detectaron 41% de individuos con alteraciones electrocardiográficas y/o ecocardiográficas. Se detectó parasitemia por PCR en el 31% de la población. El genotipo -4A/-4A se identificó en un 17% en los individuos chagásicos y un 26% en los controles, mientras que el genotipo -3A/-3A esta presente en un 65% de los chagásicos y un 22,5% de los controles. Se observa diferencia significativa en la frecuencia del alelo -3A/-3A entre los pacientes chagásicos (73%) La inserción de adeninas localizada en el extremo 5'-UTR del gen a 138 bp del sitio de inicio de la trascripción, corresponde a una variante genética que se asocia a hipertensión. El significado funcional de esta variante en la patofisiología de CCC no ha podido ser dilucida. Se continúa incrementando el tamaño de la muestra analizada

Acenocoumarol

sintrom

Sin trombos

CONFIANZA



Presentaciones:
Sintrom 1 mg. x 30 comprimidos
Sintrom 4 mg. x 20 comprimidos

Presentación: Acenocoumarol: tabletas de 1 y 4 mg. Indicaciones: Prevención y tratamiento de las enfermedades trombo embólicas. Dosis: Individual, adecuada al RIN (Rango Internacional Normalizado) y al tiempo de protrombina. La dosis inicial recomendada generalmente va de los 4 a los 12 mg en el primer día, 4 a 8 mg en el segundo día y una dosis de mantenimiento ajustada de acuerdo al valor del tiempo de Quick o el RIN. Contraindicaciones: Hipersensibilidad al Acenocoumarol y los derivados de los dicumarínicos, embarazo, falta de adherencia al tratamiento, condiciones en las cuales exista riesgo de hemorragias, como por ejemplo, diátesis hemorrágicas, discrasias sanguíneas hemorrágicas, pre y post operatorio de cirugía del SNC, ocular y operaciones que presenten un lecho quirúrgico amplio. Ulcera péptica, hemorragia digestiva, del tracto urogenital, del sistema respiratorio, cerebro vascular, pericarditis aguda y derrames pericárdicos. Endocarditis infecciosa, hipertensión arterial severa, insuficiencia hepática o renal severas. Fibrinolisis aumentada como se ve por ejemplo luego de cirugía pulmonar, prostática, uterina etc. Inyecciones intramusculares. Precauciones y advertencias: Tirotoxicosis, tumores, enfermedad renal, infecciones e inflamaciones, insuficiencia hepática, trastornos en la absorción gastrointestinal, insuficiencia cardiaca severa, trastornos en la función plaquetaria, angiografías, punción lumbar, cirugía menor, extracciones dentarias, lactancia, déficit de proteína C o proteína S, tratamiento concomitante con Allopurinol, Anabólicos, Andrógenos, Antiarrítmicos, Antibióticos, Ácido Clofibrico y sus derivados (fibratos), Disulfiram, Ácido Etacrínico, Glucagon, Cimetidina, derivados de los Imidazoles, Sulfonamidas, Co-trimoxazol, Sulfonilureas, Hormona Tiroidea, Sulfinpirazona, Sinvastatina, Tamoxifeno, Heparina, Ácido Salicílico y sus derivados, Fenilbutazona y otros derivados pirazolínicos, Aminogluteinida, Barbitúricos, Carbamazepina, Colestiramina, Griseofulvina, Anticonceptivos Orales, Rifampicina, Hidantoinas, derivados de las Sufonilureas. Consumo de grandes cantidades de alcohol. Reacciones adversas: Hemorragia, particularmente en el tracto gastrointestinal, cerebro, tracto urogenital, útero, hígado, vejiga y ojos. Muy raramente: insuficiencia hepática, necrosis hemorrágica de la piel asociada a un déficit congénito de proteína C o su co factor la proteína S y vasculitis. SS 12/1996.

Para mayor información consultar el prospecto del envase o al Departamento Médico de Novartis Argentina S.A.
Ramallo 1851 (C1429DUC), Buenos Aires
Tel.: (011) 4703-7000

NOVARTIS
CARDIOVASCULAR

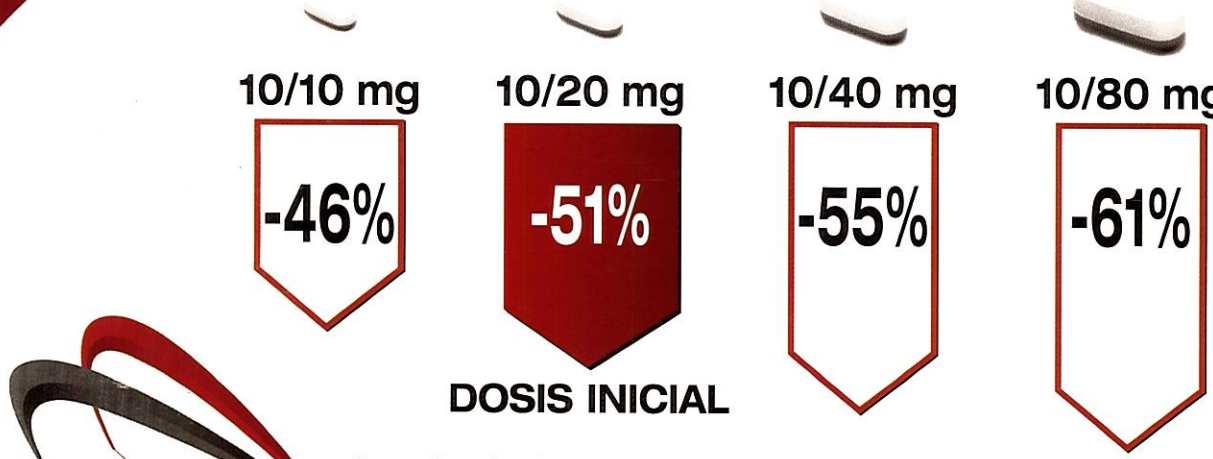
Potente eficacia a la dosis inicial con un buen perfil de seguridad y tolerabilidad

VYTORIN®

(ezetimibe/simvastatin)

Dosificación flexible

Porcentaje promedio de reducción del C-LDL desde el inicio sin tratamiento a la semana 12[1,*]



Adaptado de Goldberg y col.[1]

*Ver diseño del estudio al dorso

La dosis inicial que se recomienda habitualmente es de 10/20 mg/día

- El rango de dosis es 10/10 - 10/80 mg/día

— En los pacientes que requieren una reducción mayor del C-LDL (mayor del 55%), considerar iniciar con 10/40 mg/día

Antes de prescribir sírvase consultar la circular adjunta completa del producto.
®VYTORIN (ezetimibe / simvastatina) es marca registrada de MSP Singapore Company, LLC.



MSD

Para mayor información comuníquese con nuestro
CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE:
0800-4444-8376
o en **www.msd.com.ar**