XXXVII
Congreso Argentino de Cardiología

XIV CONGRESO ARGENTINO DE CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA
V ENCUENTRO TRASANDINO DE CARDIOLOGÍA
XII JORNADA RIOPLATENSE DE CARDIOLOGÍA
VII JORNADA ARGENTINO-BOLIVIANA
III JORNADA DEL CONSEJO ARGENTINO
DE RESIDENTES DE CARDIOLOGÍA (CONAREC)
XXIV JORNADAS CARDIOLÓGICAS PARA LA COMUNIDAD
XXVII JORNADA DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA
XXII JORNADA DE TÉCNICOS EN CARDIOLOGÍA
VII JORNADA DE CAPACITACIÓN PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA

2 al 4 de octubre de 2011
Hotel Sheraton
Buenos Aires - Argentina

SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

Indice

Carta de bienvenida 3

Autoridades 4

Invitados Especiales 7

Representantes de las Sociedades Nacionales y Regionales de Cardiología 8

Sesiones Conjuntas 9

Cursos 10

Información S.A.C. 11

Temas Libres Preferidos candidatos a premios 14

Ubicación de Salones y Sectores 17

Exposición Comercial 18

Agradecimientos a Empresas 24

Programa Científico 25

- Domingo 2 - Resumen del día 26
- Domingo 2 - Detalle de Actividades 27
- Lunes 3 - Resumen del día 36
- Lunes 3 - Detalle de Actividades 37
- Martes 4 - Resumen del día 48
- Martes 4 - Detalle de Actividades 49
- Jornada de Técnicos en Cardiología 59
- Jornada de Enfermería en Cardiología 60
- Jornada de Capacitación para Estudiantes de Medicina 61

Arbitros de Temas Libres 62

Trabajos Libres Orales 64

Trabajos Libres Orales: Resumen 81

Trabajos Libres Posters 114

Trabajos Libres Posters: Resumen 134

Indice de Autores 172

Indice de Participantes 180

Indice Temático 194

Carta de bienvenida

El Congreso Argentino de Cardiología nos volverá a reunir en uno de los eventos cardiológicos más importantes del año. Es sabido, que las actividades que se repiten corren el riesgo de tornarse monótonas y poco atrayentes. Por este motivo, nuestra Sociedad ha puesto un gran esfuerzo para incorporar nuevos formatos de sesiones y un temario actualizado para mantener vivo el interés de todos los que participamos. Se ha cuidado el alto nivel organizativo y científico que siempre han caracterizado nuestro Congreso pero con aportes que le otorgarán mayor dinamismo, incrementando las sesiones de controversias, la discusión de casos clínicos y las actividades interactivas para estimular la discusión de panelistas y auditorio.

La presentación de los temas libres es la oportunidad que disponen nuestros investigadores de mostrar sus resultados ante la comunidad médica. Es por eso que dispondrán de un horario central y en varias de las sesiones, un comentador hará una actualización del tema de la sesión que se sumará a la discusión habitual luego de cada presentación. La intención es otorgarle a la novedad científica un contenido integrador. En los posters electrónicos también participarán distinguidos comentadores.

Existen temas y herramientas de reconocida utilidad no son de fácil acceso para su lectura y aprendizaje. Para cubrir esa falencia se diseñaron algunos cursos breves como “Genética para el cardiólogo clínico”, “Utilización de buscadores bibliográficos de internet” y “Presentadores eficaces: oratoria y PowerPoint”.

También conocemos la preferencia de muchos colegas de seguir las sesiones dedicadas a algunos grandes temas cardiológicos como por ejemplo insuficiencia cardíaca, arritmias, coronariopatía o enfermedad valvular. Se evitará en lo posible la superposición horaria para las sesiones de una misma temática, para que el que lo desee, pueda enfocarse en su tema preferido.

Por primera vez, se podrá seguir el Congreso Argentino de Cardiología a través de internet. Las sesiones más importantes serán transmitidas en forma simultánea y en directo. Luego de su emisión se podrá acceder a las mismas durante varios meses. Es un avance tecnológico que permitirá que nuestro congreso pueda llegar a todo el país y al exterior con una excelente calidad de imagen y sonido.

Como es habitual, una nutrida y excelente delegación de invitados extranjeros participará en nuestro programa. Las sesiones con otras sociedades internacionales ocuparán un lugar destacado. Recibiremos una numerosa y prestigiosa delegación de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC en Argentina). Se realizarán sesiones conjuntas con el American College of Cardiology, la Sociedad Española de Cardiología, la Sociedad Interamericana de Cardiología, la Sociedad Sudamericana de Cardiología, el V Encuentro Trasandino, la XII Jornada Rioplatense, la VII Jornada Argentino-Boliviana y la sesión conjunta con la Sociedad Brasilera de Cardiología.

También compartiremos actividades con organismos oficiales como el Ministerio de Salud de la Nación y el INCUCAI que nos dará la posibilidad de debatir sobre algunos temas de políticas de salud.

Simultáneamente se desarrollará el XIV Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica que contará con un programa atractivo y con invitados de reconocido prestigio internacional.

Además, se ha destinado nuevamente un espacio específico para los cardiólogos en formación, las III Jornada del Consejo Argentino de Residentes de Cardiología, renovando nuestro compromiso con las nuevas generaciones de cardiólogos.

Por otra parte, los técnicos en prácticas cardiológicas y los enfermeros participarán activamente de la XXII Jornada de Técnicos en Cardiología y la XXVII Jornada de Enfermería en Cardiología, que les permitirá la actualización de sus conocimientos y el intercambio de opiniones con sus colegas.

La VII Jornada de Capacitación para Estudiantes de Medicina les brindará a los futuros médicos la posibilidad de vincularse con nuestra especialidad.

La Fundación Cardiológica Argentina, brazo comunitario de la SAC, ha planeado un nutrido programa de actividades y desarrollará las XXIV Jornadas Cardiológicas para la Comunidad.

La cardiología intervencionista tendrá su espacio en el marco de la actividad del TCT@CACI@SAC, al que además de las figuras nacionales se integrarán reconocidos especialistas extranjeros.

La ciudad de Buenos Aires con sus encantos ofrecerá un escenario ideal para esta reunión. Como siempre, el encuentro con colegas, el intercambio de opiniones y la discusión científica serán los condimentos que enriquecerán uno de los congresos de Cardiología que convoca mayor número de participantes en el mundo entero.

Los esperamos. ¡Sea parte de esta celebración del conocimiento y la camaradería!

Dr. César Belziti
Presidente
Comité Científico

Dr. Carlos Barrero
Presidente
Comité Organizador

Autoridades

XXXVII Congreso Argentino de Cardiología

Comité Organizador

Presidente	Dr. Carlos M. Barrero
Vicepresidente 1º	Dr. César Belziti
Vicepresidente 2º	Dr. Mario O. Martinenghi
Secretario	Dra. Ana María Salvati
Tesorero	Dr. Guillermo Fábregues
Pro secretario	Dr. Alejandro Hita
Pro tesorero	Dr. Claudio A. Militello
Vocales titulares	
1º	Dr. Roque A. Córdoba
2º	Dr. Pablo Stutzbach
3º	Dr. Jorge A. Lowenstein
4º	Dr. Hugo Barrionuevo
Vocales suplentes	
1º	Dr.Sebastián Saravia Toledo
2º	Dr. Adrián Charask
3º	Dr. Alberto A. Fernández
4º	Dr. Alejandro Sarríes

Comité Científico

Coordinador General	Dr. Alejandro Hershson
Secretario Científico	Dr. José L. Navarro Estrada
Secretario Técnico	Dr. Héctor Deschle
Vocales	Dr. Sergio Auger
	Dr. Diego Conde
	Dra. Claudia Cortes
	Dr. Floreal Cueto
	Dra. Mónica Diaz
	Dr. Pablo Ruda Vega

XIV Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica

Comité Organizador

Presidente	Dr. José Manuel Moltedo
Vicepresidente 1º	Dr. Alejandro Ithuralde
Vicepresidente 2º	Dr. Horacio Capelli
Secretario	Dr. Pablo Garcia Delucis
Tesorero	Dra. Nora Bueno
Prosecretario	Dr. Diego Esandi
Pro tesorero	Dra. Ana Schroh
Vocales	Dr. Horacio Faella
	Dr. Ernesto Juaneda
	Dr. Carlos Eduardo Alvarez
	Dr. Dora Haag
	Dra. Amalia Elizari
	Dra. Judith Ackerman
	Dra. Liliana Ferrin
	Dra. Mariela Mouratian

Comité Científico

Presidente	Dr. Alejandro Peirone
Secretario Científico	Dr. Christian Kreutzer
Secretario Técnico	Dra. Ana de Dios
Vocales	Dr. Luis Alday
	Dra. Angela Sardella
	Dr. Fernando Daghero
	Dra. Marisa Di Santo
	Dr.Germán Guglieri
	Dra. Isabel Zanotto
	Dr. Jorge Barreta
	Dr. Oscar Vagnola

XIII Jornadas Cardiológicas para La Comunidad

Presidente	Dr. Ricardo Iglesias
Vicepresidente 1º	Dr. Rodolfo Daniel La Greca
Vicepresidente 2º	Dr. Néstor Perez Baliño
Secretaria	Dra. Sandra P. Swieszkowski
Prosecretario	Dr. Roberto Peidro
Tesorero	Dr. Antonio Pocovi
Protesorero	Dr. Horacio Faella
Vocal 1º	Dra. Florencia Rolandi
Vocal 2º	Dr. Enrique Pautasso
Vocal 3º	Dr. Simón Salzberg
Vocal Suplente 1º	Dr. Sergio Auger
Vocal Suplente 2º	Dr. Eduardo Esteban
Vocal Suplente 3º	Dr. Adrián Lesano
Revisor de Cuentas	Lic. Daniel Nasimoff
Miembros Adscriptos	Dr. Federico Cintora Dr. Gabriel G. Persi Lic. Maria Emilia Mazzei Dr. José Spolidoro

XVI Jornada de Enfermería en Cardiología

Presidente	Lic. Gonzalo Martín Álvarez

XXII Jornadas de Técnicos en Cardiología

Presidente	TPC. Damián Longo

VII Jornadas de Capacitación para Estudiantes de Medicina

Presidente	Dr. Héctor Roiter

III Jornada Del Consejo Argentino de Residentes en Cardiología

Presidente	Dr. Gonzalo Perez

Autoridades

Directores de los Consejos Científicos

Dr. Alejandro Cherro
Dr. Hernán Cohen Arazi
Dra. Verónica D'Annunzio
Dra. Ana M. Susana De Dios
Dr. Alejandro Dario Deviggiano
Dra. Mónica Graciela Díaz
Dr. Alfredo O. D'Ortencio
Dr. Enrique Fairman
Dra. Luisa Giménez
Dr. José Luis González
Dr. Blas Bernardino Mancini
Dr. Andrés Héctor Mulassi
Dr. Pablo Fernando Oberti
Dr. Roberto M. Peidro
Dr. Diego Pérez de Arenaza
Dra. Sonia S. Traverso
Dr. Luis Carlos Sztejfman
Dra. María Cristina Zurrú

Presidentes de Distritos Regionales

Dr. Marcos E. Acuña
Dr. Atilio de Jesús Aguirre
Dra. Ana L. Barresi
Dr. Lucas Bauk
Dr. Bernardo J. Benitez
Dr. César D. Berenstein
Dr. Fausto F. Cerruti
Dr. Carlos J. Chaves
Dr. Pablo Courtade Iriarte
Dr. Fernando Delgado Del Águila
Dr. Alberto A. Díaz
Dr. Pablo J. Domínguez
Dr. Luis M. Fernández
Dr. Enrique A. Fischman
Dra. María I. Flores
Dr. Julio E. Fornes
Dr. Oscar G. Freile
Dra. Mónica G. Galli
Dr. Bladimir Gonzáles Ore
Dr. Sergio I. Hasson
Dr. Gastón Lanternier
Dr. Guillermo G. López
Dr. Eleno Martínez Aquino
Dr. Eduardo Moreyra (h)
Dr. Salvador Oriolo
Dra. Silvia P. Pantalena
Dra. Marisa L. Parola
Dr. Carlos E. Pedroza
Dr. Roberto A. Rodríguez
Dr. Juan J. Rousseau
Dr. Javier A. Sánchez
Dr. Néstor I. Singh
Dr. José A. Spolidoro
Dr. José L. Valero Lucero
Dr. Carlos A. Vallejo
Dr. Héctor Ventura
Dr. Jorge O. Tinetti

Invitados

Invitados especiales

Dr. Alexandre Abizaid – *Brasil*
Dr. Giuseppe Ambrosio – *Italia*
Dr. Eduardo Aptecar – *Francia*
Dr. Alejandro Barbagelatta – *EE.UU.*
Dra. Marcia Barbosa – *Brasil*
Dra. Daisy Cárdenas Ledezma – *Bolivia*
Dr. Oscar Carretero – *EE.UU.*
Dr. Ángel Cequier Fillat – *España*
Dr. Roberto Concepción – *Chile*
Dr. Alejandro Cuesta – *Uruguay*
Dr. Kenneth Cusi – *EE.UU.*
Dr. José Pedro Da Silva – *Brasil*
Dr. Pablo Díaz – *Uruguay*
Dr. Marcelo Di Carli – *EE.UU.*
Dr. Wistremundo Dones – *Puerto Rico*
Dr. Robert Frank - *Francia*
Dr. Roberto Ferrari – *Italia*
Dr. Mario González – *EE.UU.*
Dr. Rolando González Aldunate – *Chile*
Dra. Alejandra Guerchicoff – *EE.UU.*
Dr. Jorge Ilha Guimaraes – *Brasil*
Dr. Gerhard Hindricks – *Alemania*
Dr. Adnan Kastrati – *Alemania*
Dr. Michael Komajda – *Francia*
Dr. Washington Ricardo Macías Cornejo – *Ecuador*
Dr. Aldo Maggioni – *Italia*
Dr. Carlos Martínez Sánchez – *México*
Dra. Roxana Mehran – *EE.UU.*
Dra. Nedina Coromoto Méndez Amaya – *Venezuela*
Dr. Erich Minar – *Austria*
Dr. César Moris – *España*
Dr. Ruy Silveira Moraes Filho – *Brasil*
Dra. María Paniagua de Decoud – *Paraguay*
Dr. Julio Panza – *EE.UU.*
Dr. Manesh Patel – *EE.UU.*
Dr. Gustavo Pereda – *Uruguay*
Dr. Julián Pérez-Villacastín – *España*
Dr. Fausto José Pinto – *Portugal*
Dr. Christian Pizarro – *EE.UU.*
Dr. Andrew Redington – *EE.UU.*
Dr. Víctor Rojas Duré – *Paraguay*
Dr. Christopher Snyder – *EE.UU.*
Dr. Ricardo Stein – *Brasil*
Dr. Gregg W. Stone – *EE.UU.*
Dr. René Miguel Ugarte Fernández – *Bolivia*
Dr. Manuel Urina Triana – *Colombia*
Dr. Niraj Varma – *EE.UU.*
Dr. Héctor Ventura – *EE. UU.*
Dr. José Luis Vukasovic – *Chile*
Dr. Lars Wallentin – *Suecia*
Dra. Roberta Williams – *EE.UU.*
Dr. David Wood – *Reino Unido*
Dr. Seth J. Worley – *EE.UU.*
Dr. Evan Zahn – *EE.UU.*
Dr. William Zoghbi – *EE.UU.*
Dr. Mario Zubiate Talledo – *Perú*

Representantes

Representantes de las Sociedades Nacionales y Regionales de Cardiología

Sociedad Boliviana de Cardiología
Dr. René Miguel Ugarte Fernández

Sociedad Brasileña de Cardiología
Dr. Jorge Ilha Guimarães

Sociedad Chilena de Cardiología
Dr. Jose Luis Vukasovic R.

Sociedad Colombiana de Cardiología
Dr. Manuel Urina Triana

Sociedad Ecuatoriana de Cardiología
Dr. Washington Ricardo Macías Cornejo

Sociedad Mexicana de Cardiología
Dr. Carlos Martínez Sánchez

Sociedad Paraguaya de Cardiología
Dr. Victor Rojas Duré

Sociedad Peruana de Cardiología
Dr. Mario Zubiate Talledo

Sociedad Uruguaya de Cardiología
Dr. Alejandro Cuesta

Sociedad Venezolana de Cardiología
Dra. Nedina Coromoto Méndez Amaya

Sociedad Interamericana de Cardiología
Dr. Daniel Piñeiro

Sociedad Sudamericana de Cardiología
Dra. María Paniagua de Decoud

Sociedad Europea de Cardiología
Dr. Michael Komajda

Sociedad Española de Cardiología
Dr. Julián Pérez Villacastín
Dr. Angel Céquier Fillat

Sesiones Conjuntas

AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY
Miocardiopatía isquémica necrótica
Domingo 2/10 – 15:00 Hs. a 16:30 Hs. – Libertador B

ASOCIACIÓN ARGENTINA DE MEDICINA RESPIRATORIA
Hipertensión pulmonar no tromboembólica
Domingo 2/10 – 09:45 Hs. a 12:15 Hs. – Libertador C

FEDERACIÓN ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA
Revascularización miocárdica y patologías asociadas
Martes 4/10 – 16:45 Hs. a 18:15 Hs. – Retiro C

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CARDIOLÓGICAS
Ritmos biológicos en cardiología
Lunes 3/10 – 18:30 Hs. a 20.00 Hs. – Retiro C

INSTITUTO NACIONAL CENTRAL ÚNICO COORDINADOR DE ABLACIÓN E IMPLANTE (INCUCAI)
Células madre
Domingo 2/10 – 11:45 Hs. a 12.30 Hs. – Catalinas

SOCIEDAD INTERNACIONAL DE ADULTOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS
Martes 4/10 – 09:45 Hs. a 11:15 Hs. – Auditorio

FUNDACIÓN CARDIOLÓGICA ARGENTINA - MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN
Conocemos la prevalencia de los factores de riesgo vasculares en la Argentina. ¿Qué vamos a hacer?
Lunes 3/10 – 18:30 Hs. a 20:00 Hs. – Retiro A

FUNDACIÓN CARDIOLÓGICA ARGENTINA – PROGRAMA CORAZÓN Y MUJER
Controversias de género
Domingo 2/10 – 15:00 Hs. a 16:30 Hs. – Retiro C

SOCIEDAD ARGENTINA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA
Cardiopatías en el paciente mayor.
Domingo 2/10 - 16:45 Hs. a 18:15 Hs.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA
Infarto con supradesnivel: manejo en las primeras horas
Domingo 2/10 – 15.00 Hs. a 16.30 Hs. – Catalinas

SOCIEDAD INTERAMERICANA DE CARDIOLOGÍA
Enfermedad coronaria crónica 2011
Lunes 3/10 – 16:45 Hs. a 18:15 Hs. - Retiro B

SOCIEDAD SUDAMERICANA DE CARDIOLOGÍA
Insuficiencia Cardíaca 2011
Lunes 3/10 – 15:00 Hs. a 16:30 Hs. – Retiro B

TCT@CACI@SAC
Domingo 2/10 y Lunes 3/10 – La Pampa

SOCIEDAD BRASILEÑA DE CARDIOLOGÍA
El paciente valvular asintomático
Lunes 3/10 – 08:00 Hs. a 09:30 Hs. – Libertador B

V ENCUENTRO TRASANDINO DE CARDIOLOGÍA
Insuficiencia cardíaca. Biomarcadores y trastornos asociados
Lunes 3/10 – 08:00 Hs. a 09:30 Hs. – Retiro C

XXII JORNADA RIOPLATENSE DE CARDIOLOGÍA
Síndrome coronario estable
Martes 4/10 – 15.00 Hs. a 16:30 Hs. – Retiro C

VII JORNADA ARGENTINO-BOLIVIANA DE CARDIOLOGÍA
Epidemiología y terapéutica parasiticida
Lunes 3/10 – 08:00 Hs. a 09:30 Hs. – Martín Fierro

INTERNATIONAL ACADEMY OF CARDIOVASCULAR SCIENCIES
Fisiopatología de la hipertrofia e insuficiencia cardíaca
Lunes 3/10 – 18:30 Hs. a 20:00 Hs. – Auditorio

Cursos del Congreso Argentino de Cardiología

Junto a las sesiones tradicionales este año dispondremos de un menú de cursos que seguramente generarán gran interés en la comunidad cardiológica, actividades que aportan a la base de conocimientos que sería deseable que manejara un profesional.

Curso de genética para cardiólogos clínicos

El proyecto genoma humano: su contribución a la práctica médica.

Técnicas de biología y genética molecular: sus aplicaciones para el diagnóstico de enfermedades cardiovasculares.

Test genéticos: su impacto en el diagnóstico, pronóstico y terapéutica de distintas miocardiopatías y canalopatías, (hipertrófica, dilatada, etc) displasia arritmogénica del VD, miocardio no compacto, síndrome de Brugada, síndrome de QT largo y QT corto, taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica, fibrilación auricular.

Consejo genético: Cuándo y a quién es conveniente indicarle un test genético.

Medicina personalizada: Los fármacos diseñados "a medida" del genoma paciente: ¿realidad o ficción? Farmacogenética del clopidogrel y warfarina.

Se desarrollará en 3 módulos de 90 minutos: Domingo 2/10, Lunes 3/10 y Martes 4/10 de 15:00 a 16:30 hs. Cupos limitados e inscripción previa.

Curso de búsqueda de información en medicina

Se analizará la necesidad y sobrecarga de información en medicina, ventajas y desventajas de las distintas fuentes de información, revistas secundarias, revisiones sistemáticas, nuevos libros de texto, Internet. Bases de datos biomédicas: Pubmed y Lilacs. Resolución de ejemplos prácticos.

Lunes 3/10 de 09:45 a 12:30 hs. Cupos limitados e inscripción previa. Requisito: asistir con notebook o netbook propia.

Curso para presentadores eficaces

El objetivo es: Aportar herramientas para llegar al público en una forma atractiva, clara e impactante, basados en la convicción de que un buen presentador refuerza la capacidad de llegada de sus contenidos.
Se tratará sobre la calidad de las presentaciones (PowerPoint), sobre qué le pasa al auditorio ante determinados estímulos, y la capacidad del presentador para enfrentar al público sabiendo cómo manejar el pánico escénico.
Aprender a utilizar la voz y el cuerpo es fundamental para que una presentación sea exitosa.

Lunes 3/10 o Martes 4/10 de 13:00 a 14:30 hs. Inscripción previa por vacantes limitadas.

Curso de investigación clínica

De la idea al abstract: herramientas para diseñar un trabajo científico. La relevancia del objetivo, la representatividad de la población, análisis de subgrupos, sesgos y confundidores, estudios epidemiológicos bajo la lupa.

Leyendo artículos científicos con mirada crítica. La importancia de tener clara nuestra pregunta (objetivo e hipótesis), qué modelo de estudio elegir, caracterización de la población, nociones sobre cálculo de la muestra, nociones de tests estadísticos y concepto de regresión logística.

Se desarrollará en 3 módulos de 90 minutos: Domingo 2/10, Lunes 3/10 y Martes 4/10 de 16:45 a 18:15 hs. Requiere inscripción previa. Vacantes limitadas.

Los organizadores del Congreso no se harán cargo del extravío, robo, hurto o daño de los bienes personales de los asistentes al Congreso.
El uso de computadoras personales (notebooks, netbooks), cámaras fotográficas, celulares, etc., dentro de las instalaciones del Congreso quedan bajo la exclusiva responsabilidad de sus propietarios.

Información para Participantes

Declaración de conflictos de interés

En los principales congresos del mundo es costumbre que los expositores declaren sus posibles conflictos de interés vinculados con su disertación.
De acuerdo a una disposición aprobada por la Comisión Directiva de la SAC el 4 de mayo de 2004 se les solicita a todos los disertantes y conferencistas, que declaren en una diapositiva al comienzo de su exposición si poseen potenciales conflictos de interés en relación con el tema que van a tratar.

Los potenciales conflictos de interés son:
1. Ser empleado o asesor científico de empresas de la industria farmacéutica o de tecnología médica, directa o indirectamente.
2. Haber efectuado trabajos de investigación para esas empresas, o con su apoyo económico
3. Ser conferencista oficial de alguna de esas empresas
4. Haber recibido o planear recibir durante el corriente año becas para estudios o Congresos en el exterior del país de alguna de esas empresas.

Instructivo para el armado de Presentaciones

La confección de las dispositivas de multimedia, deben ser realizadas en POWER POINT por el disertante.

Recomendaciones técnicas

- Utilizar CD ROM o pen drive.
- Las Presentaciones en POWER POINT, pueden ser realizadas en Office 2000, XP, 2003 y 2007.
- Utilizar Fuentes (tipografía) standard.
- Si el material se cargo en “Macintosh”, debe ser pasado a formato PC. Este paso puede obviarse si el disertante trae su propia “Macintosh” con sus respectivos adaptadores, la cual se conectará directamente al Proyector LCD.
- En caso que la presentación contenga videos, estos deben ser cargados, en formato Windows Media (.avi, .wmv) .MPEG (.mpg, .mpeg, .mpe, .mpa, .m1v, .mp2, .mpv2, .mp2v)
- Los formatos de video DIVX, DVD, Real Player, VCD y Quick Time **no son compatibles** con el programa Microsoft Power Point, y solo corren fuera del mismo.
- En el caso que el formato elegido sea mpeg se recomienda que la pista de audio este en MPEG Layer II.
- Es imprescindible que el disertante haga probar previamente su material por nuestros técnicos o en la oficina receptora de material audiovisual del evento.

Nota:
El Comité Científico recomienda no utilizar computadoras personales portátiles y verificar la presentación en la oficina receptora de material audiovisual al menos 1 hora antes de la presentación.

El uso de computadoras personales por parte de los profesionales en sus disertaciones puede ocasionar diversos trastornos en el normal funcionamiento de la sala. Siendo el factor principal la demora que ocasiona el cambio de equipamiento.

Actividades organizadas por áreas SAC

Área de Docencia SAC

¿Debería ser la Residencia el único sistema formador de especialistas?
Lunes 3/10 – 13:00 Hs. a 14:30 Hs. – Retiro B

Carrera de Especialista en Cardiología. Presentación de trabajos seleccionados. Promoción 2009-2010.
Lunes 3/10 – 18:30 Hs. a 20:00 Hs. – Martín Fierro
Martes 4/10 – 16:45 Hs. a 18:15 Hs. – Martín Fierro

Área de Consensos y Normas

Consenso de Chagas y Consenso de Endocarditis.
Domingo 2/10 – 11:45 Hs. a 12:30 Hs. – Martín Fierro

Presentación de normas.
Domingo 2/10 – 16:45 Hs. a 18:15 Hs. – Retiro B

Consenso de Epidemiología y Prevención.
Lunes 3/10 – 15:00 Hs. a 16:30 Hs. – Libertador B

Área de Investigación

Presentación de la actividad científica.
Lunes 3/10 – 08:00 Hs. a 09:30 Hs. – Ombú

Área de Recertificación Profesional

Acto de entrega de diplomas.
Lunes 3/10 – 18:30 Hs. a 20:00 Hs. – Catalinas

Revista Argentina de Cardiología

Combatiendo el "burn out". Narrativa en cardiología.
Martes 4/10 – 09:45 Hs. a 11:15 Hs. – Martin Fierro

Ateneo PROSAC

Apneas del sueño y enfermedad cardiovascular.
Martes 4/10 – 09:45 Hs. a 11:15 Hs.– Catalinas

Consejos Científicos de la Sociedad Argentina de Cardiología que organizan Simposios

Aspectos psicosociales en cardiología
Aterosclerosis y trombosis "Prof. Dr. Pedro Cossio"
Cardiología clínica y terapéutica "Dr. Tiburcio Padilla"
Cardiología nuclear
Cardiología pediátrica y cardiopatías congénitas del adulto "Dr. Rodolfo Kreutzer"
Cirugía cardíaca "Dr. René Favaloro"
Enfermedad de Chagas "Dr. Salvador Mazza"
Ecocardiografía y Doppler cardíaco "Dr. Oscar Orías"
Electrocardiografía, electrofisiología, arritmias y marcapasos "Dr. Antonio Battro"
Emergencias cardiovasculares "Dr. Rafael Bullrich"
Epidemiología y prevención cardiovascular "Dr. Mario Ciruzzi"
Ergometría y rehabilitación cardiovascular "Dr. José Menna"
Hemodinamia y cardiología intervencionista "Dr. Isaac Berconsky"
Hipertensión arterial "Dr. Eduardo Braun Menéndez"
Investigación básica "Dr. Bernardo Houssay"
Stroke
Insuficiencia cardíaca
Tomografía y resonancia magnética cardiovascular

Recertificación Profesional

El XXXVII Congreso Argentino de Cardiología y sus actividades satélites son consideradas como un medio importante de educación médica continua. Por tal motivo hemos iniciado en 1996 las pruebas de autoevaluación en base a preguntas generadas en las actividades desarrolladas en el Congreso. El creciente interés por dicha evaluación y su significación han motivado el incremento de los créditos otorgados a la misma.

La acreditación establecida es la siguiente:

1.	Concurrencia al Congreso	50 créditos
2.	Autoevaluación	75 créditos
3.	Cursos Pre Congreso	10 créditos

Para ser válidos los puntos 2 y 3 debe concurrir al Congreso (punto 1), de tal manera el Congreso y sus actividades satélites posibilitan la obtención de 135 créditos para su recertificación.

Debe considerarse que para recertificar se requieren 1000 créditos cada 5 años o sea un promedio de 200 créditos anuales. Por lo tanto puede obtenerse más del 60% de los créditos necesarios completando el resto con otras actividades de educación médica continua que brinda la SAC, ya sea presencial o a distancia.

Acto de entrega de Diplomas de Recertificación Profesional

Se llevará a cabo el día lunes 3 de octubre a las 18:30 horas en el salón Catalinas del Hotel Sheraton Buenos Aires.

Premios

Temas Libres Preferidos candidatos al
Premio 37º Congreso Argentino de Cardiología

JURADO	*Presidente*	Dr. Carlos Barrero
	Miembros Titulares	Dr. Marcelo Elizari - Dr. Arturo Cagide
	Miembros Suplentes	Dr. Sergio Varini - Dr. Hugo Grancelli

"TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA LEVE Y AVANZADA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS"
MIRIUKA Santiago Gabriel; GIORGI Mariano Anibal; METTINI Silvana; POGGIO Rosana; CAROLI Christian; COHEN ARAZI Hernón. (*)

"RESULTADOS DE LA EXTRACCIÓN ENDOVASCULAR DE CATÉTERES DE MARCAPASOS Y CARDIODEFIBRILADORES, REALIZADO POR ELECTROFISIÓLOGOS."
DE ZULOAGA Claudio; SPERANZA Ricardo; PEREZ MAYO Osvaldo; COSTA Gustavo; ALFIE Alberto; STEFANI Amalia; MONTERO Hugo; ROBY Marcelo. (*)

"ROL DEL INDICE ALBUMINA/CREATININA EN LA ESTRATIFICACION DEL RIESGO DE EVENTOS A 6 MESES EN SINDROMES CORONARIOS AGUDOS"
HIGA Claudio César; NOVO Fedor; CIAMBRONE Graciana; DONATO Maria Sol; GAMBARTE Jimena; RIZZO Natalia; NOGUES Ignacio; KOROLOV Eugenio; CATALANO María Paula; COMIGNANI Pablo (*).

"RESULTADOS DEL REGISTRO NACIONAL DE FIBRILACIÓN Y ALETEO AURICULAR (RENAFA)"
DI TOMMASO Fernando Ariel; FITZ MAURICE Mario; MANFREDI Carlos; ROSALES Armando; GONZALEZ Enzo; GONZALEZ ORE Bladimir; CERRUTI Fausto; IGLESIAS Ricardo Mario.

"CIRUGÍA DE ROSS: 15 AÑOS DE EXPERIENCIA."
ESCARAIN María Carolina; BOZOVICH Gerardo Edgar; SALVATORI Carolina; FAVALORO Roberto Rene.(*)

(*) Trabajos que optan al Premio 37º Congreso Argentino de Cardiología

Temas Libres Preferidos
25º Aniversario de la entrega del Premio Fundación Dr. Pedro Cossio

JURADO	*Presidente*	Dr. Pedro Cossio
	Miembros Titulares	Dr. Osvaldo Masoli - Dr. Álvaro Sosa Liprandi
	Miembros Suplentes	Dr. Néstor Pérez Baliño - Dr. Jorge Lerman

"PREVALENCIA DE HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA: IMPORTANCIA DEL DOSAJE DE HORMONAS TIROIDEAS EN ESTE GRUPO DE PACIENTES."
FILIPINI Eduardo Carlos; PERESSOTTI Bruno; CORDERO Diego; DAK Marcelo,CORTEZ QUIROGA Gustavo; ÁNGEL Adriana; DELGADO Jorge; CUROTTO GRASIOSI Jorge. (*)

"EVALUACION DEL DOLOR PRECORDIAL EN PACIENTES CON SINDROME X MEDIANTE TRACTOGRAFIA POR RESONANCIA MAGNETICA"
OCHOA Juan; RIZNYK Laura M.; SCIARRESI Esteban Andres; GARATE Maria Laura; PRINCICH Juan Pablo; BINAGHI Daniela, GURFINKEL Enrique Pablo. (*)

"RELACION DEL EFECTO ANTIAGREGANTE DE ASPIRINA Y EL RECUENTO PLAQUETARIO. POSIBLES IMPLICANCIAS EN LA DOSIFICACION"
COHEN ARAZI Hernán; CARNEVALINI Mariana; FALCONI Estela; OVEJERO Rodrigo; GIORGI Mariano; CAROLI Christian; NOJEK Carlos; BADIMON Juan José. (*)

"MOTIVOS DE INGRESO, PROCEDIMIENTOS, EVOLUCION Y TERAPEUTICAS AL ALTA DE 54000 PACIENTES INGRESADOS A UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULARES EN ARGENTINA. 6 AÑOS DEL REGISTRO EPICARDIO."
GAGLIARDI Juan; DE ABREU Maximiliano; MARIANI Javier; SILBERSTEIN Mario Alejandro; DE SAGASTIZABAL Daniel; SALZBERG Simón; DOVAL Hernán; TAJER Carlos. (*)

"RELACION ENTRE LOS PATRONES DE VIABILIDAD MIOCÁRDICA, EL FLUJO MIOCÁRDICO Y LA ANATOMIA CORONARIA EN PACIENTES CON DISFUNCION VENTRICULAR IZQUIERDA, VALORADO MEDIANTE TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES INTEGRADA CON TOMOGRAFÍA COMPUTADA MULTIDETECTOR"
ARAMAYO G. Natalia; OSORIO Amílcar; GERONAZZO Ricardo; NAMIAS Mauro; CAMPISI Roxana (*)

(*) Trabajos que optan al Premio Fundación Cossio

Temas libres preferidos candidatos
Premio Rodolfo Kreutzer al mejor trabajo en cardiología pediátrica

JURADO Dr. Luis Alday - Dra. Ana De Dios - Dr. Guillermo Kreutzer

"BY PASS TOTAL VENTRÍCULO DERECHO: COMPLICACIONES Y SOBREVIDA A MEDIANO PLAZO "
LAFUENTE, Maria Victoria; DI SANTO, Marisa; MOURATIAN, Mariela; VILLALBA, Claudia; SCIEGATA, Alberto; SAAD, Ariel; ALONSO, José; LAURA, Juan Pablo; CAPELLI, Horacio (*)

"SEGUIMIENTO DE 134 PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PATRÓN DE WOLFF PARKINSON WHITE: HISTORIA NATURAL E INTERVENCIÓN MÉDICA"
STEFANI, Amalia Noemí; DAL FABBRO, Gabriela R; BOSALEH, María J; VAZQUEZ, Roberth; COSTA, Gustavo A; SPERANZA, Ricardo; GENTILE, Jorge L; DE ZULOAGA, Claudio (*)

"CARDIODESFIBRILADORES IMPLANTABLES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. CAUSAS DE CHOQUES Y MUERTES"
GALIZIO, Néstor Oscar; ROBLES, Federico; PALAZZO, Alejandro; CARNERO, Guillermo; ALBANO, Félix; GONZALEZ, José Luis; MEDESANI, Luis; GARGANO, Agustina (*)

"TAQUICARDIA ECTÓPICA DE LA UNIÓN AV (JET) CONGÉNITA. PRESENTACIÓN CLÍNICA, RESPUESTA AL TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN ALEJADA."
SCIEGATA, Alberto M; LAFUENTE, María Victoria; FABRIS, Juan P; IRMAN, Julieta; SANGUINO LOBO, Roy; VILLALBA, Claudia M; CAPELLI, Horacio (*)

(*) Trabajos que optan al Premio Rodolfo Kreutzer

Temas Libres candidatos al
Premio Dr. Oscar Orías al mejor trabajo en ecocardiografía

JURADO		
	Presidente	Dr. Ricardo Migliore
	Miembros Titulares	Dr. Carlos Killinger - Dr. Rolando Brunoldi
	Miembros Suplentes	Dr. María E. Adaniya - Dr. Rubén Álvarez

"VALOR AGREGADO DEL ECO ESTRÉS CON EJERCICIO EN LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA ASINTOMÁTICA Y ERGOMETRÍA NORMAL"
SCIARRESI, Esteban Andres | MARTINENGHI, Nicolás Mario | FILIPUZZI, Juan Manuel | SALVATORI, Carolina | ROURA, Pablo | BUSTAMANTE LABARTA, Miguel | FAVALORO, Roberto

"VALORES ECOCARDIOGRÁFICOS NORMALES EN JÓVENES DEPORTISTAS"
GANTESTI, Jessica Anabel | CULACIATI, Guillermina | SANCHEZ LUCEROS, Diego | GINGINS, Mauro | FERNANDEZ, Mario | RIOS, Cecilia | DEVIGGIANO, Alejandro | DESCHLE, Hector Alfredo

"EL GRADO DE REDUCCIÓN DE LA RESERVA CORONARIA ES LA LLAVE PRONÓSTICA DEL ECOESTRÉS FARMACOLÓGICO"
CANIGGIA, Cristian Carlos | LOWENSTEIN HABER, Diego Maximiliano | GARCIA, Alicia | AMOR, Miguel | CASSO, Norberto | PORLEY, Carlos | ZAMBRANA, Gustavo | LOWENSTEIN, Jorge Alfredo

"DINÁMICA DEL TRACTO DE SALIDA VENTRICULAR IZQUIERDO DURANTE EL CICLO CARDIACO EVALUADA CON ECOCARDIOGRAFÍA TRIDIMENSIONAL"
FALCONI, Mariano Luis | FUNES, Diego | ARIAS, Aníbal | BAGNATI, Rodrigo | JAIMOVICH, Guillermo | GIACOMINI, Mauro | OBERTI, Pablo | CAGIDE, Arturo

"SPECKLE TRACKING EN LA DETECCIÓN PRECOZ DEL COMPROMISO MIOCÁRDICO EN LA ENFERMEDAD DE FABRY"
SACCHERI, Maria Cristina | CIANCIULLI, Tomás Francisco | MARAMBIO, Gerardo Manuel | LAX, Jorge Alberto | QUIROZ, María Cristina | CACERES, Guillermo Luis | MORITA, Luis Alberto | GAGLIARDI, Juan Alberto

"NUEVO METODO PARA CALCULAR EL ACOPLAMIENTO VENTRICULO ARTERIAL SIN EVALUAR ELASTANCIAS"
OLANO, Ricardo Daniel | BARATTA, Sergio | CHEJTMAN, Damián | GONZALEZ, Sergio | INSERRA, Felipe | FORCADA, Pedro | KOTLIAR, Carol | HITA, Alejandro

"EVALUACIÓN DE PERFORMANCE, FUNCIÓN SISTÓLICA Y CONTRACTILIDAD Y SU RELACIÓN CON MARCADORES DE DAÑO MIOCÁRDICO EN PACIENTES CON SEPSIS SEVERA Y SHOCK SÉPTICO "
BARATTA, Sergio Juan | CHEJTMAN, Demián | ESCARDO, Juan Pablo | COSENZA, Sebastián | BERNARDEZ, Diego | PRATESI, Pablo | HITA, Alejandro

Temas Libres candidatos al
Premio Dr. Eduardo Braun Menéndez al mejor trabajo en investigación clínica en hipertensión arterial

JURADO
Dr. Marcos Marín
Dr. Pablo Rodríguez
Dr. Claudio Majul

El premio al mejor trabajo en hipertensión arterial clínica ha sido declarado desierto por el Jurado

Temas Libres candidatos al
Premio Dr. Eduardo Braun Menéndez al mejor trabajo en investigación básica de la hipertensión arterial

JURADO
Dra. Ana Puyo
Dr. Agustín Ramírez
Dra. Irene Ennis

"EFECTOS DEL PÉPTIDO NATRIURÉTICO TIPO C SOBRE LA REACTIVIDAD VASCULAR EN LA HIPERTENSIÓN. PARTICIPACIÓN DEL SISTEMA DEL ÓXIDO NÍTRICO"
CANIFFI, Carolina | CERNIELLO, Flavia Micaela | MENDES GARRIDO, Facundo | SUAREZ DI SALVO, Daiana | SUIERO, Laura | WENK, Gretel | ARRANZ, Cristina | COSTA, María Angeles

"REDUCCIÓN DE LA VARIABILIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL CON BLOQUEANTES BETA ADRENÉRGICOS DE TERCERA GENERACIÓN"
HOCHT, Christian | BERTERA, Facundo | CHIAPPETTA, Diego | POLIZIO, Ariel | BUONTEMPO, Fabián | TAIRA, Carlos

"RESPUESTA VASCULAR AL TRATAMIENTO CRÓNICO CON PÉPTIDO NATRIURÉTICO ATRIAL EN RATAS ESPONTÁNEAMENTE HIPERTENSAS"
BOUCHET, Gonzalo | ROMERO, Mariana | SAVIGNANO, Lucía | CANIFFI, Carolina | ELESGARAY, Rosana | MAC LAUGHLIN, Myriam | ARRANZ, Cristina | COSTA, María de Los Ángeles

"EFECTO HIPOTENSOR DEL SULFURO DE HIDRÓGENO EN EL MODELO DE VARIABILIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL POR DESNERVACIÓN AÓRTICA"
MERCADE, Juan Manuel | LUCERO, Matías | BERTERA, Facundo | HÖCHT, Christian | POLIZIO, Ariel H. | TAIRA, Carlos A.

Ubicación

Salones Actividad Científica

AUDITORIO	Planta Baja
CATALINAS	1er. Piso
PAMPA	1er. Piso
LIBERTADOR B Y C	1er. Piso
RETIRO A, B Y C	1er. Piso
GÓMEZ LOSADA	2do. Piso
MARTÍN FIERRO I Y II	2do. Piso
OMBÚ I Y II	2do. Piso
PONCHO	2do. Piso
RÍO DE LA PLATA	2do. Piso
ÁGUILA	24º Piso

Exposición Comercial

FOYER CATALINAS PAMPA	1er Piso
GOLDEN HORN	1er. Piso
ANTIGUO FOYER	1er. Piso
LIBERTADOR A	1er. Piso
NUEVO FOYER	1er. Piso
FOYER Y SALÓN SAN TELMO	Planta Baja
FOYER Y SALÓN SAN ISIDRO	1er. Subsuelo

Centro de Informes — 1er. Piso

Puestos de orientación

Ingreso por San Martín	Planta Baja
Ingreso por Além	Planta Baja
Nuevo Foyer	1er. Piso

Salón Disertantes — Salón San Telmo

Acreditaciones para Disertantes
Entrega de Portafolios para Disertantes

Oficina entrega POWER POINT — Salón San Telmo

Presentación de e-POSTERS — Salón San Telmo

Sala de Reuniones SAC — Salón San Telmo

Sala ESC — Salón San Telmo

Sala de Reuniones Internacional — Salón San Telmo

Secretaría Científica y Técnica — Salón San Telmo

Acreditaciones — Salón San Isidro

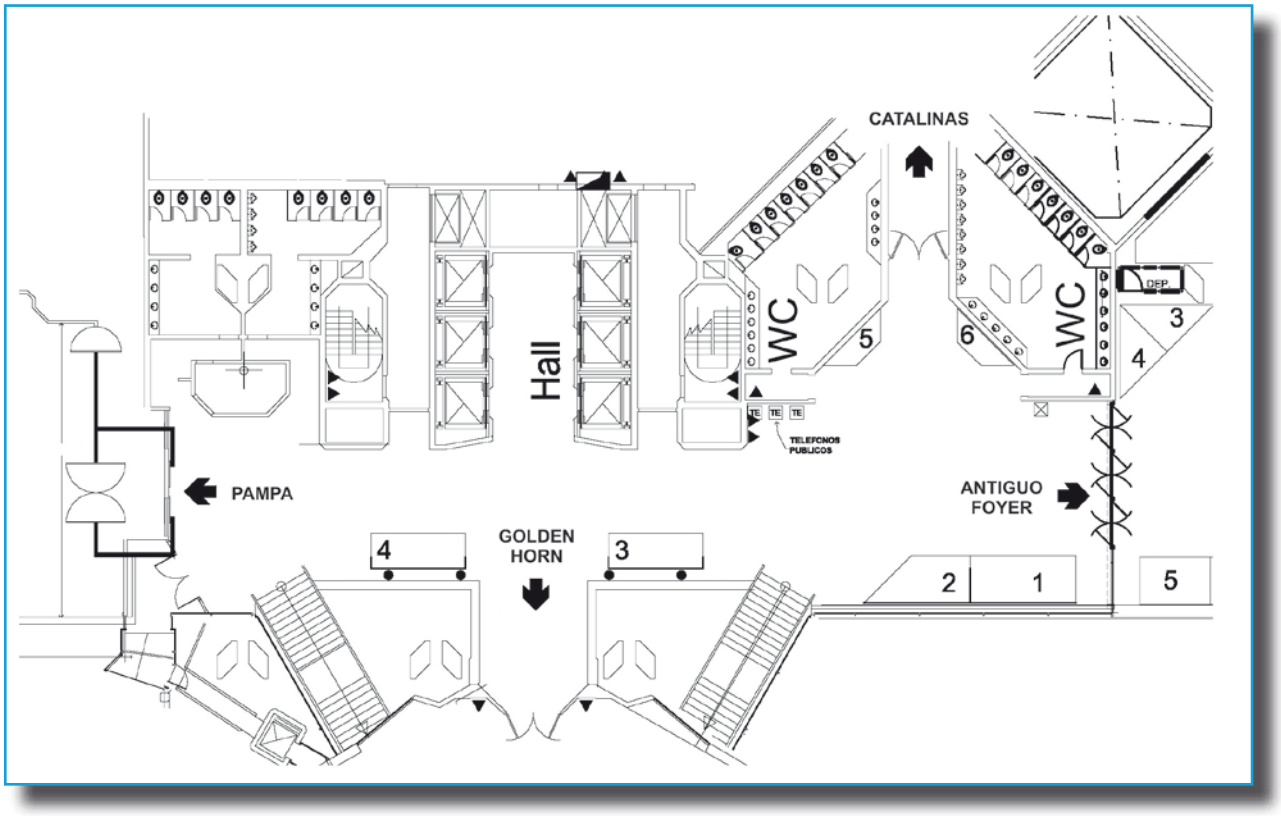
Oficina de Turismo y Prensa — Salón San Isidro

Entrega de Portafolios — Foyer San Isidro

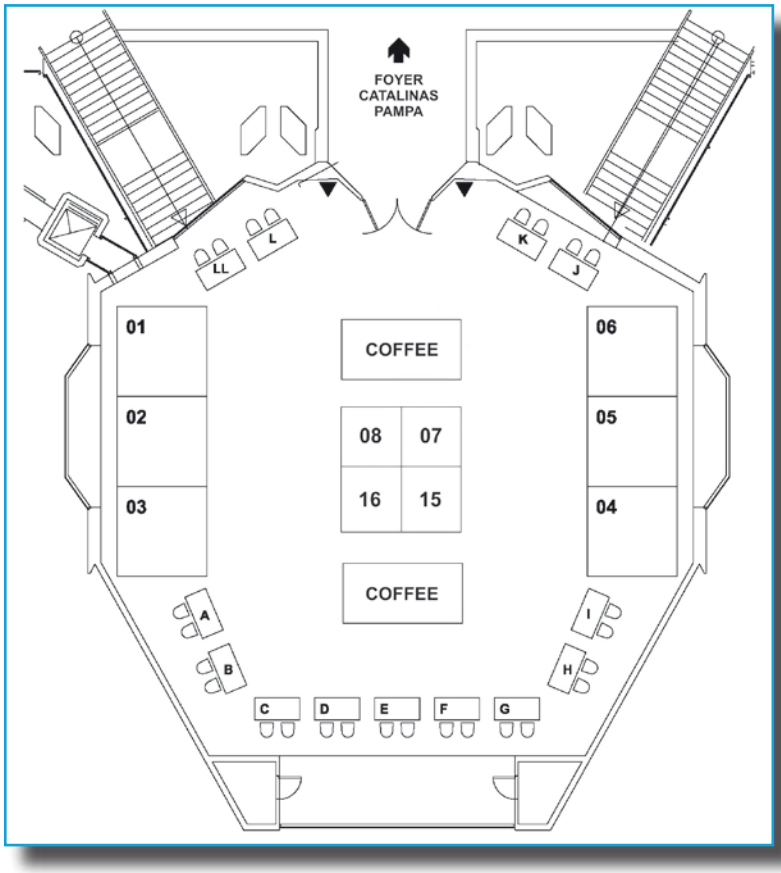
Exposición Comercial

FOYER CATALINAS PAMPA *(1er. Piso)*

1 - RAFFO 2 - M.S.D. 3 - BERNABO 4 - KLONAL 5 - CASASCO 6 - ELEA



GOLDEN HORN (TCT@CACI@SAC) *(1er. Piso)*



01 - MICROMEDICAL
02 - PHILIPS S.A.
03 - LABORATORIOS RAFFO S.A.
04 - CACI
05 - BOSTON SCIENTIFIC
06 - SIEMENS
07 - MEDTRONIC
08 - TECNOLOGY SRL
15 - MEDTRONIC
16 - UNIFARMA S.A. – TERUMO INTERVENCIONAL SYSTEMS
A - RAYOS X DINAN S.A.
C - ACHER ARGENTINA
D - EMECLAR S.A.
E - AEROMEDICAL S.A.
F - VSA ALTA COMPLEJIDAD S.A.
G - ELEA S.A.C.I.F.y A.
H - BIOTOSCANA
I - ADVENT GROUP S.A.
K - MEDITECH - SBE TECNOLOGÍA MÉDICA
LL - ANGIOCOR S.A.

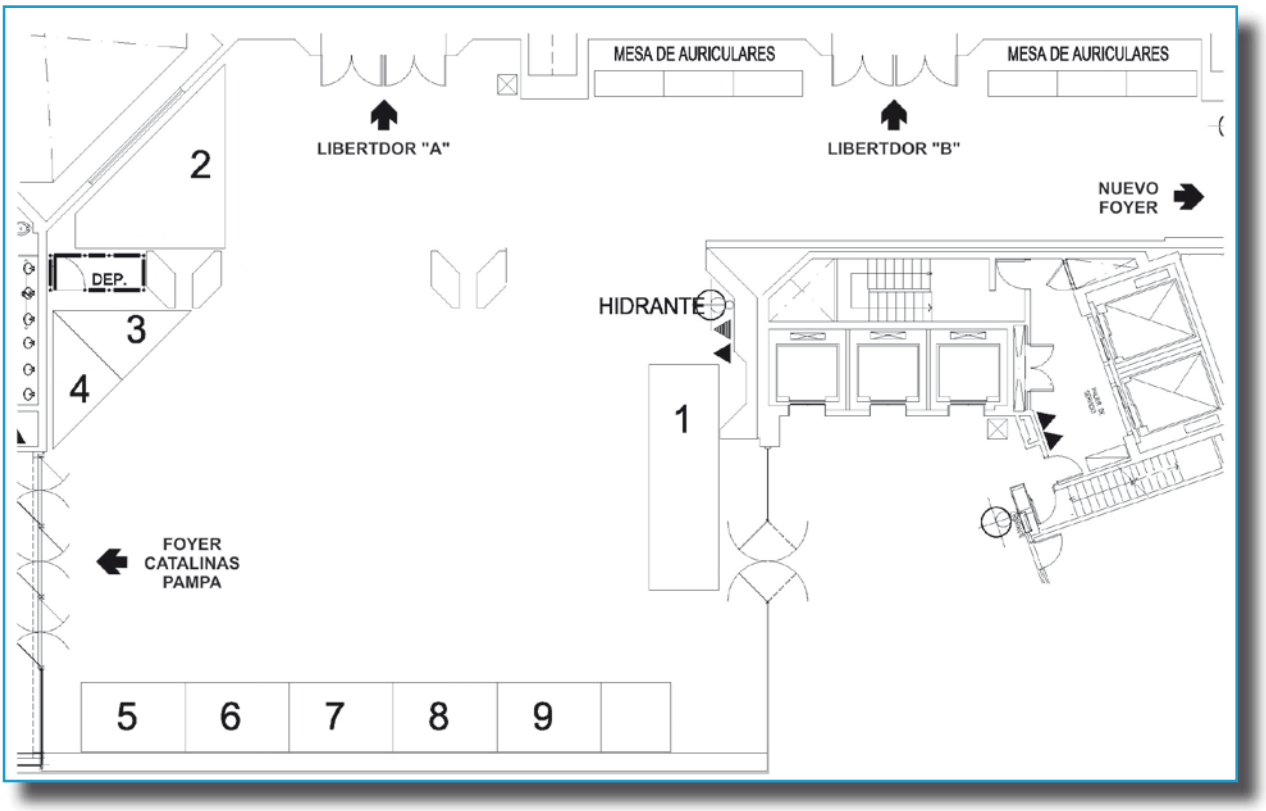
• SPONSOR:
ASTRAZENECA

• SPONSOR :
BIOSUD S.A. / ABBOTT VASCULAR

• SPONSOR:
CORDIS A JOHNSON & JOHNSON COMPANY

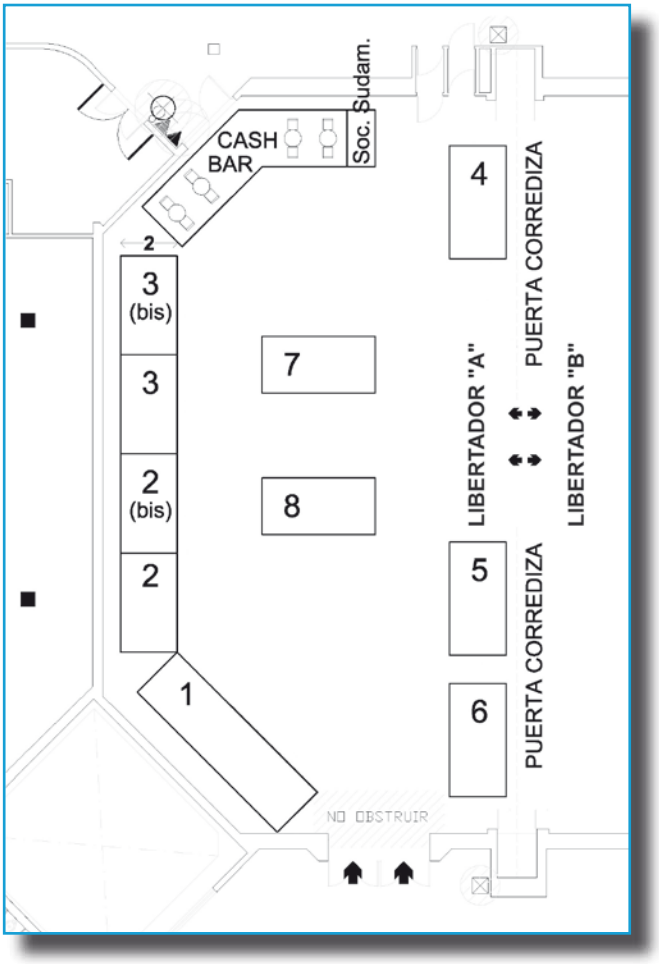
ANTIGUO FOYER *(1er. Piso)*

1 - GADOR
2 - BAYER
3 - GLACIAR
4 - GLACIAR
5 - MENARINI
6 - BAGO
7 - BAGO
8 - BAGO
9 - BAGO
COLUMNA - PFIZER



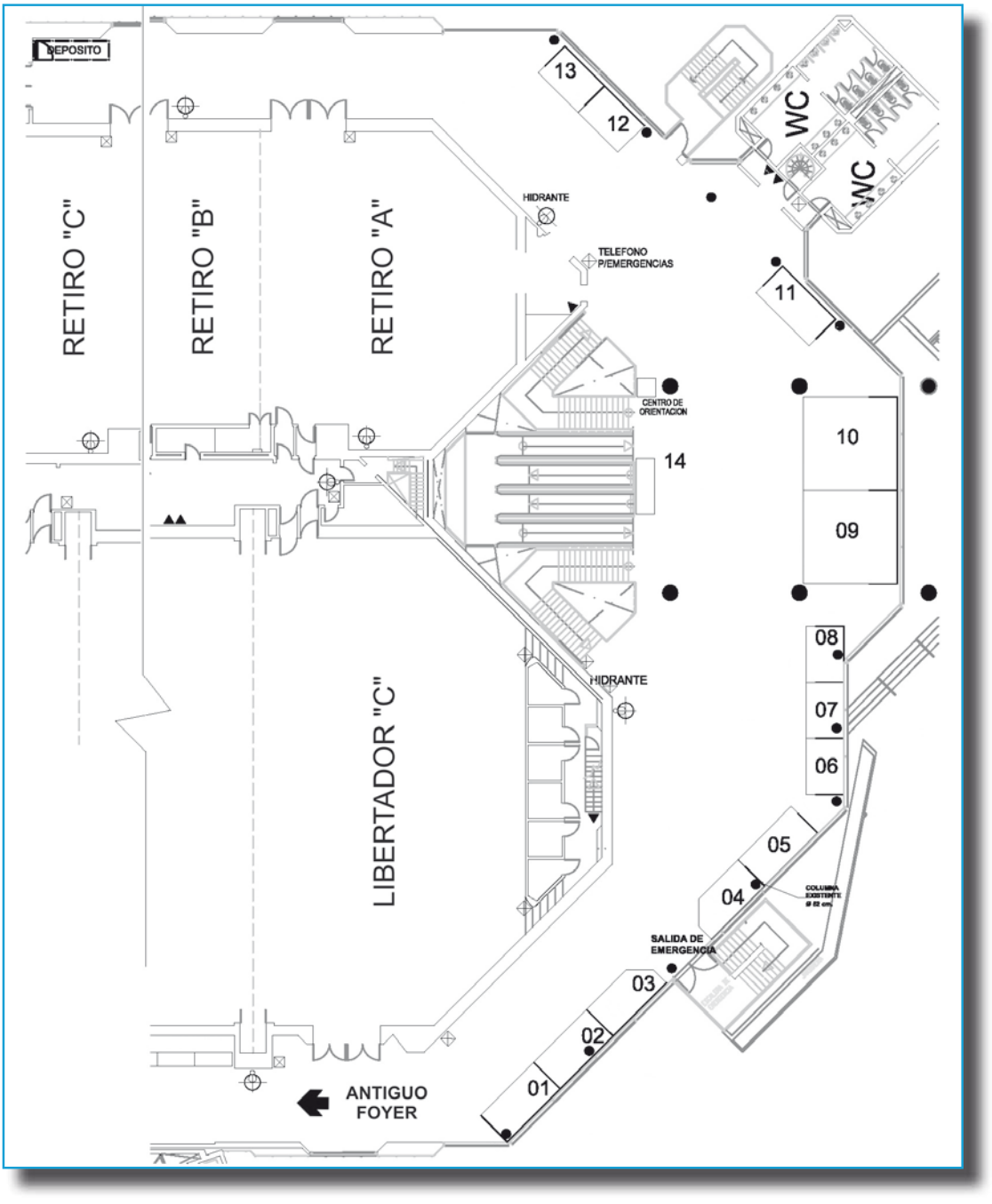
LIBERTADOR A *(1er. Piso)*

1 - DANONE
2 - DIAG. MAIPU
2 BIS - IVAX
3 - DIGIMED
3 BIS - INST. CARD. ROSARIO
4 - TERA-BIOTECNOLOGIA
5 - TECNOIMAGEN
6 - TECNOIMAGEN
7 - LEPETIT
8 - ABBOTT
9 - GRAMMATA



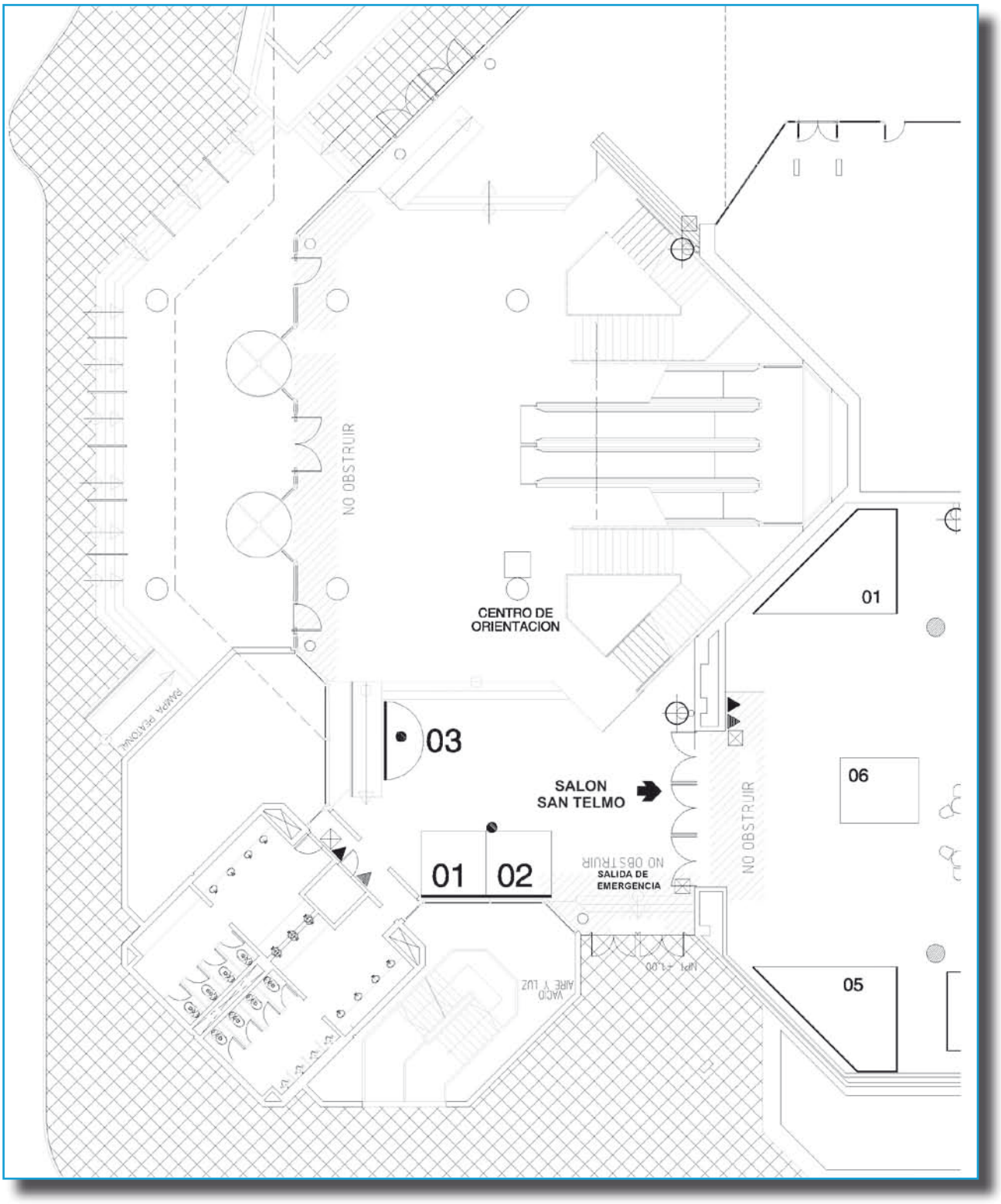
NUEVO FOYER *(1er. Piso)*

1 - ASTRAZENECA
2 - SIDUS
3 - SERVIER
4 - SANOFI
5 - SANOFI
6 - ROEMMERS
7 - ROEMMERS
8 - ROEMMERS
9 - PFIZER
10 - BOEHRINGER
11 - NOVARTIS
12 - BALIARDA
13 - DRIPLAN
14 - PHOENIX



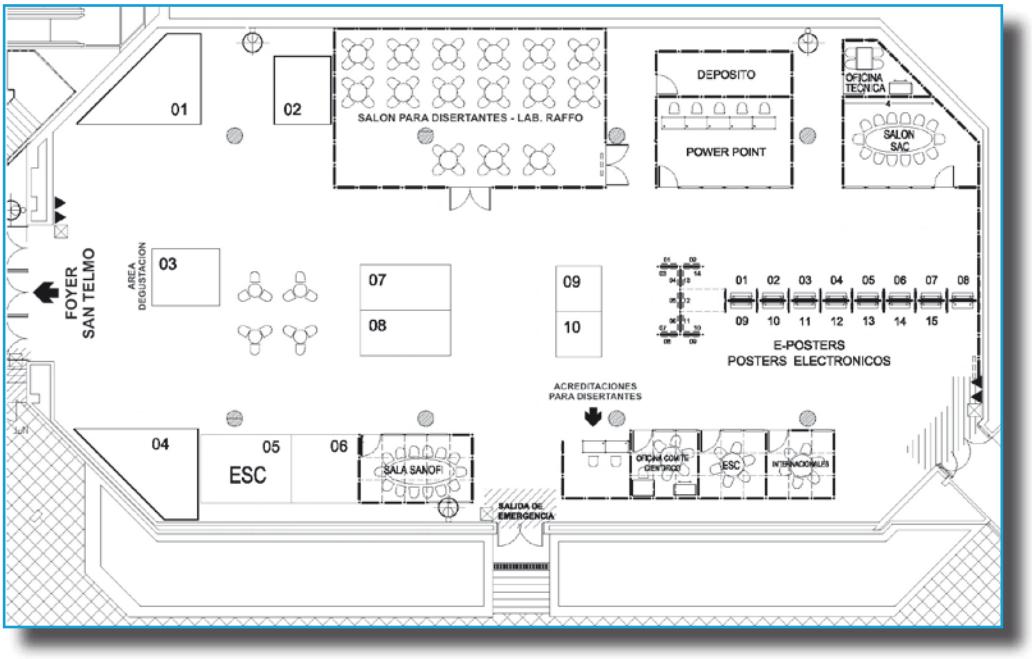
FOYER SAN TELMO *(Planta Baja)*

1 - SIEMENS
2 - SIEMENS
3 - NOVA ARGENTIA



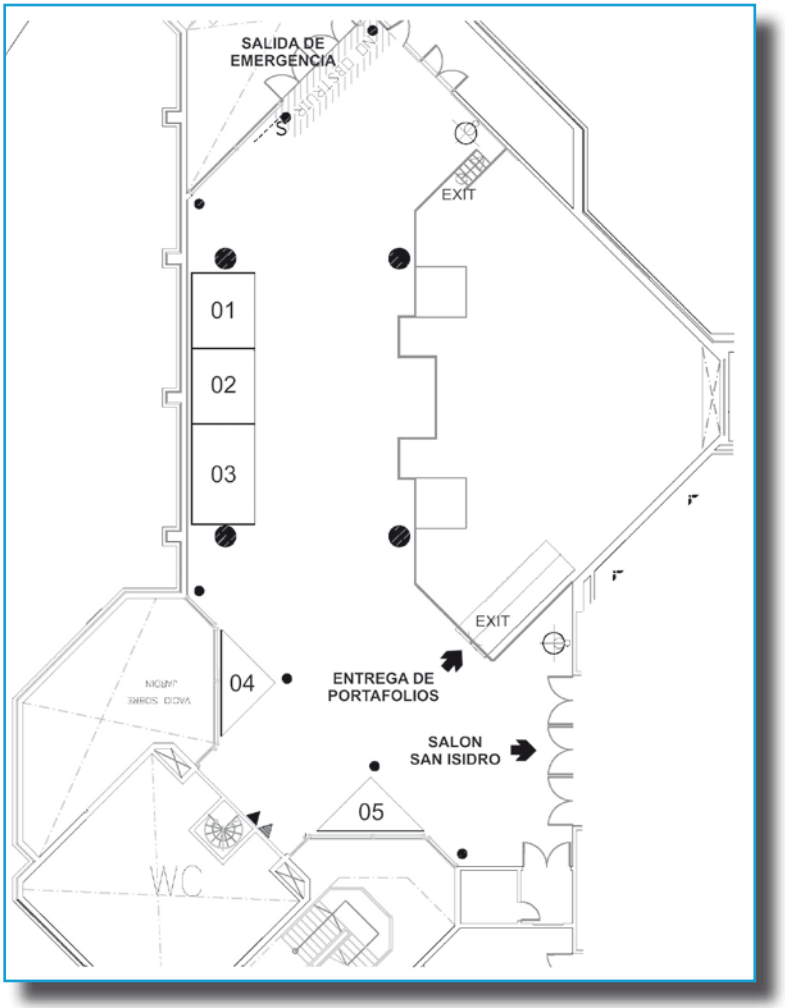
SAN TELMO *(Planta Baja)*

1 - LABORATORIO DR LAZAR
2 - EDITORIAL ATLANTE
3 - ALIMENTOS GENSER
4 - VORTERIX
5 - SOC. EUROPEA DE CARDIOLOGIA
6 - INVESTIGACIONES MEDICAS E INVESTIGACIONES VASCULARES
7 - APLICACIONES MEDICAS
8 - APLICACIONES MEDICAS
9 - GLACIAR
10 - EDITORIAL JOURNAL
• OFICINA POWER POINT
• E-POSTERS

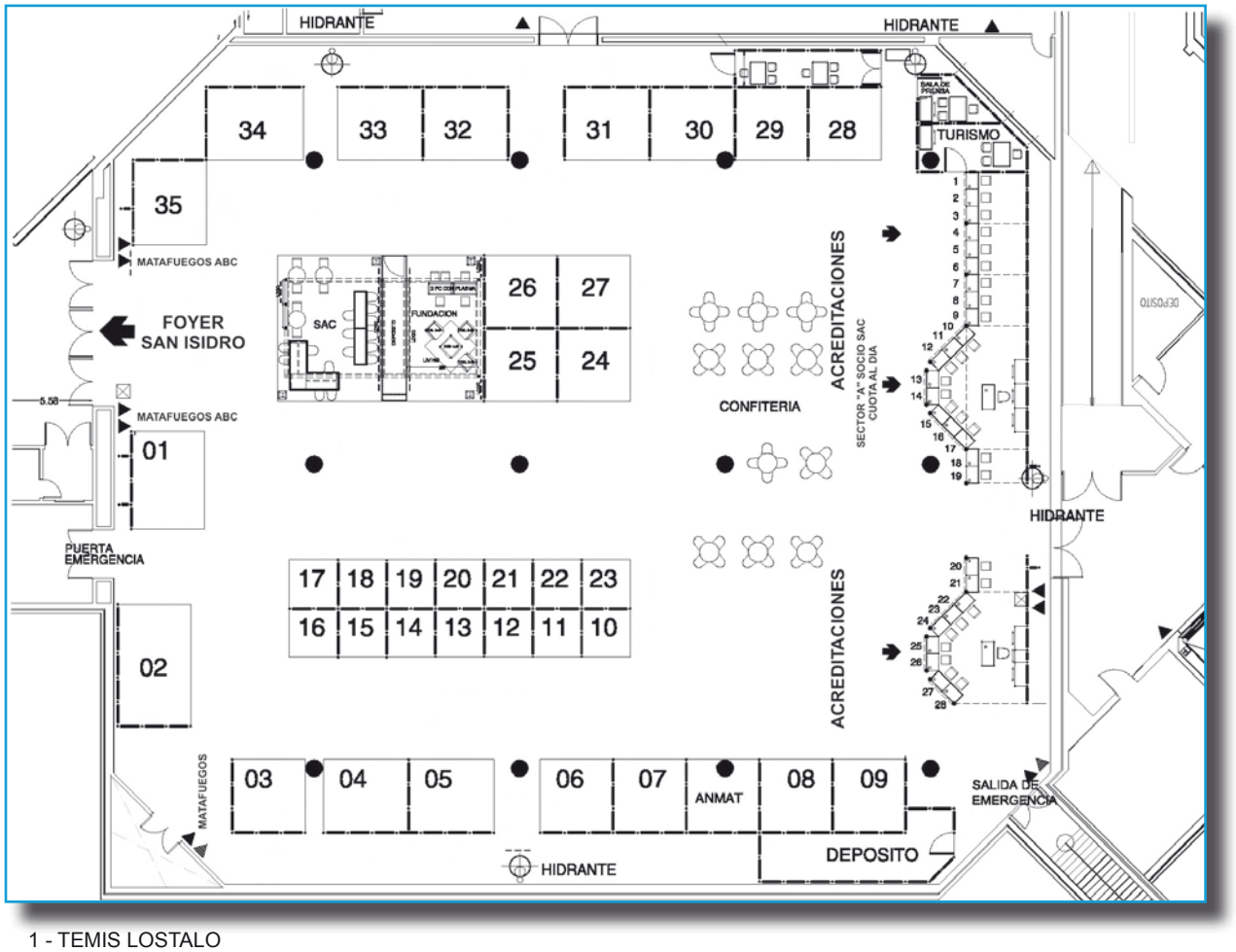


FOYER SAN ISIDRO *(1er. Subsuelo)*

1 - ELEA
2 - ELEA
3 - ELEA
4 - HOSPITAL ITALIANO
5 - ROUX OCEFA



SAN ISIDRO *(1er. Subsuelo)*



1 - TEMIS LOSTALO
2 - CARDIOTECNICA
4 - AGIMED
5 - GA.MA ITALY
6 - FEAS EQUIPAMIENTOS
7 - EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA
8 - ASAMED
9 - ASAMED
10 - EKOSUR
11 - GEDIC GESICA
12 - BIOLINKER
13 - JOTATEC
14 - AYUDA MEDICA
15 - EDITORIAL MEDITERRANEO
16 - UAI - UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
17 - FUND. CTRO DE DIAG. NUCLEAR
18 - JOTATEC
19 - JOTATEC
20 - JOTATEC
21 - EKOSUR
22 - EKOSUR
23 - EKOSUR
24 - GRIENSU
25 - DIAGNOSTICO MEDICO
26 - HOSPILAB
27 - ICBA
28 - BIOL
29 - HOSPITAL ALEMAN
30 - CARDIOPRINT
31 - THERAFARMA
32 - WELCH ALLYN
33 - LILIS
34 - VECSA
35 - TEMIS LOSTALO
• ANMAT

Agradecimientos

La Sociedad Argentina de Cardiología – TCT@CACI@SAC agradecen a las siguientes empresas que han contribuido a la realización del XXXVII Congreso Argentino de Cardiología a través de la organización de simposios, stands, patrocinios y productos de becas.

ACHER ARGENTINA
ADVENT GROUP S.A.
AEROMEDICAL S.A.
AGIMED SRL
ANGIOCOR S.A.
APLICACIONES MÉDICAS S.A.
ARGENTIA S.A.
ASOCIACION ARGENTINA DE MEDICAMENTOS (ASAMED)
ASTRAZENECA
AYUDA MÉDICA
BALIARDA S.A.
BAYER SCHERING PHARMA
BIOLINKER SA, una empresa del grupo ALERE
BIOSUD S.A. / ABBOTT VASCULAR
BIOTOSCANA
BOEHRINGER INGELHEIM
BOSTON SCIENTIFIC
C A C I
CARDIOPRINT
CARDIOTÉCNICA
CORDIS A JOHNSON & JOHNSON COMPANY
DANONE S.A.
DIAGNÓSTICO MAIPÚ
DIAGNÓSTICO MÉDICO
DIGIMED S. A.
DRIPLAN S. A.
ECOLAB SRL
EDITORIAL ATLANTE ARGENTINA S.A
EDITORIAL JOURNAL
EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA
EDITORIAL MEDITERRÁNEO ARGENTINA S. R. L.
EKOSUR S.A.
ELEA S.A.C.I.F.y A.
EMECLAR S.A.
ENERI-CLINICA SAGRADA FAMILIA
FEAS ELECTRÓNICA S.A.
GADOR S. A.
GA.MA ITALY
GEDIC
GLACIAR
GRAMMATA
GRIENSU S. A.
HOSPILAB S. A.
HOSPITAL ALEMÁN
HOSPITAL ITALIANO
I.C.R. INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE ROSARIO
ICBA-INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES
INVESTIGACIONES MEDICAS E INVESTIGACIONES VASCULARES
IVAX ARGENTINA S.A.
JOTATEC
LABORATORIO ABBOTT
LABORATORIO BAGÓ S. A.
LABORATORIO BERNABÓ S.A.
LABORATORIO BIOL
LABORATORIO CASASCO S.A.I.C.
LABORATORIO KLONAL S.R.L.
LABORATORIO LAZAR
LABORATORIO PHOENIX
LABORATORIO RAFFO S.A.
LABORATORIO ROEMMERS S.A.I.C.F.
LABORATORIO SERVIER ARGENTINA
LABORATORIO TEMIS LOSTALO
LEPETIT
LILIS S.A. INSTRUMENTAL MÉDICO
MEDITECH - SBE TECNOLOGÍA MÉDICA
MEDTRONIC
MENARINI ARGENTINA
MERCK SHARP & DOHME
MICROMEDICAL
NOVARTIS ARGENTINA
PFIZER S.R.L.
PHILIPS S.A.
RAYOS X DINAN S.A.
ROUX OCEFA S.A.
SANOFI - AVENTIS ARGENTINA S.A.
SIDUS S.A.
SIEMENS
SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGIA
TECNOIMAGEN - INTEC S.R.L.
TECNOLOGY SRL
TERA BIOTECNOLOGIA
THERAFARMA S.A.
TIMBO – GENSER
UAI-UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
UNIFARMA S.A. – TERUMO INTERVENCIONAL SYSTEMS
VECCSA – CARDIOVEX
VORTERIX
VSA ALTA COMPLEJIDAD S.A.
WELCH ALLYN

Los esperamos:

XXXVIII CONGRESO ARGENTINO DE CARDIOLOGIA
5 AL 7 DE OCTUBRE, 2012 - BUENOS AIRES - SHERATON HOTEL

XXIV CONGRESO INTERAMERICANO DE CARDIOLOGIA - XXXIX CONGRESO ARGENTINO DE CARDIOLOGIA
3 AL 6 DE OCTUBRE, 2013 - BUENOS AIRES - SHERATON HOTEL

Programa Científico

Domingo 2 *Resumen del día*

Inicio	Fin	Salón	Título
09:40	09:45	Auditorio	Apertura del XIV Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica
09:45	11:15	Auditorio	Temas Libres Preferidos candidatos al Premio "Rodolfo Kreutzer"
09:45	11:15	Catalinas	Hipertensión Arterial
09:45	11:15	La Pampa	TCT@CACI@SAC - Angina estable
09:45	11:15	Libertador B	Temas Libres Preferidos Premio 37º Congreso Argentino de Cardiología
09:45	11:15	Libertador C	Sesión conjunta SAC- Asociación Argentina de Medicina Respiratoria. Hipertensión pulmonar no tromboembólica
09:45	11:15	Martín Fierro I	Hipertensión pulmonar y tromboembolismo de pulmón
09:45	11:15	Martín Fierro II	Investigación básica
09:45	11:15	Ombú I	Cardiología clínica
09:45	11:15	Ombú II	Epidemiología y prevención
09:45	11:15	Poncho	Aterosclerosis, lípidos y diabetes
09:45	11:15	Retiro A	Sindromes coronarios agudos
09:45	11:15	Retiro B	Insuficiencia cardíaca
09:45	11:15	Retiro C	Válvulopatías
09:45	11:15	Río de La Plata	Imágenes I
11:45	12:30	Auditorio	Nuevas opciones de imágenes 3D en cateterismo intervencionista: angiografía rotacional. Un avance significativo
11:45	12:30	Catalinas	INCUCAI - Células madre
11:45	12:30	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Enfermedad del tronco de la coronaria izquierda
11:45	12:30	Libertador B	Evaluación de viabilidad miocárdica en pacientes con miocardiopatía isquémica
11:45	12:30	Libertador C	Fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca. ¿Un problema de difícil solución?
11:45	12:30	Martín Fierro	Área de Consensos - Consenso de Chagas y Consenso de Endocarditis Infecciosa. Actualización
11:45	12:30	Retiro A	Los tests evocadores previos a una cirugía no cardíaca son siempre necesarios
11:45	12:30	Retiro B	Ya es hora de reemplazar a los dicumarínicos
12:00	13:30	San Telmo	Sesión 1
13:00	14:30	Auditorio	Avances en hemodinamia intervencionista en cardiopatías congénitas
13:00	14:30	Catalinas	Simposio AstraZeneca. Sindromes Coronarios Agudos: Trasladando resultados de estudios clínicos a la práctica real
13:00	14:30	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Simposio St. Jude Medical/AGA Medical/Angiocor - Tratamiento integral de la fibrilación auricular
13:00	14:30	Libertador B	Simposio Merck Sharp & Dohme. Estudio SHARP: Nuevas evidencias en riesgo cardiovascular
13:00	14:30	Libertador C	Simposio Gador. El "ESCUCHATORIO" en la relación médico-paciente
13:00	14:30	Martín Fierro	Fundación Cardiológica Argentina - Reanimación cardiopulmonar.
13:00	14:30	Retiro A	Simposio Boehringer Ingelheim. Hipertensión arterial: ¿Hacia dónde vamos?
13:00	14:30	Retiro B	Simposio Servier. Asociar dos drogas: ¿sumar o multiplicar efectos? Perindopril/Amlodipina, Potencia y Protección en Hipertensión Arterial y Enfermedad Coronaria
13:00	14:30	Retiro C	Simposio ENERI. Neurocardiología vascular. Nuevos paradigmas en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad vascular
14:00	15:30	San Telmo	Sesión 2
15:00	16:30	Auditorio	Consejo de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Adulto
15:00	16:30	Catalinas	Sesión conjunta SAC - Sociedad Española de Cardiología. Infarto con supradesnivel del ST: manejo en las primeras horas
15:00	16:30	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Insuficiencia cardíaca de etiología isquémica
15:00	16:30	Libertador B	Sesión conjunta SAC - American College of Cardiology - Miocardiopatía isquémica necrótica
15:00	16:30	Libertador C	Estrategias de prevención de ACV en FA
15:00	16:30	Martín Fierro	Fundación Cardiológica Argentina - Ejercicio, salud y deportes
15:00	16:30	Retiro A	Miocardio no compactado: Diagnóstico y sobrediagnóstico
15:00	16:30	Retiro B	Actualidad del aneurisma de aorta abdominal
15:00	16:30	Retiro C	Sesión conjunta SAC - Fundación Cardiológica Argentina. Programa Corazón y Mujer. Controversias de género
15:00	16:30	Río de La Plata	Tromboembolismo pulmonar agudo
15:00	15:40	Ombú	Genética para el cardiólogo clínico. Módulo I: Conceptos básicos de genética humana
15:50	16:30	Ombú	Genética para el cardiólogo clínico. Módulo II: Introducción a las técnicas de biología y genética molecular
16:00	17:30	San Telmo	Sesión 3
16:45	18:15	Auditorio	Nuevas tecnologías e imágenes en cardiopatías congénitas
16:45	18:15	Catalinas	Insuficiencia mitral isquémica: una valvulopatía diferente
16:45	18:15	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Infarto agudo de miocardio
16:45	18:15	Libertador B	El agua y el sodio en la salud y en la enfermedad
16:45	18:15	Libertador C	Sesión conjunta SAC-Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría. Cardiopatías en el paciente mayor
16:45	18:15	Martín Fierro	Fundación Cardiológica Argentina - Abordaje multidisciplinario del paciente tabaquista. Casos clínicos. Discusión con expertos
16:45	18:15	Poncho	Miocardiopatía hipertrófica
16:45	18:15	Retiro A	Endocarditis
16:45	18:15	Retiro B	Área de Consenso - Presentación de normas
16:45	18:15	Retiro C	Manejo de las fuentes cardioembólicas
16:45	18:15	Río de La Plata	HTP tromboembólica crónica
16:45	17:30	Ombú	Taller de investigación. Módulo I - Leyendo artículos con mirada crítica
17:30	18:15	Ombú	Taller de investigación. Módulo I - De la idea al proyecto. Primeras herramientas para concretar su protocolo
18:30	20:00	Libertador B+C	Acto Inaugural y Conferencia de Apertura

Referencias:

Traducción Interactivo

Programa Científico

Auditorio	Actividad Societaria
	Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica
09:40 - 09:45	**Apertura del XIV Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica**
Presidente	Dr. MOLTEDO Jose Manuel (ARGENTINA)

Auditorio	Temas Libres
	Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica
	Cardiología Pediátrica
09:45 - 11:15	**Temas Libres Preferidos candidatos al Premio "Rodolfo Kreutzer"**
Jurado	Dr. ALDAY Luis Eduardo (ARGENTINA)
Jurado	Dra. DE DIOS Ana Maria Susana (ARGENTINA)
Jurado	Dr. KREUTZER Guillermo (ARGENTINA)

Catalinas	Temas Libres
	Hipertensión Arterial
09:45 - 11:15	**Hipertensión Arterial**
Presidente	Dr. INSERRA Felipe (ARGENTINA)
Comentador	Dr. ALFIE José (ARGENTINA)
Comentador	Dra. BASSO Nidia (ARGENTINA)
Comentador	Dr. MAJUL Claudio (ARGENTINA)

La Pampa	Simposio
09:45 - 11:15	**TCT@CACI@SAC - Angina estable**
Coordinador	Dra. MEHRAN Roxana (ESTADOS UNIDOS)
Coordinador	Dr. STONE Gregg (ARGENTINA)
09:45	**Tratamiento médico o angioplastia: El debate continúa**
Disertante	Dr. DOVAL Hernan C. (ARGENTINA)
10:00	**Revascularización miocárdica 2011: La angioplastia sigue siendo la mejor opción**
Disertante	Dr. RODRIGUEZ Alfredo (ARGENTINA)
10:15	**Decisiones en la sala de cateterismo. ¿La angiografía es suficiente? El estudio funcional con FFR**
Disertante	Dr. PALACIOS Alejandro (ARGENTINA)
10:30	**Cómo identificar pacientes estables de alto riesgo**
Disertante	Dra. MEHRAN Roxana (ESTADOS UNIDOS)
10:45	**Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista SAC**
Coordinador	Dr. CHAMBRE Dionisio (ARGENTINA)
Panelista	Dra. AYMAT Maria Rosa (ARGENTINA)
Panelista	Dr. LESCANO Adrian Jose (ARGENTINA)
Panelista	Dr. LINARES CASAS Juan Carlos (ARGENTINA)
Panelista	Dr. MIERES OJEDA Juan Ramon (ARGENTINA)
Panelista	Dr. SAMAJA Gustavo (ARGENTINA)

Libertador B	Temas Libres
	Cardiopatía Isquémica Crónica
09:45 - 11:15	**Temas Libres Preferidos Premio 37º Congreso Argentino de Cardiología**
Presidente	Dr. CARBAJALES Justo (ARGENTINA)
Comentador	Dr. BAZZINO Oscar (ARGENTINA)
Comentador	Dr. CHARASK Adrian Alberto (ARGENTINA)
Jurado	Dr. BARRERO Carlos Manuel (ARGENTINA)
Jurado	Dr. CAGIDE Arturo (ARGENTINA)
Jurado	Dr. ELIZARI Marcelo Victor (ARGENTINA)

Libertador C	Mesa Redonda
	Hipertensión Pulmonar y Tromboembolismo
09:45 - 11:15	**Sesión conjunta SAC- Asociación Argentina de Medicina Respiratoria. Hipertensión pulmonar no tromboembólica**
Coordinador	Dr. FREILE Oscar Gerardo (ARGENTINA)
Coordinador	Dr. MENGA Guillermo (ARGENTINA)
Coordinador	Dr. VULCANO Norberto O. (ARGENTINA)
09:45	**Clasificación y diagnóstico**
Disertante	Dra. TALAVERA Maria Lujan (ARGENTINA)
10:00	**HTP: EPOC y enfermedades intersticiales. ¿Cuál es la relevancia clínica?**
Disertante	Dr. ECHAZARRETA Andrés (ARGENTINA)
10:15	**HTP idiopática**
Disertante	Dr. OSSES Juan (ARGENTINA)
10:30	**HTP y disfunción ventricular izquierda: ¿Cuál es el tratamiento?**
Disertante	Dr. MARIANI Javier (ARGENTINA)

Martín Fierro I	Temas Libres
	Hipertensión Pulmonar y Tromboembolismo
09:45 - 11:15	**Hipertensión pulmonar y tromboembolismo de pulmón**
Presidente	Dr. VULCANO Norberto O. (ARGENTINA)
Comentador	Dr. AMUCHASTEGUI Marcos (ARGENTINA)
Comentador	Dr. GARCIA PINNA Jorge Fernando (ARGENTINA)
Comentador	Dra. PEREZ Sylvia Patricia Del Valle (ARGENTINA)

Martín Fierro II	Temas Libres
	Insuficiencia Cardíaca y Trasplante
09:45 - 11:15	**Investigación básica**
Presidente	Dr. CROTTOGINI Alberto José (ARGENTINA)
Comentador	Dr. GOMEZ LLAMBI Hernan (ARGENTINA)
Comentador	Dr. HOCHT Christian (ARGENTINA)
Comentador	Dr. VERA JANAVEL Gustavo (ARGENTINA)

Ombú I	Temas Libres
	Cardiología Clínica
09:45 - 11:15	**Cardiología clínica**
Presidente	Dr. CASABE Jose Horacio (ARGENTINA)
Comentador	Dra. ANTON Lilian Andrea (ARGENTINA)
Comentador	Dr. BALLESTER Alberto E (ARGENTINA)
Comentador	Dra. PAROLA Marisa Laura (ARGENTINA)

Ombú II	Temas Libres
	Prevención y Epidemiología Cardiovascular
09:45 - 11:15	**Epidemiología y prevención**
Presidente	Dr. SCHARGRODSKY Herman E. (ARGENTINA)
Comentador	Dr. FERNANDEZ Luis Maria (ARGENTINA)
Comentador	Dra. FRANCESIA Alejandra Nair (ARGENTINA)
Comentador	Dr. MULASSI Andres Hector (ARGENTINA)

Domingo 2

Poncho — Temas Libres

Aterosclerosis, Lípidos y Diabetes

09:45 - 11:15 **Aterosclerosis, lípidos y diabetes**

Presidente Dr. SOIFER Saul (ARGENTINA)

Comentador Dr. CARDENAS SANCHEZ Rolando Enrique (ARGENTINA)

Comentador Dr. CORTES Juan Ricardo (ARGENTINA)

Comentador Dr. D ORTENCIO Alfredo O. (ARGENTINA)

Retiro A — Temas Libres

Síndromes Isquémicos Agudos

09:45 - 11:15 **Sindromes coronarios agudos**

Presidente Dr. FUSELLI Juan Jose (ARGENTINA)

Comentador Dr. IAVICOLI Oscar R. (ARGENTINA)

Comentador Dr. PELICHE Fernando (ARGENTINA)

Comentador Dr. PEÑAFORT Gonzalo (ARGENTINA)

Retiro B — Temas Libres

Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

09:45 - 11:15 **Insuficiencia cardíaca**

Presidente Dr. BARISANI Jose Luis (ARGENTINA)

Comentador Dr. DONES Wistremundo (PUERTO RICO)

Comentador Dr. GONZALES ORÉ Bladimir Edilio (ARGENTINA)

Comentador Dr. SALOMONE Oscar Alejandro (ARGENTINA)

Retiro C — Temas Libres

Valvulopatías y Endocarditis

09:45 - 11:15 **Válvulopatías**

Presidente Dr. PIÑEIRO Daniel José (ARGENTINA)

Comentador Dr. BAUK Lucas (ARGENTINA)

Comentador Dr. CAMARDON Hugo Luciano (ARGENTINA)

Comentador Dr. FERREIRO Daniel Ernesto (ARGENTINA)

Río de La Plata — Temas Libres

Imágenes

09:45 - 11:15 **Imágenes I**

Presidente Dr. CRAGNOLINO Daniel Eduardo (ARGENTINA)

Comentador Dra. KUSCHNIR Paola (ARGENTINA)

Comentador Dr. PEREZ Roberto Daniel (ARGENTINA)

Comentador Dra. TRAVERSO Sonia S. (ARGENTINA)

Auditorio — Conferencia

Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica

11:45 - 12:30 **Nuevas opciones de imágenes 3D en cateterismo intervencionista: angiografía rotacional. Un avance significativo**

Presidente Dr. PEIRONE Alejandro Roman (ARGENTINA)

Conferencista Dr. ZAHN Evan (ESTADOS UNIDOS)

Catalinas — Conferencia Dr. Carlos Bertolasi

Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

11:45 - 12:30 **INCUCAI - Células madre**

Presidente Dr. HITA Alejandro (ARGENTINA)

Conferencista Dr. SEVLEVER Gustavo (ARGENTINA)

La Pampa — Simposio

11:45 - 12:30 **TCT@SAC@CACI - Enfermedad del tronco de la coronaria izquierda**

Coordinador Dr. CAGIDE Arturo (ARGENTINA)

Coordinador Dr. LEGUIZAMON Jorge Hugo (ARGENTINA)

11:45 **Introducción**

Disertante Dr. CAGIDE Arturo (ARGENTINA)

11:50 **Angioplastia o cirugía. Revisión de la evidencia. Ensayos clínicos actuales**

Disertante Dr. STONE Gregg (ARGENTINA)

12:00 **Visión del cirujano**

Disertante Dr. NAVIA Daniel Oscar (ARGENTINA)

12:15 **Visión del intervencionista**

Disertante Dr. KASTRATI Adnan (ALEMANIA)

12:25 **Conclusiones y direcciones futuras**

Disertante Dr. BATTELLINI Roberto Rafael (ARGENTINA)

Libertador B — Conferencia

11:45 - 12:30 **Evaluación de viabilidad miocárdica en pacientes con miocardiopatía isquémica**

Conferencista Dr. PANZA Julio (ESTADOS UNIDOS)

Libertador C — Conferencia

Insuficiencia Cardíaca y Trasplante - Cardiopatía Isquémica Crónica

11:45 - 12:30 **Fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca. ¿Un problema de difícil solución?**

Presidente Dr. ALDARIZ Antonio (ARGENTINA)

Conferencista Dr. GONZALEZ Mario (ESPAÑA)

Martín Fierro — Mesa Redonda

Valvulopatías y Endocarditis

11:45 - 12:30 **Área de Consensos - Consenso de Chagas y Consenso de Endocarditis Infecciosa. Actualización**

Coordinador Dr. DURONTO Ernesto Alfredo (ARGENTINA)

Coordinador Dr. FALCONI Mariano Luis (ARGENTINA)

11:45 **Consenso de endocarditis: Clínica**

Presentador Dr. VARINI Sergio D. (ARGENTINA)

11:52 **Aspectos infectológicos**

Presentador Dr. NACINOVICH Francisco (ARGENTINA)

11:59 **Cirugía**

Presentador Dr. CASABE Jose Horacio (ARGENTINA)

12:06 **Consenso de chagas: Chagas agudo**

Presentador Dr. LACUNZA Carlos Diego (ARGENTINA)

12:11 **Período crónico sin patología demostrable**

Presentador Dr. ACUÑA Luciano Raul (ARGENTINA)

12:16 **Arritmias en enfermedad de Chagas**

Presentador Dr. PESCE Ricardo (ARGENTINA)

12:21 **Insuficiencia cardíaca**

Presentador Dr. MITELMAN Jorge Eduardo (ARGENTINA)

Retiro A — **Controversia**

Cardiología Clínica

11:45 - 12:30 **Los tests evocadores previos a una cirugía no cardíaca son siempre necesarios**

Coordinador Dr. ESPER Ricardo Jorge (ARGENTINA)
Agonista Dr. KRAUSS Juan G. (ARGENTINA)
Antagonista Dr. MAYER Ruben Jose (ARGENTINA)

Retiro B — **Controversia**

Cardiología Clínica

11:45 - 12:30 **Ya es hora de reemplazar a los dicumarínicos**

Coordinador Dr. SINISI Victor Alfredo (ARGENTINA)
Agonista Dr. CASEY Marcelo Guillermo (ARGENTINA)
Antagonista Dr. TRIVI Marcelo Sergio (ARGENTINA)

San Telmo — **E-posters**

Arritmias

12:00 - 13:30 **Sesión 1**

12:00 **Pediatría I**
Presidente Dra. SARDELLA Angela (ARGENTINA)
Comentador Dr. LAZZARIN Omar Edgardo (ARGENTINA)
Comentador Dra. LOYARTE Adriana Beatriz (ARGENTINA)
Comentador Dra. SICURELLO Maria Irene (ARGENTINA)

12:00 **Arritmias I**
Presidente Dr. RODRIGUEZ Roberto Aurelio (ARGENTINA)
Comentador Dr. FONTANA Sergio Andres (ARGENTINA)
Comentador Dr. GINIGER Alberto Germán (ARGENTINA)
Comentador Dr. SANSALONE Rodolfo A. (ARGENTINA)

Auditorio — **Mesa Redonda**

Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica

Cardiología Pediátrica

13:00 - 14:30 **Avances en hemodinamia intervencionista en cardiopatías congénitas**

Coordinador Dr. GRANJA Miguel Angel (ARGENTINA)
Panelista Dr. ALONSO José (ARGENTINA)
Panelista Dra. FERRIN Liliana Maria (ARGENTINA)
Panelista Dr. TRENTACOSTE Luis (ARGENTINA)

13:00 **Selección de pacientes y resultados en tratamiento híbrido del síndrome de corazón izquierdo hipoplásico**
Disertante Dr. PIZARRO Christian (ESTADOS UNIDOS)

13:20 **Intervenciones realizadas a través de shunts: ¿Debemos seguir haciendo estos procedimientos en el laboratorio de hemodinamia?**
Disertante Dr. ZAHN Evan (ESTADOS UNIDOS)

13:40 **Con los dispositivos existentes en la actualidad: ¿En qué paciente debemos indicar el cierre percutáneo de una comunicación interventricular perimembranosa?**
Disertante Dr. FAELLA Horacio (ARGENTINA)

14:00 **Estado actual del implante percutáneo de válvula pulmonar: resultados y nuevas indicaciones**
Disertante Dr. ZAHN Evan (ESTADOS UNIDOS)

Catalinas — **Simposio de La Industria**

13:00 - 14:30 **Simposio AstraZeneca. Sindromes Coronarios Agudos: Trasladando resultados de estudios clínicos a la práctica real**

Coordinador Dr. PAOLASSO Ernesto (ARGENTINA)

13:00 **Introducción**
Disertante Dr. PAOLASSO Ernesto (ARGENTINA)

13:50 **PLATO: Implicancias en la práctica clínica**
Disertante Dr. WALLENTIN Lars (ESTADOS UNIDOS)

13:50 **Preguntas a los expertos**
Panelista Dr. CAGIDE Arturo (ARGENTINA)
Panelista Dr. FUSELLI Juan Jose (ARGENTINA)
Panelista Dr. TRIVI Marcelo Sergio (ARGENTINA)

14:20 **Conclusiones y cierre**
Disertante Dr. PAOLASSO Ernesto (ARGENTINA)

La Pampa — **Simposio de La Industria**

Arritmias

13:00 - 14:30 **TCT@SAC@CACI - Simposio St. Jude Medical/AGA Medical/Angiocor - Tratamiento integral de la fibrilación auricular**

Panelista Dr. FRANCO David Alejandro (ARGENTINA)
Panelista Dr. GUILLEN Raúl Horacio (ARGENTINA)
Panelista Dr. HIGA Claudio Cesar (ARGENTINA)
Panelista Dr. MAID Gustavo Fabian (ARGENTINA)
Panelista Dr. PALACIOS Alejandro (ARGENTINA)
Panelista Dr. VALDIVIESO CEDEÑO Leon (ARGENTINA)

13:00 **Nuevos medicamentos anticoagulantes para la prevención de los eventos cardioembólicos en pacientes con FA. Evidencia clínica, ventajas, desventajas, costos**
Disertante Dra. ARIS CANCELA Maria Esther (ARGENTINA)

13:20 **La ablación de venas pulmonares como tratamiento curativo/paliativo de la fibrilación auricular en pacientes con FA paroxística y persistente**
Disertante Dr. SCAZZUSO Fernando Adrian (ARGENTINA)

13:40 **Cierre percutáneo de la orejuela auricular izquierda para la prevención del stroke cardioembólico en pacientes con fibrilación auricular**
Disertante Dr. DAMONTE Anibal Agustin (ARGENTINA)

Libertador B — **Simposio de La Industria**

13:00 - 14:30 **Simposio Merck Sharp & Dohme. Estudio SHARP: Nuevas evidencias en riesgo cardiovascular**

Coordinador Dra. MARTINEZ VEGA Mónica (ARGENTINA)

13:00 **Actualización en lípidos con nuevas evidencias**
Disertante Dr. VILARIÑO Jorge Omar (ARGENTINA)

13:20 **Analizando el tratamiento de los lípidos con el Estudio SHARP**
Disertante Dr. SINIAWSKI Daniel Alberto (ARGENTINA)

13:40 **Qué hacemos hoy y qué haremos a partir de la nueva evidencia en el tratamiento de los lípidos**
Disertante Dr. REY Ricardo Horacio (ARGENTINA)

Domingo 2

Libertador C — **Simposio de La Industria**

Cardiología Intervencionista - Cardiopatía Isquémica Crónica

13:00 - 14:30 **Simposio Gador. El "ESCUCHATORIO" en la relación médico-paciente**

Disertante Dr. MAGLIO Francisco (ARGENTINA)

Martín Fierro — **Jornada**

Jornadas FCA

Arritmias

13:00 - 14:30 **Fundación Cardiológica Argentina - Reanimación cardiopulmonar.**

Coordinador Dra. SWIESZKOWSKI Sandra (ARGENTINA)

13:00 **Del ABC al CAB. 50 años después**

Disertante Sr. GELPI Fabian (ARGENTINA)

13:15 **Reanimación cardiopulmonar avanzada. Algoritmo circular y cuidados post paro cardíaco**

Disertante Dra. TAVELLA Margarita (ARGENTINA)

13:30 **¿Qué es calidad en RCP?**

Disertante Dr. PECORARO Carlos Alberto (ARGENTINA)

13:45 **Trabajo en equipo: Debreifing. Impacto en la sobrevida**

Disertante Dr. LOBO Lorenzo Martin (ARGENTINA)

Retiro A — **Simposio de La Industria**

13:00 - 14:30 **Simposio Boehringer Ingelheim. Hipertensión arterial: ¿Hacia dónde vamos?**

Coordinador Dr. SANCHEZ Ramiro (ARGENTINA)

13:00 **Metas antihipertensivas: ¿Cuáles? ¿En quiénes? ¿Por qué?**

Disertante Dr. SANCHEZ Ramiro (ARGENTINA)

13:20 **Factores pronósticos en el paciente hipertenso**

Disertante Dr. INSERRA Felipe (ARGENTINA)

13:40 **Avanzando hacia la meta. Papel actual de las combinaciones antihipertensivas**

Disertante Dr. RUILOPE Luis (ESPAÑA)

Retiro B — **Simposio de La Industria**

Hipertensión Arterial

13:00 - 14:30 **Simposio Servier. Asociar dos drogas: ¿sumar o multiplicar efectos? Perindopril/Amlodipina, Potencia y Protección en Hipertensión Arterial y Enfermedad Coronaria**

Coordinador Dr. LERMAN Jorge (ARGENTINA)

13:00 **Introducción**

Coordinador Dr. LERMAN Jorge (ARGENTINA)

13:10 **Marcando la diferencia en el tratamiento del paiente coronario**

Disertante Dr. TRIVI Marcelo Sergio (ARGENTINA)

13:35 **Potencia y Protección de la asociación fija. Perindopril/Amlodipina en pacientes hipertensos**

Disertante Dr. WAISMAN Gabriel Dario (ARGENTINA)

14:10 **Discusión con panel de expertos**

Panelista Dra. KOTLIAR LUBLIN Virginia Carol (ARGENTINA)

Panelista Dr. PISKORZ Daniel L. (ARGENTINA)

Panelista Dr. RODRIGUEZ Pablo Dario (ARGENTINA)

14:25 **Conclusiones**

Disertante Dr. LERMAN Jorge (ARGENTINA)

Retiro C — **Simposio de La Industria**

Cardiología Intervencionista

13:00 - 14:30 **Simposio ENERI. Neurocardiología vascular. Nuevos paradigmas en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad vascular**

Coordinador Dra. CERATTO Rosana (ARGENTINA)

Coordinador Dr. RODRIGUEZ GRANILLO Gaston Alfredo (ARGENTINA)

Director Dr. LYLYK Pedro (ARGENTINA)

Co-director Dr. INGINO Carlos A. (ARGENTINA)

Co-director Dr. VILA José Francisco

13:00 **Introducción**

Disertante Dr. ESPER Ricardo Jorge (ARGENTINA)

13:02 **El enfermo polivascular: Prioridades para elecciones de la mejor terapéutica de revascularización**

Disertante Dr. WAKHLOO Ajay K. (EE.UU)

13:32 **Nuevas opciones farmacológicas para el manejo de la enfermedad vascular según territorios**

Disertante Dr. INGINO Carlos A. (ARGENTINA)

13:47 **Importancia de la elección de las imágenes no invasivas en la toma de decisiones terapéuticas**

Disertante Dr. RODRIGUEZ GRANILLO Gaston Alfredo (ARGENTINA)

14:02 **Enfermedad cerebro-vascular: De la simulación computacional a la terapéutica endovascular**

Disertante Dr. LYLYK Pedro (ARGENTINA)

14:27 **Cierre**

Disertante Dr. VILA José Francisco

San Telmo — **E-posters**

Cardiopatía Isquémica Crónica

14:00 - 15:30 **Sesión 2**

14:00 **Cardiología intervencionista I**

Presidente Dr. ROUSSEAU Juan Jose (ARGENTINA)

Comentador Dr. BLUGUERMANN Julio Jorge (ARGENTINA)

Comentador Dr. CURA Fernando Adrian (ARGENTINA)

Comentador Dr. PEREZ BALIÑO Pablo Ernesto (ARGENTINA)

14:00 **Sindromes coronarios agudos I**

Presidente Dr. MARTINEZ AQUINO Eleno (ARGENTINA)

Comentador Dr. COHEN ARAZI Hernan (ARGENTINA)

Comentador Dr. COSTA Hector Alejandro (ARGENTINA)

Comentador Dra. MARTURANO Maria Pia (ARGENTINA)

Auditorio — **Simposio de Los Consejos**

Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica

Cardiología Pediátrica

15:00 - 16:30 **Consejo de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Adulto**

Coordinador Dr. DAMSKY BARBOSA Jesus M. (ARGENTINA)

Coordinador Dra. SCHROH Ana Myriam (ARGENTINA)

15:00 **¿Qué nos ha enseñado el Plan Nacional de Cardiopatías Congénitas (Plan Nacer)?**

Disertante Dra. VILLA Alejandra (ARGENTINA)

15:25 **Conquistas en el desarrollo de la cardiología pediátrica en Latinoamérica**

Disertante Dr. CAPELLI Horacio (ARGENTINA)

15:50 **¿Debemos tener un sistema de salud diseñado especialmente para pacientes con cardiopatías congénitas?**

Disertante Dra. WILLIAMS Roberta (ESTADOS UNIDOS)

Catalinas — Mesa Redonda

Síndromes Isquémicos Agudos

15:00 - 16:30 **Sesión conjunta SAC - Sociedad Española de Cardiología. Infarto con supradesnivel del ST: manejo en las primeras horas**

Coordinador Dr. CEQUIER FILLAT Angel (ESPAÑA)

Coordinador Dra. SALVATI Ana Maria (ARGENTINA)

15:00 **Tiempos de transferencia y métodos de reperfusión**

Disertante Dr. CEQUIER FILLAT Angel (ESPAÑA)

15:15 **Estrategias fármaco invasivas: ¿Qué drogas? ¿En qué momento?**

Disertante Dr. MAURO Victor Miguel (ARGENTINA)

15:30 **Tratamiento de las arritmias en el infarto agudo**

Disertante Dr. PEREZ-VILLACASTÍN Julián (ESPAÑA)

15:45 **Angioplastia post fibrinolíticos: ¿Sólo de rescate? ¿O de rutina?**

Disertante Dr. BETTINOTTI Marcelo O. (ARGENTINA)

La Pampa — Simposio

15:00 - 16:30 **TCT@SAC@CACI - Insuficiencia cardíaca de etiología isquémica**

Coordinador Dr. ALVAREZ Jose Amadeo Guillermo (ARGENTINA)

Coordinador Dr. PIÑEIRO Daniel José (ARGENTINA)

15:00 **Puesta al día del tratamiento médico y rehabilitación en pacientes con insuficiencia cardíaca**

Disertante Dr. MAGGIONI Aldo (ITALIA)

15:15 **Cirugía versus tratamiento médico: Resultados a 5 años del STICH**

Disertante Dr. FAVALORO Roberto Rene (ARGENTINA)

15:30 **Evidencia de la revascularización percutánea en paciente con severo deterioro de la función ventricular**

Disertante Dr. ABIZAID Alexandre (BRASIL)

15:45 **Insuficiencia mitral en la miocardiopatía dilatada. Resultados dela terapéutica endovascular**

Disertante Dr. STONE Gregg (ARGENTINA)

16:00 **Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista**

Coordinador Dr. BARBAGELATA Alejandro (ARGENTINA)

Panelista Dr. ALVAREZ Carlos Alejandro (ARGENTINA)

Panelista Dr. FAIRMAN Enrique (ARGENTINA)

Panelista Dr. GADDA Carlos (ARGENTINA)

Panelista Dr. SZEJNFELD Mario J. (ARGENTINA)

Panelista Dr. THIERER Jorge (ARGENTINA)

Libertador B — Mesa Redonda

15:00 - 16:30 **Sesión conjunta SAC - American College of Cardiology - Miocardiopatía isquémica necrótica**

Coordinador Dr. BARRERO Carlos Manuel (ARGENTINA)

Coordinador Dr. ZOGHBI William (ESTADOS UNIDOS)

15:00 **Valor de los métodos complementarios**

Disertante Dr. ZOGHBI William (ESTADOS UNIDOS)

15:15 **Reconstrucción quirúrgica en la miocardiopatía isquémica crónica**

Disertante Dr. PANZA Julio (ESTADOS UNIDOS)

15:30 **Alternativas quirúrgicas**

Disertante Dr. DOMENECH Alberto (ARGENTINA)

15:45 **¿Qué define la conducta: clínica, estudio funcional o anatomía?**

Disertante Dr. TAJER Carlos D. (ARGENTINA)

Libertador C — Mesa Redonda

Arritmias - Cardiología Clínica

15:00 - 16:30 **Estrategias de prevención de ACV en FA**

Coordinador Dr. CICARELLI Daniel Pablo (ARGENTINA)

Coordinador Dr. HUMPHREYS Juan Durnford (ARGENTINA)

15:00 **Nuevos scores**

Disertante Dr. FIGAL Julio Cesar (ARGENTINA)

15:15 **¿A quién solo antiagregantes?**

Disertante Dr. GAGLIARDI Juan Alberto (ARGENTINA)

15:30 **Viejos y nuevos antitrombínicos**

Disertante Dr. CAGIDE Arturo (ARGENTINA)

15:45 **Inhibidores del factor X orales**

Disertante Dr. DIAZ Rafael (ARGENTINA)

Martín Fierro — Jornada

Jornadas FCA

Cardiopatía Isquémica Crónica

15:00 - 16:30 **Fundación Cardiológica Argentina - Ejercicio, salud y deportes**

Coordinador Dr. PEIDRO Roberto Maximino (ARGENTINA)

Coordinador Dr. STEIN Ricardo (BRASIL)

15:00 **Vencer el sedentarismo: ¿Cómo hacemos para empezar?**

Disertante Dra. BRION BARREIRO Graciela Beatriz (ARGENTINA)

15:15 **El entrenamiento para los deportes recreativos: ¿Cómo, cuánto, dónde, con qué elementos?**

Disertante Dra. SANGENIS Patricia (ARGENTINA)

15:30 **Evaluaciones médicas antes de comenzar un deporte: "el famoso APTO"**

Disertante Dr. SILVEIRA MORAES FILHO Ruy (BRASIL)

15:45 **¿Son necesarios los "suplementos y vitaminas" para mejorar el rendimiento? Mitos y realidades**

Disertante Dr. MAURO Sergio Oscar (ARGENTINA)

Domingo 2

Ombú — **Curso**

Investigación Básica

15:00 - 15:40 **Genética para el cardiólogo clínico. Módulo I: Conceptos básicos de genética humana**

Coordinador Dr. SCIEGATA Alberto M. (ARGENTINA)

Disertante Dra. GUERCHICOFF Alejandra (ESTADOS UNIDOS)

15:00 **El proyecto genoma humano: su contribución a la práctica médica**

Disertante Dra. GUERCHICOFF Alejandra (ESTADOS UNIDOS)

15:15 **Mutación genética y "polimorfismos": qué significa detectar una mutación genética y cómo diferenciarla de una variación normal en la población**

Disertante Dra. GUERCHICOFF Alejandra (ESTADOS UNIDOS)

Cardiología Clínica

15:50 - 16:30 **Genética para el cardiólogo clínico. Módulo II: Introducción a las técnicas de biología y genética molecular**

Coordinador Dr. SCIEGATA Alberto M. (ARGENTINA)

15:50 **Aplicaciones para el diagnóstico de enfermedades cardiovasculares**

Disertante Dra. GUERCHICOFF Alejandra (ESTADOS UNIDOS)

16:05 **Cómo leer e interpretar publicaciones científicas de cardiología genética**

Disertante Dr. ONTIVEROS Gustavo Adolfo (ARGENTINA)

Retiro A — **Mesa Redonda**

Miocardiopatías

15:00 - 16:30 **Miocardio no compactado: Diagnóstico y sobrediagnóstico**

Coordinador Dr. DARU Victor D. (ARGENTINA)

Coordinador Dr. PEREZ DE LA HOZ Ricardo Alfredo (ARGENTINA)

15:00 **Papel del ECO**

Disertante Dra. VOLBERG Veronica Ines (ARGENTINA)

15:15 **Papel de la RMN**

Disertante Dra. MARTINEZ Adriana (ARGENTINA)

15:30 **RMN y eco. ¿Los criterios diagnósticos son compatibles?**

Disertante Dr. CORBELLA Fernando Diego (ARGENTINA)

15:45 **¿Cuándo está indicado un cardiodesfibrilador?**

Disertante Dr. GALIZIO Nestor Oscar (ARGENTINA)

Retiro B — **Mesa Redonda**

Patología de La Aorta

15:00 - 16:30 **Actualidad del aneurisma de aorta abdominal**

Coordinador Dr. BRACCO Daniel A. (ARGENTINA)

Coordinador Dr. FLORES Luis Maria (ARGENTINA)

15:00 **¿Qué aportan los nuevos métodos por imagen?**

Disertante Dra. KUSCHNIR Paola (ARGENTINA)

15:15 **Screening, seguimiento e indicación de intervención**

Disertante Dr. BLURO Ignacio Martin (ARGENTINA)

15:30 **Endoprotesis aórticas: realidad y limitaciones**

Disertante Dr. ZAEFFERER Patricio (ARGENTINA)

15:45 **Cirugía convencional: resultados actuales**

Disertante Dr. DULBECCO Eduardo A. (ARGENTINA)

Retiro C — **Controversia**

Cardiología Clínica

15:00 - 16:30 **Sesión conjunta SAC - Fundación Cardiológica Argentina. Programa Corazón y Mujer. Controversias de género**

Coordinador Dra. GONZALEZ Silvia Marina (ARGENTINA)

Coordinador Dra. ROLANDI Florencia (ARGENTINA)

15:00 **Son necesarias las guías de prevención cardiovascular en mujeres**

Agonista Dra. HUERIN Melina Sandra (ARGENTINA)

Antagonista Dr. GONZALEZ Miguel Angel (ARGENTINA)

15:30 **Intervencionismo en síndromes coronarios agudos. El género importa**

Agonista Dra. GRINFELD Liliana (ARGENTINA)

Antagonista Dr. IGLESIAS Ricardo Mario (ARGENTINA)

16:00 **El manejo de la insuficiencia cardíaca es diferente en hombres y mujeres**

Agonista Dra. SOSA LIPRANDI Maria Ines (ARGENTINA)

Antagonista Dr. FERNANDEZ Alberto Alfredo (ARGENTINA)

Río de La Plata — **Mesa Redonda**

Hipertensión Pulmonar y Tromboembolismo

15:00 - 16:30 **Tromboembolismo pulmonar agudo**

Coordinador Dr. BLUGUERMANN Julio Jorge (ARGENTINA)

Coordinador Dr. BOUGHEN Roberto (ARGENTINA)

15:00 **Evaluación clínica y estratificación de riesgo**

Disertante Dr. UBALDINI Jorge Eduardo (ARGENTINA)

15:15 **Diagnóstico: uso racional de las imágenes**

Disertante Dr. GANUM Guillermo Eduardo Gerardo (ARGENTINA)

15:30 **Fibrinolisis: ¿Cuándo y cómo?**

Disertante Dr. JAIMOVICH Guillermo (ARGENTINA)

15:45 **Tratamiento invasivo**

Disertante Dr. VALDIVIESO CEDEÑO Leon (ARGENTINA)

San Telmo — **E-posters**

Cirugía Cardiovascular

16:00 - 17:30 **Sesión 3**

16:00 **Arritmias II**

Presidente Dr. ORIOLO Salvador (ARGENTINA)

Comentador Dr. ALFIE Alberto (ARGENTINA)

Comentador Dr. DUBNER Sergio Jose (ARGENTINA)

Comentador Dr. ESTEPO Jose Felix (ARGENTINA)

16:00 **Cardiología intervencionista II**

Presidente Dr. MOREYRA Eduardo (h) (ARGENTINA)

Comentador Dr. MENENDEZ Marcelo Fernando (ARGENTINA)

Comentador Dr. TELAYNA Juan M. (ARGENTINA)

Comentador Dr. WISNER Jorge N. (ARGENTINA)

Auditorio — **Mesa Redonda**

Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica

16:45 - 18:15 **Nuevas tecnologías e imágenes en cardiopatías congénitas**

Coordinador Dr. MARANTZ Pablo (ARGENTINA)

Panelista Dr. GALLO Juan Pablo (ARGENTINA)

Panelista Dr. JUANEDA Ernesto (ARGENTINA)

Panelista Dr. WEISBURD Pedro (ARGENTINA)

16:45 **Utilidad de la ecocardiografía 3D en el seguimiento alejado de cardiopatías congénitas**

Disertante Dra. DE DIOS Ana Maria Susana (ARGENTINA)

17:05 **TAC convencional, RMN, TAC multicorte: ¿Qué debemos indicar en quién?**

Disertante Dr. ITHURALDE POSSE Alejandro (ARGENTINA)

17:25 **Disfunción biventricular en pacientes con hipertensión pulmonar: evaluación y tratamiento**

Disertante Dr. REDINGTON Andrew (CANADA)

17:45 **Evaluación de riesgo en síndrome de Wolf-Parkinson-White. Tratamiento intervencionista mediante el uso de tecnología 3D**

Disertante Dr. SNYDER Christopher (ESTADOS UNIDOS)

Catalinas — **Mesa Redonda**

Valvulopatías y Endocarditis - Cirugía Cardiovascular

16:45 - 18:15 **Insuficiencia mitral isquémica: una valvulopatía diferente**

Coordinador Dr. LAKOWSKY Alejandro Jose (ARGENTINA)

Coordinador Dr. TRAININI Jorge Carlos (ARGENTINA)

16:45 **Fisiopatología: de la investigación a la clínica**

Disertante Dr. GABE Eduardo D. (ARGENTINA)

17:00 **Papel de las imágenes en la decisión clínica**

Disertante Dr. LAX Jorge Alberto (ARGENTINA)

17:15 **Manejo en la unidad coronaria**

Disertante Dr. SALZBERG Simon Mario (ARGENTINA)

17:30 **Impacto de la plástica mitral en la evolución. La plástica mitral ¿es viable?**

Disertante Dr. VACCARINO Guillermo Nuncio (ARGENTINA)

La Pampa — **Simposio**

16:45 - 18:15 **TCT@SAC@CACI - Infarto agudo de miocardio**

Coordinador Dr. IGLESIAS Ricardo Mario (ARGENTINA)

Coordinador Dr. SARMIENTO Ricardo Aquiles (ARGENTINA)

16:45 **Transporte de pacientes y terapéutica fármacoinvasiva**

Disertante Dr. KASTRATI Adnan (ALEMANIA)

17:00 **Elección de la terapéutica antitrombínica y antagonistas del sistema ADP**

Disertante Dra. MEHRAN Roxana (ESTADOS UNIDOS)

17:15 **Consideraciones especiales para el tratamiento del infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST. Papel de los dispositivos de trombectomía**

Disertante Dr. STONE Gregg (ARGENTINA)

17:30 **Manejo del paciente con IAM, enfermedad de múltiples vasos, con y sin shock**

Disertante Dr. BELARDI Jorge Atilio (ARGENTINA)

17:45 **Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista**

Coordinador Dr. BERROCAL Daniel H. (ARGENTINA)

Panelista Dr. DE ABREU Maximiliano (ARGENTINA)

Panelista Dr. DELACASA Arturo Alejandro (ARGENTINA)

Panelista Dr. FERNANDEZ Mario Andres (ARGENTINA)

Panelista Dr. MAURO Daniel Omar (ARGENTINA)

Panelista Dr. TORRESANI Ernesto Marcelo (ARGENTINA)

Libertador B — **Mesa Redonda**

Prevención y Epidemiología Cardiovascular

16:45 - 18:15 **El agua y el sodio en la salud y en la enfermedad**

Coordinador Dr. INSERRA Felipe (ARGENTINA)

Coordinador Dr. TAJER Carlos D. (ARGENTINA)

16:45 **El sodio en la dieta**

Disertante Lic. MAZZEI María Emilia (ARGENTINA)

17:00 **Manejo de la HTA en el paciente sal sensible**

Disertante Dr. SANCHEZ Ramiro (ARGENTINA)

17:15 **La sal y el agua en la insuficiencia cardíaca**

Disertante Dr. THIERER Jorge (ARGENTINA)

17:30 **Onto y filogénesis del manejo de la sal en el organismo**

Disertante Dr. DOVAL Hernan C. (ARGENTINA)

** La Sociedad Argentina de Cardiología en reconocimiento a la empresa Glaciar.*

Libertador C — **Mesa Redonda**

Cardiología Clínica

16:45 - 18:15 **Sesión conjunta SAC-Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría. Cardiopatías en el paciente mayor**

Coordinador Dr. FABREGUES Guillermo (ARGENTINA)

Coordinador Dr. SCHIFIS Hugo (ARGENTINA)

16:45 **Hipertensión arterial**

Disertante Dr. BERRETA (H) Julio Alberto (ARGENTINA)

17:00 **Anticoagulación en el octogenario**

Disertante Dr. AHUAD GUERRERO Rodolfo Andres (ARGENTINA)

17:15 **Cirugía de urgencia**

Disertante Dr. GUASTAVINO Diego Luis (ARGENTINA)

17:30 **Angioplastia primaria**

Disertante Dr. SZEJNFELD Mario J. (ARGENTINA)

Domingo 2

Martín Fierro	Jornada
	Jornadas FCA
	Prevención y Epidemiología Cardiovascular
16:45 - 18:15	**Fundación Cardiológica Argentina - Abordaje multidisciplinario del paciente tabaquista. Casos clínicos. Discusión con expertos**
Coordinador	Dr. CINTORA Federico Matias (ARGENTINA)
Coordinador	Dra. MILLAN Diana Raquel (ARGENTINA)
Panelista	Dr. DIEZ Joaquin (ARGENTINA)
Panelista	Dr. KRAUSS Juan G. (ARGENTINA)
Panelista	Dra. SCHOJ Verónica (ARGENTINA)
Panelista	Lic. SOMOZA María Inés (ARGENTINA)

Ombú	Curso
	Investigación Básica
16:45 - 17:30	**Taller de investigación. Módulo I - Leyendo artículos con mirada crítica**
Coordinador	Dr. HIGA Claudio Cesar (ARGENTINA)
16:45	**Sobre la relevancia, objetivo, representatividad de la población, análisis de subgrupos (en su justo lugar)**
	Educación Médica
17:30 - 18:15	**Taller de investigación. Módulo I - De la idea al proyecto. Primeras herramientas para concretar su protocolo**
Coordinador	Dr. GIORGI Mariano Anibal (ARGENTINA)
17:30	**La importancia de tener clara nuestra pregunta (objetivo e hipótesis)**
17:30	**Qué modelo de estudio elegir**

Poncho	Mesa Redonda
	Miocardiopatías
16:45 - 18:15	**Miocardiopatía hipertrófica**
Coordinador	Dr. CAILOTTO Marcos Mario (ARGENTINA)
Coordinador	Dra. RAMOS Maria Silvina (ARGENTINA)
16:45	**Genética de la MCH. ¿Las mutaciones pueden predecir el futuro?**
Disertante	Dr. ONTIVEROS Gustavo Adolfo (ARGENTINA)
17:00	**Deportes y MCH**
Disertante	Dr. MOTTA Domingo Agripino (ARGENTINA)
17:15	**Enfermedad microvascular en la MCH**
Disertante	Dr. FERNANDEZ Adrian (ARGENTINA)
17:30	**Estratificación de riesgo de muerte súbita en la MCH**
Disertante	Dr. ESTEPO Jose Felix (ARGENTINA)

Retiro A	Mesa Redonda
	Cardiología Clínica - Valvulopatías y Endocarditis
16:45 - 18:15	**Endocarditis**
Coordinador	Dr. BRUNOLDI Rolando Lionel (ARGENTINA)
Coordinador	Dr. DOMENECH Alberto (ARGENTINA)
16:45	**El paciente con complicación neurológica e indicación quirúrgica**
Disertante	Dr. VARINI Sergio D. (ARGENTINA)
17:00	**El paciente con hemocultivos negativos**
Disertante	Dr. CASABE Jose Horacio (ARGENTINA)
17:15	**Endocarditis durante el embarazo**
Disertante	Dr. VAZQUEZ BLANCO Manuel (ARGENTINA)
17:30	**Endocarditis en marcapasos**
Disertante	Dr. MAZZETTI Héctor (ARGENTINA)

Retiro B	Mesa Redonda
16:45 - 18:15	**Área de Consenso - Presentación de normas**
Coordinador	Dr. DURONTO Ernesto Alfredo (ARGENTINA)
Coordinador	Dr. SAMPO Eduardo A. (ARGENTINA)
16:50	**Recomendaciones para la interrupción de la terapéutica anticoagulante en el perioperatorio y precedimientos invasivos**
Presentador	Dr. CASAIS Patricia Liliana (ARGENTINA)
16:56	**Recomendaciones para el turismo de altura en pacientes cardiópatas**
Presentador	Dr. IGLESIAS Diego Esteban (ARGENTINA)
17:02	**Apto médico cardiovascular para la participación en deportes**
Presentador	Dr. PEIDRO Roberto Maximino (ARGENTINA)
17:08	**Confección de informes de ecocardiografía**
Presentador	Dr. FALCONI Mariano Luis (ARGENTINA)
17:14	**Confección de informes de medicina nuclear**
Presentador	Dra. LOPEZ DE MUNAIN Maria Nieves (ARGENTINA)
17:20	**Confección de informes de resonancia magnética**
Presentador	Dr. PEREZ DE ARENAZA Diego (ARGENTINA)
17:26	**Confección de informes de tomografía multicorte**
Presentador	Dr. CERDA Miguel Antonio (ARGENTINA)
17:32	**Traslado del paciente con sindromes coronarios agudos**
Presentador	Dr. FERNANDEZ Horacio Enrique (ARGENTINA)
17:38	**Manejo del dolor torácico en la guardia**
Presentador	Dr. DURONTO Ernesto Alfredo (ARGENTINA)
17:44	**Normas para el uso de la ventilación no invasiva en insuficiencia cardíaca**
Presentador	Dra. PEREIRO GONZALEZ Stella Maris (ARGENTINA)
17:50	**Manejo de la antiagregación en pacientes con stents convencionales y con fármacos**
Presentador	Dr. CHERRO Alejandro (ARGENTINA)
17:56	**Recomendaciones para viajes aéreos en pacientes cardiópatas**
Presentador	Dr. PAPANTONIOU Alonso (ARGENTINA)
18:02	**Manejo de drogas cardiovasculares en el perioperatorio de cirugía no cardíaca**
Presentador	Dr. CAROLI Christian (ARGENTINA)

Retiro C	Mesa Redonda
	Cardiología Clínica
16:45 - 18:15	**Manejo de las fuentes cardioembólicas**
Coordinador	Dr. LAIÑO Ruben (ARGENTINA)
Coordinador	Dr. VISSANI Sergio Gerardo (ARGENTINA)
16:45	**Fibrilación auricular**
Disertante	Dr. FITZ MAURICE Mario Daniel (ARGENTINA)
17:00	**Foramen oval permeable**
Disertante	Dr. MOLLON Francisco Pedro (ARGENTINA)
17:15	**Ateromatosis aórtica**
Disertante	Dr. LOWENSTEIN Jorge A. (ARGENTINA)
17:30	**Tumores cardíacos**
Disertante	Dr. LOZANO BERROTARAN Daniel Horacio (ARGENTINA)

Río de La Plata	Mesa Redonda
	Hipertensión Pulmonar y Tromboembolismo
16:45 - 18:15	**HTP tromboembólica crónica**
Coordinador	Dr. BOUGHEN Roberto (ARGENTINA)
Coordinador	Dr. VALLEJO Carlos Alberto (ARGENTINA)
16:45	**Diagnóstico y evaluación para cirugía**
Disertante	Dr. BORTMAN Guillermo R. (ARGENTINA)
17:00	**Tromboendarterectomía pulmonar: ¿Es una opción curativa?**
Disertante	Dr. FAVALORO Roberto Rene (ARGENTINA)
17:15	**Manejo perioperatorio de la hipertensión pulmonar**
Disertante	Dr. COMIGNANI Pablo Dino (ARGENTINA)
17:30	**Manejo de los pacientes no operables**
Disertante	Dra. KAZELIAN Lucia Raquel (ARGENTINA)

Libertador B + C	Conferencia
18:30 - 20:00	**Acto Inaugural y Conferencia de Apertura**
Presidente	Dr. BARRERO Carlos Manuel (ARGENTINA)
Conferencista	Dr. WALLENTIN Lars (ESTADOS UNIDOS)

Lunes 3 *Resumen del día*

Inicio	Fin	Salón	Título
08:00	09:30	Auditorio	Cardiología pediátrica I
08:00	09:30	Catalinas	Consejo de Electrofisiología - Arritmias en el consultorio
08:00	09:00	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Enfermedad carotídea extracraneana
08:00	09:30	Libertador B	Sesión conjunta SAC - Sociedad Brasileña de Cardiología. El paciente valvular asintomático
08:00	09:30	Libertador C	Controversias en cardiopatía isquémica
08:00	09:30	Martín Fierro	Jornada Argentino-Boliviana de Cardiología. Epidemiología y terapéutica parasiticida
08:00	09:30	Ombú	Presentación de la actividad científica del Área de Investigación de la Sociedad Argentina de Cardiología
08:00	09:30	Poncho	Cirugía
08:00	09:30	Retiro A	CONAREC - Síndromes coronarios
08:00	09:30	Retiro B	Hemorragia en sindromes isquémicos agudos
08:00	09:30	Retiro C	V Encuentro Trasandino de Cardiología. Insuficiencia cardíaca. Biomarcadores y trastornos asociados
08:00	09:30	Río de La Plata	Arritmias I
09:00	09:30	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Nuevo enfoque en el tratamiento de la hipertensión arterial
09:45	11:15	Auditorio	Actualización en cardiología clínica pediátrica
09:45	11:15	Catalinas	Imágenes II
09:45	11:15	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Insuficiencia cardíaca: Actualización en dispositivos
09:45	11:15	Libertador B	Temas Libres Preferidos. 25º Aniversario de la entrega del Premio Fundación Dr. Pedro Cossio
09:45	11:15	Libertador C	ESC en Argentina. Temas destacados de la Sociedad Europea de Cardiología. Parte 1
09:45	11:15	Martín Fierro	Enfermedad de Chagas en la República Argentina: Políticas de Salud
09:45	12:30	Ombú	Búsqueda de información en medicina
09:45	11:15	Poncho	Arritmias II
09:45	11:15	Retiro A	CONAREC - Insuficiencia cardíaca
09:45	11:15	Retiro B	Imágenes III
09:45	11:15	Retiro C	Cardiología intervencionista I
09:45	11:15	Río de La Plata	Cardiología intervencionista II
10:00	11:30	San Telmo	Sesión 4
11:45	12:30	Auditorio	Conferencia Plenaria: Preacondicionamiento isquémico remoto: Un nuevo método para prevenir el daño multiorgánico en enfermedad cardíaca congénita y adquirida
11:45	12:30	Catalinas	El cardiodesfibrilador debe indicarse en todos los pacientes con disfunción ventricular izquierda grave
11:45	12:30	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Desafíos en el tratamiento de la insuficiencia mitral
11:45	12:30	Libertador B	Visión crítica sobre el eco 3D
11:45	12:30	Libertador C	ESC en Argentina. Temas destacados de la Sociedad Europea de Cardiología. Parte 2
11:45	12:30	Retiro A	Taller de electrocardiología
11:45	12:30	Retiro B	El eco es útil para seleccionar pacientes para resincronizar
11:45	12:30	Retiro C	Nuevas herramientas de estratificación y tratamiento anticoagulante en la fibrilación auricular
11:45	12:30	Río de La Plata	Se debe realizar siempre un implante valvular aórtico transcateter (TAVI) en pacientes con estenosis aórtica grave y riesgo elevado
12:00	13:30	San Telmo	Sesión 5
13:00	14:30	Auditorio	Estado del arte en cirugía cardiovascular de las cardiopatías congénitas
13:00	14:30	Catalinas	Simposio Elea. El riesgo cardiovascular global en hipertensos. ¿Adónde queremos llegar?
13:00	14:30	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Simposio AMT-Medtronic. Tratamiento endovascular de la patología aórtica torácica y abdominal. Nuevos dispositivos para nuevos desafíos
13:00	14:30	Libertador B	Simposio Pfizer. De la prevención al daño cardiovascular: cada día algo nuevo
13:00	14:30	Libertador C	Simposio Gador. Diabetología cardiovascular. Nuevos enfoques terapéuticos
13:00	14:30	Ombú	Presentadores eficaces: oratoria y PowerPoint
13:00	14:30	Retiro A	Simposio Sanofi-Aventis. Síndrome coronario agudo: De la fisiopatología al tratamiento.
13:00	14:30	Retiro B	Simposio Novartis Argentina. Hipertensión y diabetes: Nuevas evidencias
13:00	14:30	Retiro C	Simposio Servier. ESC en Argentina. Un paso adelante en el tratamiento de la enfermedad coronaria y de la insuficiencia cardíaca
13:00	14:30	Río de La Plata	Formación de líderes para el desarrollo de programas de la Fundación Cardiológica Argentina en los Distritos
14:00	15:30	San Telmo	Sesión 6
15:00	16:30	Auditorio	Nuevas tendencias en arritmias y electrofisiología pediátrica
15:00	16:30	Catalinas	Síncope en diferentes poblaciones
15:00	16:30	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Tratamiento antitrombótico
15:00	16:30	Libertador B	Área de Consensos - Prevención cardiovascular
15:00	16:30	Libertador C	ESC en Argentina. Discusión de casos clínicos
15:00	16:30	Martín Fierro	Nuevos métodos diagnósticos en la enfermedad de Chagas
15:00	15:30	Ombú	Genética para el cardiólogo clínico. Módulo III: Tests genéticos
15:00	16:30	Retiro A	CONAREC - Arritmias
15:00	16:30	Retiro B	Sesión conjunta SAC - Sociedad Sudamericana de Cardiología - Insuficiencia cardíaca 2011
15:00	16:30	Retiro C	HDL
15:00	16:30	Río de La Plata	Fundación Cardiológica Argentina - ACLS. Taller de demostración con maniquíes y simuladores I
15:40	16:30	Ombú	Genética para el cardiólogo clínico. Módulo III: Tests genéticos
16:00	17:30	San Telmo	Sesión 7
16:45	18:15	Auditorio	Actualización en cirugía y recuperación cardiovascular en pediatría
16:45	18:15	Catalinas	La raíz de aorta en diferentes escenarios
16:45	18:15	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Tratamiento percutáneo de la estenosis valvular aórtica
16:45	18:15	Libertador B	Manejo de la IC crónica isquémica
16:45	18:15	Libertador C	ESC en Argentina. Discusión de casos clínicos
16:45	18:15	Martín Fierro	Enfermedad de Chagas: Nuevos aportes del tratamiento
16:45	17:30	Ombú	Taller de investigación. Módulo II - Leyendo artículos científicos con mirada crítica
16:45	18:15	Retiro A	CONAREC - Prevención cardiovascular
16:45	18:15	Retiro B	Sesión conjunta SAC-Sociedad Interamericana de Cardiología. Enfermedad coronaria crónica 2011
16:45	18:15	Retiro C	Estado del arte en terapia antiplaquetaria
16:45	18:15	Río de La Plata	Fundación Cardiológica Argentina - ACLS. Taller de demostración con maniquíes y simuladores II
17:30	18:15	Ombú	Taller de investigación. Módulo II - De una idea al proyecto. Primeras herramientas para concretar su protocolo
18:15	18:20	La Pampa	Palabras de Cierre TCT@CACI@SAC
18:30	20:00	Auditorio	Consejo de Investigación Básica en conjunto con la International Academy of Cardiovascular Science. Fisiopatología de la hipertrofia e insuficiencia cardíaca
18:30	20:00	Catalinas	Acto de entrega de diplomas de Recertificación Profesional
18:30	20:00	Libertador C	Simposio Bayer Healthcare. ESC en Argentina. Actualización de la prevención de los accidentes cerebrovaculares en la fibrilación auricular. Enfoque en la anticoagulación
18:30	20:00	Martín Fierro	Carrera de Especialista en Cardiología. Residencias Cardiológicas Asociadas UBA - Ramos Mejía - Presentación de monografías seleccionadas. Promoción 2009-2010
18:30	20:00	Retiro A	Sesión conjunta SAC - Fundación Cardiológica Argentina - Ministerio de Salud Pública. Conocemos la prevalencia de los factores de riesgo vasculares en la Argentina. ¿Qué vamos a hacer?
18:30	20:00	Retiro C	Sesión conjunta SAC - Instituto de Investigaciones Cardiológicas (UBA-CONICET). Ritmos biológicos en cardiología

Referencias:

Traducción Interactivo

Programa Científico

Auditorio — **Temas Libres**

Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica

Cardiología Pediátrica

08:00 - 09:30 **Cardiología pediátrica I**

Presidente Dra. VAZQUEZ Haydee (ARGENTINA)

Comentador Dra. ACKERMAN Judith (ARGENTINA)

Comentador Dr. DAGHERO Fernando (ARGENTINA)

Comentador Dr. ESANDI Diego (ARGENTINA)

Catalinas — **Simposio de Los Consejos**

Arritmias

08:00 - 09:30 **Consejo de Electrofisiología - Arritmias en el consultorio**

Coordinador Dr. DUBNER Sergio Jose (ARGENTINA)

Coordinador Dr. SENESI Maximo (ARGENTINA)

Panelista Dr. ESTEPO Jose Felix (ARGENTINA)

Panelista Dr. GALLINO Sebastian (ARGENTINA)

Panelista Dr. NAU Gerardo Juan (ARGENTINA)

Panelista Dr. SCAZZUSO Fernando Adrian (ARGENTINA)

08:00 **El paciente sano con arritmia ventricular**

Disertante Dr. RABINOVICH Rafael (ARGENTINA)

08:15 **El paciente con ECG sugestivo de Síndrome de Brugada**

Disertante Dr. ACUNZO Rafael Salvador (ARGENTINA)

08:30 **Estudio del paciente joven con antecedente familiar de muerte súbita**

Disertante Dr. ABELLO Mauricio Sebastian (ARGENTINA)

08:45 **Arritmia ventricular en el post IAM. ¿Cuál es el seguimiento y el mejor tratamiento?**

Disertante Dr. DE ZULOAGA Claudio (ARGENTINA)

La Pampa — **Simposio**

08:00 - 09:00 **TCT@SAC@CACI - Enfermedad carotídea extracraneana**

Coordinador Dr. POCOVI Antonio Alberto (ARGENTINA)

Coordinador Dr. SANTAERA Omar Anibal (ARGENTINA)

08:00 **Tratamiento percutáneo: Está indicado en pacientes sintomáticos y asintomáticos**

Disertante Dr. MENDIZ Oscar Alfredo (ARGENTINA)

08:10 **Tratamiento quirúrgico: Es de primera elección**

Disertante Dr. LA MURA Ricardo (ARGENTINA)

08:20 **Tratamiento médico: Es adecuado para la mayoría de los pacientes con estenosis asintomáticas**

Disertante Dr. AMERISO Sebastián (ARGENTINA)

08:30 **Enfermedad coronaria de múltiples vasos con enfermedad carotídea grave asociada. ¿Resolución híbrida?**

Disertante Dr. ABIZAID Alexandre (BRASIL)

08:40 **Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista**

Coordinador Dr. CHERRO Alejandro (ARGENTINA)

Panelista Dr. AGUILERA Eduardo S. (ARGENTINA)

Panelista Dra. DESCALZO Amalia Maria Ema (ARGENTINA)

Panelista Dr. VILA José Francisco

Libertador B — **Mesa Redonda**

08:00 - 09:30 **Sesión conjunta SAC - Sociedad Brasileña de Cardiología. El paciente valvular asintomático**

Coordinador Dr. BARRERO Carlos Manuel (ARGENTINA)

Coordinador Dr. ILHA GUIMARAES Jorge (BRASIL)

08:00 **Insuficiencia mitral**

Disertante Dra. DE MELO BARBOSA Marcia (BRASIL)

08:15 **Insuficiencia aórtica**

Disertante Dr. KILLINGER Carlos (ARGENTINA)

08:30 **Válvula aórtica bicúspide. ¿Qué recomendamos?**

Disertante Dr. TARASOUTCHI Flavio (BRASIL)

08:45 **Estenosis aórtica: cuándo intervenir**

Disertante Dr. DARU Victor D. (ARGENTINA)

Libertador C — **Controversia**

Cirugía Cardiovascular - Cardiopatía Isquémica Crónica

08:00 - 09:30 **Controversias en cardiopatía isquémica**

Coordinador Dr. KORETZKY Martin Horacio (ARGENTINA)

Coordinador Dr. TURRI Domingo (ARGENTINA)

08:00 **SIA: Debemos revascularizar solamente la arteria culpable**

Agonista Dr. FERNANDEZ Alejandro Diego (ARGENTINA)

Antagonista Dr. MACHAIN Hector Alejandro (ARGENTINA)

08:45 **El tratamiento de elección de la lesión grave de tronco es la cirugía**

Agonista Dr. BATTELLINI Roberto Rafael (ARGENTINA)

Antagonista Dr. SANTAERA Omar Anibal (ARGENTINA)

Martín Fierro — **Mesa Redonda**

Enfermedad de Chagas

08:00 - 09:30 **Jornada Argentino-Boliviana de Cardiología. Epidemiología y terapéutica parasiticida**

Coordinador Dr. MILITELLO Claudio Alejandro (ARGENTINA)

Coordinador Dr. UGARTE René Miguel (BOLIVIA)

Panelista Dr. ALVAREZ Eduardo Enrique (ARGENTINA)

Panelista Dra. GALLI Monica Graciela (ARGENTINA)

Panelista Dr. NUÑEZ BURGOS Celestino Federico (ARGENTINA)

Panelista Dr. NUÑEZ BURGOS Javier (ARGENTINA)

08:00 **Situación en zonas rurales argentinas: la provincia del Chaco**

Disertante Dr. HERNANDEZ Daniel Osvaldo (ARGENTINA)

08:15 **Situación en zonas rurales bolivianas**

Disertante Dra. CARDENAS LEDESMA Daisy Luz (ARGENTINA)

08:30 **Tratamiento antiparasitario: Indicaciones específicas**

Disertante Dr. STORINO Ruben A. (ARGENTINA)

08:45 **Planificación de la terapéutica en la República de Bolivia**

Disertante Dr. UGARTE René Miguel (BOLIVIA)

Lunes 3

Ombú — **Mesa Redonda**

Cardiología Clínica

08:00 - 09:30 **Presentación de la actividad científica del Área de Investigación de la Sociedad Argentina de Cardiología**

Coordinador Dr. HIGA Claudio Cesar (ARGENTINA)

Coordinador Dr. ZYLBERSZTEJN Horacio M. (ARGENTINA)

08:00 **Registro de Síndromes Aórticos Agudos**

Presentador Dr. GUETTA Javier (ARGENTINA)

08:10 **Estudio PENSAR. Percepción de enfermedad en sindromes coronarios agudos**

Presentador Dra. MONSALVO Maria Laura (ARGENTINA)

08:20 **Estudio SOFIA sobre factores psicosociales en pacientes con enfermedad coronaria crónica**

Presentador Dra. WALDMAN Silvina Valeria (ARGENTINA)

08:30 **Registro de enfermedad tromboembólica: Resultados finales**

Presentador Dr. GOMEZ SANTA MARIA Hector Raul (ARGENTINA)

08:40 **Registro de enfermedad coronaria en el anciano**

Presentador Dr. GIORGI Mariano Anibal (ARGENTINA)

08:50 **Estudio Elvira Carboni. Educación y concientización de los factores de riesgo coronario en la provincia de Buenos Aires**

Presentador Dr. MULASSI Andres Hector (ARGENTINA)

09:00 **Estudio VARK. Métodos de aprendizaje en la actividad docente cardiológica**

Presentador Dr. MANENTE Diego Guillermo (ARGENTINA)

09:10 **SCAR 2011. Estudio multicéntrico comparativo sobre síndromes coronarios agudos**

Presentador Dra. BLANCO CERDEIRA Patricia (ARGENTINA)

Poncho — **Temas Libres**

Cirugía Cardiovascular

08:00 - 09:30 **Cirugía**

Presidente Dr. MANCINI Blas Bernardino (ARGENTINA)

Comentador Dr. BOGGIONE Rene Aquiles (ARGENTINA)

Comentador Dr. GORDON Mariano (ARGENTINA)

Comentador Dr. PRESA Carlos Alberto (ARGENTINA)

Retiro A — **Discusión Interactiva de Casos Clínicos**

Jornada CONAREC

08:00 - 09:30 **CONAREC - Síndromes coronarios**

Coordinador Dr. IGLESIAS Ricardo Mario (ARGENTINA)

Panelista Dr. CAGIDE Arturo (ARGENTINA)

Panelista Dr. CARRIZO Aldo Gabriel (ARGENTINA)

Panelista Dr. CURA Fernando Adrian (ARGENTINA)

Panelista Dr. LESCANO Adrian Jose (ARGENTINA)

Retiro B — **Mesa Redonda**

Síndromes Isquémicos Agudos

08:00 - 09:30 **Hemorragia en sindromes isquémicos agudos**

Coordinador Dr. SINGH Nestor Isaac (ARGENTINA)

Coordinador Dr. TINETTI Jorge O. (ARGENTINA)

08:00 **Asociación entre hemorragia y mortalidad**

Disertante Dra. MARTURANO Maria Pia (ARGENTINA)

08:15 **Nos preocupamos de la hemorragia y nos olvidamos de la trombosis**

Disertante Dra. CASTILLO COSTA Yanina Beatriz (ARGENTINA)

08:30 **Nuevos fármacos, nuevas dosis**

Disertante Dr. CARBAJALES Justo (ARGENTINA)

08:45 **Cirugía de urgencia en el paciente antiagregado**

Disertante Dr. VILLARREAL Ricardo Alfredo (ARGENTINA)

Retiro C — **Mesa Redonda**

08:00 - 09:30 **V Encuentro Trasandino de Cardiología. Insuficiencia cardíaca. Biomarcadores y trastornos asociados**

Coordinador Dr. HITA Alejandro (ARGENTINA)

Coordinador Dr. VUKASOVIC José Luis (CHILE)

08:00 **Biomarcadores**

Disertante Dr. PORCILE Rafael (ARGENTINA)

08:15 **Sindrome cardiorrenal**

Disertante Dr. KLIN Pablo Alejandro (ARGENTINA)

08:30 **Paciente con anemia**

Disertante Dr. VUKASOVIC José Luis (CHILE)

08:45 **Trastornos del sueño**

Disertante Dr. CONCEPCION Roberto

Río de La Plata — **Temas Libres**

Cardiología Clínica

08:00 - 09:30 **Arritmias I**

Presidente Dr. FITZ MAURICE Mario Daniel (ARGENTINA)

Comentador Dr. AREVALO Aldo Ruben (ARGENTINA)

Comentador Dr. CHAVES Carlos Javier (ARGENTINA)

Comentador Dr. LOPEZ CABANILLAS Nestor Hugo (ARGENTINA)

La Pampa — **Simposio**

Hipertensión Arterial

09:00 - 09:30 **TCT@SAC@CACI - Nuevo enfoque en el tratamiento de la hipertensión arterial**

Coordinador Dr. BRAVO Alfredo Dante (ARGENTINA)

Coordinador Dr. SAMPAOLESI Alberto (ARGENTINA)

09:00 **Fundamento y evidencia para la ablación por radiofrecuencia de la arteria renal en HTA resistente**

Disertante Dr. GASPAR Juan (ARGENTINA)

09:15 **Presentación de un caso**

Coordinador Dr. GASPAR Juan (ARGENTINA)

Panelista Dr. BACCARO Jorge A. (ARGENTINA)

Panelista Dr. MIGLIARO Guillermo Oscar (ARGENTINA)

Panelista Dr. VILLAMIL Alberto Servando (ARGENTINA)

Auditorio — **Mesa Redonda**

Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica

09:45 - 11:15 **Actualización en cardiología clínica pediátrica**

Coordinador Dra. GRIPPO Maria Del C. (ARGENTINA)

Panelista Dra. HAAG Dora Fabiana (ARGENTINA)

Panelista Dr. NIETO Juan Jose (ARGENTINA)

09:45 **Endocarditis infecciosa 2011. ¿Debemos seguir las recomendaciones internacionales?**

Disertante Dr. MAISULS Hector Ricardo (ARGENTINA)

10:05 **¿Deben recibir antiagregación/anticoagulación a largo plazo los pacientes con cirugía de Fontán-Kreutzer? Evidencia disponible**

Disertante Dr. ITHURALDE Mariano (ARGENTINA)

10:25 **Tratamiento quirúrgico de arritmias en pacientes con cardiopatías congénitas**

Disertante Dr. SNYDER Christopher (ESTADOS UNIDOS)

10:25 **Manejo de la salud reproductiva en pacientes adultos con cardiopatías congénitas**

Disertante Dra. WILLIAMS Roberta (ESTADOS UNIDOS)

Catalinas — Temas Libres

Imágenes - Imágenes

09:45 - 11:15 **Imágenes II**

Presidente Dr. DARU Victor D. (ARGENTINA)

Comentador Dr. GANUM Guillermo Eduardo Gerardo (ARGENTINA)

Comentador Dr. GRASSO Mario Jose (ARGENTINA)

Comentador Dr. LANTERNIER Gaston (ARGENTINA)

La Pampa — Simposio

09:45 - 11:15 **TCT@SAC@CACI - Insuficiencia cardíaca: Actualización en dispositivos**

Coordinador Dr. BELZITI Cesar Antonio (ARGENTINA)

Coordinador Dr. DE LA FUENTE Luis (ARGENTINA)

09:45 **Estado actual de los dispositivos percutáneos transitorios en insuficiencia cardíaca avanzada**

Disertante Dr. BARBAGELATA Alejandro (ARGENTINA)

10:00 **Pacientes con baja FEy: Cardiodesfibriladores y resincronizadores**

Disertante Dr. GONZALEZ Jose Luis (ARGENTINA)

10:15 **Dispositivos definitivos de asistencia ventricular izquierda**

Disertante Dr. PERRONE Sergio Victor (ARGENTINA)

10:30 **Terapia de células progenitoras en insuficiencia cardíaca. Punto de vista crítico**

Disertante Dr. MAGGIONI Aldo (ITALIA)

10:45 **Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista**

Coordinador Dr. DE LA FUENTE Luis (ARGENTINA)

Panelista Dr. FERNANDEZ Juan Jose (ARGENTINA)

Panelista Dr. HIRSCHSON PRADO Alfredo (ARGENTINA)

Panelista Dr. PEREZ BALIÑO Pablo Ernesto (ARGENTINA)

Panelista Dr. TRAININI Jorge Carlos (ARGENTINA)

Panelista Dr. VICARIO Jose (ARGENTINA)

Libertador B — Temas Libres

Cardiología Clínica

09:45 - 11:15 **Temas Libres Preferidos. 25º Aniversario de la entrega del Premio Fundación Dr. Pedro Cossio**

Presidente Dr. CACCAVO Alberto (ARGENTINA)

Comentador Dr. LA GRECA Rodolfo Daniel (ARGENTINA)

Comentador Dr. PEREZ BALIÑO Néstor (ARGENTINA)

Jurado Dr. COSSIO Pedro R. (ARGENTINA)

Jurado Dr. MASOLI Osvaldo H. (ARGENTINA)

Jurado Dr. SOSA LIPRANDI Alvaro (ARGENTINA)

Libertador C — Mesa Redonda

09:45 - 11:15 **ESC en Argentina. Temas destacados de la Sociedad Europea de Cardiología. Parte 1**

Coordinador Dr. BARRERO Carlos Manuel (ARGENTINA)

Coordinador Dr. KOMAJDA Michel (FRANCIA)

09:45 **Introducción**

Disertante Dr. BARRERO Carlos Manuel (ARGENTINA)

09:50 **Argentina: un nuevo socio**

Disertante Dr. KOMAJDA Michel (FRANCIA)

10:00 **Temas destacados del Congreso de la ESC 2011 en París**

Disertante Dr. KOMAJDA Michel (FRANCIA)

Disertante Dr. PINTO Fausto Jose (PORTUGAL)

10:40 **EuroPrevent 2011**

Disertante Dr. WOOD David (REINO UNIDO)

11:10 **Discusión**

Comentador Dr. ZYLBERSZTEJN Horacio M. (ARGENTINA)

Martín Fierro — Mesa Redonda

Enfermedad de Chagas

09:45 - 11:15 **Enfermedad de Chagas en la República Argentina: Políticas de Salud**

Coordinador Dr. MITELMAN Jorge Eduardo (ARGENTINA)

Coordinador Dra. RIARTE Adelina (ARGENTINA)

Panelista Dr. CARAVELLO Oscar Luis (ARGENTINA)

Panelista Dr. MUJICA Hugo Dante (ARGENTINA)

Panelista Dr. SOSA Francisco Antonio (ARGENTINA)

Panelista Dra. STREIGER Mirtha (ARGENTINA)

09:45 **Actividades conjuntas SAC-Programa Nacional de Chagas**

Disertante Dr. SOSA ESTANI Sergio (ARGENTINA)

10:00 **Aplicación de la tecnología (TICs) en la vigilancia epidemiológica del Chagas**

Disertante Dra. CRAVERO Cecilia M. (ARGENTINA)

10:15 **Prevención en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para el contagio ocasional**

Disertante Dra. GIMENEZ Luisa Josefina E (ARGENTINA)

10:30 **Control médico y su importancia en el Programa Nacional de Chagas**

Disertante Dr. FREILIJ Héctor (ARGENTINA)

Lunes 3

Ombú	Curso
09:45 - 12:30	**Búsqueda de información en medicina**
Disertante	Sr. GARCÍA MARTÍ Sebastián (ARGENTINA)
09:45	**Bases de datos biomédicas: Pubmed y Lilacs**
09:45	**Resolución de ejemplos prácticos.**
09:45	**Necesidad de información y sobrecarga de información en medicina**
09:45	**Distintas fuentes de información en medicina (ventajas y desventajas)**
09:45	**Resolución de ejemplos prácticos. Los asistentes deberán concurrir con su propia computadora portátil**

Poncho	Temas Libres
09:45 - 11:15	**Arritmias II**
Presidente	Dr. DI TOMMASO Fernando Ariel (ARGENTINA)
Comentador	Dra. ALONSO Karina Beatriz (ARGENTINA)
Comentador	Dr. CHAMBO Marcelo (ARGENTINA)
Comentador	Dr. ROSSO Diego Esteban (ARGENTINA)

Retiro A	Discusión Interactiva de Casos Clínicos
	Jornada CONAREC
09:45 - 11:15	**CONAREC - Insuficiencia cardíaca**
Coordinador	Dr. GRANCELLI Hugo Omar (ARGENTINA)
Panelista	Dr. BORRACCI Raul Alfredo (ARGENTINA)
Panelista	Dr. COSTABEL Juan Pablo (ARGENTINA)
Panelista	Dr. PIZARRO Rodolfo (ARGENTINA)

Retiro B	Temas Libres
	Imágenes
09:45 - 11:15	**Imágenes III**
Presidente	Dr. CORBELLA Fernando Diego (ARGENTINA)
Comentador	Dr. LOWENSTEIN Jorge A. (ARGENTINA)
Comentador	Dra. MAKHOUL Silvia Susana (ARGENTINA)
Comentador	Dr. SPINA Salvador Vicente (ARGENTINA)

Retiro C	Temas Libres
	Cardiología Intervencionista
09:45 - 11:15	**Cardiología intervencionista I**
Presidente	Dr. KEVORKIAN Ruben (ARGENTINA)
Comentador	Dr. FERNANDEZ Alejandro Diego (ARGENTINA)
Comentador	Dr. SANTANDER Walther Fernando (ARGENTINA)
Comentador	Dr. SCUTERI Antonio (ARGENTINA)

Río de La Plata	Temas Libres
	Valvulopatías y Endocarditis
09:45 - 11:15	**Cardiología intervencionista II**
Presidente	Dr. PALACIOS Alejandro (ARGENTINA)
Comentador	Dr. BRAVO Alfredo Dante (ARGENTINA)
Comentador	Dr. FACTA Alvaro (ARGENTINA)
Comentador	Dr. INGINO Carlos A. (ARGENTINA)

San Telmo	E-posters
10:00 - 11:30	**Sesión 4**
10:00	**Cirugía I**
Presidente	Dr. VALERO LUCERO Jose Luis (ARGENTINA)
Comentador	Dr. ALVAREZ Carlos Eduardo (ARGENTINA)
Comentador	Dr. MARENCHINO Ricardo Gustavo (ARGENTINA)
Comentador	Dr. PICCININI Fernando (ARGENTINA)
10:00	**Cirugía II**
Presidente	Dr. LOPEZ Guillermo Gustavo (ARGENTINA)
Comentador	Dr. LIENDO Ricardo (ARGENTINA)
Comentador	Dr. RAFFAELLI Hector Alfredo (ARGENTINA)
Comentador	Dr. RODRIGUEZ Walter (ARGENTINA)

Auditorio	Conferencia
	Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica
11:45 - 12:30	**Conferencia Plenaria: Preacondicionamiento isquémico remoto: Un nuevo método para prevenir el daño multiorgánico en enfermedad cardíaca congénita y adquirida**
Presidente	Dr. KREUTZER Guillermo (ARGENTINA)
Conferencista	Dr. REDINGTON Andrew (CANADA)

Catalinas	Controversia
	Miocardiopatías - Cardiopatía Isquémica Crónica
11:45 - 12:30	**El cardiodesfibrilador debe indicarse en todos los pacientes con disfunción ventricular izquierda grave**
Coordinador	Dr. VILLAMIL Alejandro Maria (ARGENTINA)
Agonista	Dr. GALIZIO Nestor Oscar (ARGENTINA)
Antagonista	Dr. GRANCELLI Hugo Omar (ARGENTINA)

La Pampa	Simposio
	Cardiología Intervencionista - Cirugía Cardiovascular
11:45 - 12:30	**TCT@SAC@CACI - Desafíos en el tratamiento de la insuficiencia mitral**
Coordinador	Dr. BETTINOTTI Marcelo O. (ARGENTINA)
Coordinador	Dr. PIRAINO Ruben A. (ARGENTINA)
11:45	**Evidencias en el tratamiento percutáneo en la insuficiencia mitral**
Disertante	Dr. STONE Gregg (ARGENTINA)
12:00	**Evidencias en el tratamiento quirúrgico en la insuficiencia mitral**
Disertante	Dr. NOJEK Carlos A. (ARGENTINA)
12:15	**Debate**
Disertante	Dr. APTECAR Eduardo (FRANCIA)

Libertador B	Conferencia
11:45 - 12:30	**Visión crítica sobre el eco 3D**
Presidente	Dr. PIÑEIRO Daniel José (ARGENTINA)
Conferencista	Dr. ZOGHBI William (ESTADOS UNIDOS)

Libertador C — **Mesa Redonda**

11:45 - 12:30 **ESC en Argentina. Temas destacados de la Sociedad Europea de Cardiología. Parte 2**

Coordinador Dr. BARRERO Carlos Manuel (ARGENTINA)
Coordinador Dr. KOMAJDA Michel (FRANCIA)

11:45 **EuroEcho 2010**
Disertante Dr. PINTO Fausto Jose (PORTUGAL)

12:05 **Discusion**
Comentador Dr. MIGLIORE Ricardo A. (ARGENTINA)

12:10 **EuroPace 2011**
Disertante Dr. HINDRICKS Gerhard (ALEMANIA)

12:25 **Discusión**
Comentador Dr. DUBNER Sergio Jose (ARGENTINA)

Retiro A — **Discusión Interactiva de Casos Clínicos**

Educación Médica

11:45 - 12:30 **Taller de electrocardiología**

Coordinador Dr. DRAJER Saul (ARGENTINA)
Coordinador Dr. ELIZARI Marcelo Victor (ARGENTINA)
Coordinador Dr. GINIGER Alberto Germán (ARGENTINA)

Retiro B — **Controversia**

Imágenes

11:45 - 12:30 **El eco es útil para seleccionar pacientes para resincronizar**

Coordinador Dr. TORINO Augusto Fernando (ARGENTINA)
Agonista Dr. CIANCIULLI Tomas Francisco (ARGENTINA)
Antagonista Dr. ORTEGA Daniel F. (ARGENTINA)

Retiro C — **Conferencia**

Arritmias

11:45 - 12:30 **Nuevas herramientas de estratificación y tratamiento anticoagulante en la fibrilación auricular**

Presidente Dra. GRINFELD Liliana (ARGENTINA)
Disertante Dr. WALLENTIN Lars (ESTADOS UNIDOS)

Río de La Plata — **Controversia**

Cirugía Cardiovascular

11:45 - 12:30 **Se debe realizar siempre un implante valvular aórtico transcateter (TAVI) en pacientes con estenosis aórtica grave y riesgo elevado**

Coordinador Dr. AMUCHASTEGUI Luis M. (ARGENTINA)
Agonista Dr. MORIS César (ESPAÑA)
Antagonista Dr. KOTOWICZ Vadim (ARGENTINA)

Disertante Dr. RODRIGUEZ, Pablo Darío (ARGENTINA)

San Telmo — **E-posters**

12:00 - 13:30 **Sesión 5**

12:00 **Sindromes coronarios agudos II**
Presidente Dra. BARRESI Ana Lucia (ARGENTINA)
Comentador Dra. BLANCO CERDEIRA Patricia (ARGENTINA)
Comentador Dr. BORDONAVA Anselmo P. (ARGENTINA)
Comentador Dr. VILLARREAL Ricardo Alfredo (ARGENTINA)

12:00 **Pediatría II**
Presidente Dr. KREUTZER Rodolfo C. (ARGENTINA)
Comentador Dr. BENITES Eduardo (ARGENTINA)
Comentador Dr. CITATE Marta Graciela (ARGENTINA)
Comentador Dr. FLORES Jose Enrique (ARGENTINA)

Auditorio — **Mesa Redonda**

Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica

13:00 - 14:30 **Estado del arte en cirugía cardiovascular de las cardiopatías congénitas**

Coordinador Dr. SCHLICHTER Andres J. (ARGENTINA)
Panelista Dr. BARRETTA Jorge Orlando (ARGENTINA)
Panelista Dr. GARCIA DELUCIS Pablo (ARGENTINA)
Panelista Dr. KREUTZER Christian (ARGENTINA)

13:00 **Neonato con obstrucción crítica en el tracto de salida de ventrículo izquierdo: ¿Estrategia uni o biventricular?**
Disertante Dr. PIZARRO Christian (ESTADOS UNIDOS)

13:20 **Corrección de enfermedad de Ebstein's utilizando reconstrucción o plástica de cono**
Disertante Dr. DA SILVA José Pedro (BRASIL)

13:40 **Opción de shunt en cirugía de Noewood: evidencia actual**
Disertante Dr. PIZARRO Christian (ESTADOS UNIDOS)

14:00 **Técnica y resultados en cirugía de Norwood en San Pablo, Brasil**
Disertante Dr. DA SILVA José Pedro (BRASIL)

Catalinas — **Simposio de La Industria**

Hipertensión Arterial - Prevención y Epidemiología Cardiovascular

13:00 - 14:30 **Simposio Elea. El riesgo cardiovascular global en hipertensos. ¿Adónde queremos llegar?**

Coordinador Dr. BENDERSKY Mario Alberto (ARGENTINA)

13:00 **Introduccion y bienvenida: Las metas tensionales.**
Disertante Dr. BENDERSKY Mario Alberto (ARGENTINA)

13:20 **¿Seguimos utilizando el Score de Framingham? ¿Hay métodos mejores para evaluar el riesgo CV global?**

13:40 **¿Es importante bloquear el SRA en hipertensos? ¿Tienen ventajas los ARA II?**
Disertante Dr. PISKORZ Daniel L. (ARGENTINA)

Lunes 3

La Pampa — **Simposio de La Industria**

Cardiología Intervencionista

13:00 - 14:30 **TCT@SAC@CACI - Simposio AMT-Medtronic. Tratamiento endovascular de la patología aórtica torácica y abdominal. Nuevos dispositivos para nuevos desafíos**

Coordinador Dr. MICELI Miguel Angel (ARGENTINA)

Coordinador Dr. PARODI Juan Carlos (ARGENTINA)

Coordinador Dr. PIRAINO Ruben A. (ARGENTINA)

13:00 **Disección aórtica tipo B. Estado actual de las indicaciones del tratamiento endovascular. ¿Solamente para pacientes complicados?**

Disertante Dr. LONDERO Hugo Francisco (ARGENTINA)

13:20 **Tratamiento endovascular de AAA en anatomía hostil. Indicaciones off-label**

Disertante Dr. SCUTERI Antonio (ARGENTINA)

13:40 **Tratamiento endovascular de AAA que involucar las arterias iliacas. ¿Cuál es el límite de diámetro tolerado enlas arterias iliacas? ¿Cuándo embolizar arterias hipogástricas?**

Disertante Dr. LICHIERI Alberto

14:00 **Complicaciones del EVAR y su resolución. ¿Es posible resolverlas por vía endovascular? ¿Es necesaria la conversión a cielo abierto?**

Disertante Dr. ROSTAGNO Román (ARGENTINA)

Libertador B — **Simposio de La Industria**

13:00 - 14:30 **Simposio Pfizer. De la prevención al daño cardiovascular: cada día algo nuevo**

Coordinador Dr. SOSA LIPRANDI Alvaro (ARGENTINA)

13:00 **Riesgo cardiovascular global: un concepto consolidado**

Disertante Dr. SOSA LIPRANDI Alvaro (ARGENTINA)

13:20 **Lípidos y enfermedad cardiovascular: una relación creciente**

Disertante Dr. LOZADA Alfredo Federico (ARGENTINA)

13:40 **¿El bloqueo de la aldosterona previene el daño cardiovascular?**

Disertante Dr. MARTINEZ Felipe (ARGENTINA)

Libertador C — **Simposio de La Industria**

13:00 - 14:30 **Simposio Gador. Diabetología cardiovascular. Nuevos enfoques terapéuticos**

Coordinador Dr. ESPER Ricardo Jorge (ARGENTINA)

13:00 **Apertura**

Coordinador Dr. ESPER Ricardo Jorge (ARGENTINA)

13:05 **Sindrome metabólico y diabetes. ¿Qué hay de nuevo?**

Disertante Dr. PUCHULU Felix

13:20 **Dislipidemia diabética. Reconocimiento y terapéutica precoz**

Disertante Dr. VILARIÑO Jorge Omar (ARGENTINA)

13:40 **Hipertensión en el diabético. Nuevos conceptos**

Disertante Dr. ESPER Ricardo Jorge (ARGENTINA)

13:55 **Debate**

14:15 **Presentación del libro Diabetología Cardiovascular**

Ombú — **Curso**

Cardiología Clínica

13:00 - 14:30 **Presentadores eficaces: oratoria y PowerPoint**

Disertante Sr. COSTA Ernesto (ARGENTINA)

Retiro A — **Simposio de La Industria**

Valvulopatías y Endocarditis

13:00 - 14:30 **Simposio Sanofi-Aventis. Síndrome coronario agudo: De la fisiopatología al tratamiento.**

Coordinador Dr. CAGIDE Arturo (ARGENTINA)

13:00 **Antiplaquetarios: buscando el equilibrio entre eficacia y seguridad**

Disertante Dr. IGLESIAS Ricardo Mario (ARGENTINA)

13:15 **Los antiplaquetarios en la sala de hemodinamia**

Disertante Dr. PALACIOS Alejandro (ARGENTINA)

13:30 **Sindrome coronario agudo: Evolución y tratamiento antiagregante**

Disertante Dr. CAGIDE Arturo (ARGENTINA)

Retiro B — **Simposio de La Industria**

Cardiología Clínica

13:00 - 14:30 **Simposio Novartis Argentina. Hipertensión y diabetes: Nuevas evidencias**

Coordinador Dr. VILLAMIL Alberto Servando (ARGENTINA)

13:00 **¿Es posible prevenir la aparición de diabetes en pacientes con hipertensión arterial?**

Disertante Dra. CAGIDE Analia (ARGENTINA)

13:20 **Hipertensión y diabetes: analizamos la presencia de un mecanismo común. ¿Debemos tratarlos en forma independiente?**

Disertante Dr. INSERRA Felipe (ARGENTINA)

13:40 **¿Qué podemos ofrecer a nuestros pacientes? El éxito de las combinaciones**

Disertante Dr. WAISMAN Gabriel Dario (ARGENTINA)

Retiro C — **Simposio de La Industria**

13:00 - 14:30 **Simposio Servier. ESC en Argentina. Un paso adelante en el tratamiento de la enfermedad coronaria y de la insuficiencia cardíaca**

Coordinador Dr. MASOLI Osvaldo H. (ARGENTINA)

13:05 **Ivabradina: una nueva opción terapéutica para los pacientes con enfermedad coronaria e insuficiencia cardíaca**

Disertante Dr. FERRARI Roberto (ITALIA)

13:30 **Estudio SHIFT: Nuevos resultados e implicancias en la insuficiencia cardíaca**

Disertante Dr. KOMAJDA Michel (FRANCIA)

13:55 **Ivabradina en la práctica diaria. Casos clínicos**

Disertante Dr. MASOLI Osvaldo H. (ARGENTINA)

Río de La Plata — **Jornada**

Jornadas FCA

13:00 - 14:30 **Formación de líderes para el desarrollo de programas de la Fundación Cardiológica Argentina en los Distritos**

Coordinador Dra. SWIESZKOWSKI Sandra (ARGENTINA)

San Telmo — **E-posters**

14:00 - 15:30 **Sesión 6**

14:00 **Arritmias III**

Comentador Dr. DE ZULOAGA Claudio (ARGENTINA)

Comentador Dr. GANT LOPEZ José (ARGENTINA)

Comentador Dr. OSEROFF Oscar (ARGENTINA)

14:00 **Imágenes I**

Presidente Dr. MARTIRE Victor Daniel (ARGENTINA)

Comentador Dr. BERTONI Hernan Gabriel (ARGENTINA)

Comentador Dra. DAICZ Mariana (ARGENTINA)

Comentador Dra. VOLBERG Veronica Ines (ARGENTINA)

Auditorio — **Mesa Redonda**

Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica

15:00 - 16:30 **Nuevas tendencias en arritmias y electrofisiología pediátrica**

Coordinador Dr. MOLTEDO Jose Manuel (ARGENTINA)

Panelista Dra. DI SANTO Marisa Viviana (ARGENTINA)

Panelista Dr. SCIEGATA Alberto M. (ARGENTINA)

Panelista Dra. STEFANI Amalia Noemi (ARGENTINA)

15:00 **Arritmias fetales. Bloqueo AV completo. Indicaciones de estimulación cardíaca**

Disertante Dr. SNYDER Christopher (ESTADOS UNIDOS)

15:20 **Miocardiopatía hipertrófica en la edad pediátrica: De la genética al tratamiento**

Disertante Dr. ALDAY Luis Eduardo (ARGENTINA)

15:40 **Muerte súbita cardíaca en pediatría y en pacientes con cardiopatías congénitas**

Disertante Dr. SNYDER Christopher (ESTADOS UNIDOS)

16:00 **¿Qué causa falla tardía luego de cirugía de Fontán-Kreutzer?**

Disertante Dr. REDINGTON Andrew (CANADA)

Catalinas — **Mesa Redonda**

15:00 - 16:30 **Síncope en diferentes poblaciones**

Coordinador Dr. ACUÑA Marcos (ARGENTINA)

Coordinador Dr. MAUTNER Branco (ARGENTINA)

15:00 **En el anciano**

Disertante Dr. ALBINA Gaston (ARGENTINA)

15:15 **En niños y adolescentes**

Disertante Dr. SCIEGATA Alberto M. (ARGENTINA)

15:30 **Detección precoz del síncope vasovagal**

Disertante Dr. VILLAMIL Alejandro Maria (ARGENTINA)

15:45 **Neurogénico**

Disertante Dra. RUIZ Graciela Aurora (ARGENTINA)

La Pampa — **Simposio**

15:00 - 16:30 **TCT@SAC@CACI - Tratamiento antitrombótico**

Coordinador Dr. ABIZAID Alexandre (BRASIL)

Coordinador Dr. PIRAINO Ruben A. (ARGENTINA)

15:00 **Mortalidad del sangrado en pacientes con sindromes coronarios agudos**

Disertante Dr. STONE Gregg (ARGENTINA)

15:15 **Antiagregantes plaquetarios. Diagramas de uso de clopidogrel, prasugrel y ticagrelor**

Disertante Dra. ROLANDI Florencia (ARGENTINA)

15:30 **Uso de los inhibidores de la GPIIb/IIIa en la unidad coronaria y en la sala de cateterismo**

Disertante Dr. KASTRATI Adnan (ALEMANIA)

15:45 **Desafíos médicos: 1. Paciente anticoagulado crónico que requiere angioplastia y doble antiagregación plaquetaria. 2. Paciente con doble antiagregación plaquetaria por stent con droga que requiere cirugía**

Disertante Dra. MEHRAN Roxana (ESTADOS UNIDOS)

16:00 **Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista**

Coordinador Dr. RODRIGUEZ Alfredo (ARGENTINA)

Panelista Dra. ARIS CANCELA Maria Esther (ARGENTINA)

Panelista Dr. CHERRO Alejandro (ARGENTINA)

Panelista Dr. FERNANDEZ PEREIRA Carlos (ARGENTINA)

Panelista Dr. HALAC Marcelo Elias (ARGENTINA)

Panelista Dr. IRAVEDRA Jorge Alberto (ARGENTINA)

Libertador B — **Mesa Redonda**

Prevención y Epidemiología Cardiovascular

15:00 - 16:30 **Área de Consensos - Prevención cardiovascular**

Coordinador Dr. LERMAN Jorge (ARGENTINA)

Coordinador Dr. SAMPO Eduardo A. (ARGENTINA)

15:07 **Evaluación del riesgo cardiovascular global**

Presentador Dr. ZYLBERSZTEJN Horacio M. (ARGENTINA)

15:14 **Hipertensión arterial**

Presentador Dr. SANCHEZ Ramiro (ARGENTINA)

15:21 **Dislipidemias**

Presentador Dr. REY Ricardo Horacio (ARGENTINA)

15:28 **Tabaquismo**

Presentador Dr. KRAUSS Juan G. (ARGENTINA)

15:35 **Diabetes**

Presentador Dr. MELE Eduardo F. (ARGENTINA)

15:42 **Sedentarismo**

Presentador Dr. PEIDRO Roberto Maximino (ARGENTINA)

15:49 **Factores psicosociales**

Presentador Dr. SZTEJFMAN Luis Carlos (ARGENTINA)

15:56 **Obesidad**

Presentador Dr. TARTAGLIONE (H) Jorge E. (ARGENTINA)

16:03 **Biomarcadores y Prevención**

16:10 **Agentes farmacológicos**

Presentador Dr. CAFFERATA Alberto M. (ARGENTINA)

16:17 **Discusión**

Lunes 3

Libertador C — **Mesa Redonda**

Cardiología Clínica

15:00 - 16:30 **ESC en Argentina. Discusión de casos clínicos**

Coordinador Dr. FERRARI Roberto (ITALIA)

Coordinador Dr. HITA Alejandro (ARGENTINA)

15:00 **Caso clínico. Paciente con fibrilación auricular**

Presentador Dr. COSTABEL Juan Pablo (ARGENTINA)

15:15 **Discusion**

Disertante Dr. FRANK Robert (FRANCIA)

15:30 **Fibrilación auricular: Puntos claves de las guías ESC**

Comentador Dr. LABADET Carlos D. (ARGENTINA)

Disertante Dr. FRANK Robert (FRANCIA)

15:45 **Fibrilación auricular: Comentarios sobre las guías ESC**

Comentador Dr. LABADET Carlos D. (ARGENTINA)

16:00 **Caso clínico. Paciente con enfermedad vascular periférica**

Presentador Dr. PELTZ Guillermo Horacio (ARGENTINA)

16:15 **Discusión**

Comentador Dr. MINAR Erich (AUSTRIA)

Martín Fierro — **Mesa Redonda**

Enfermedad de Chagas

15:00 - 16:30 **Nuevos métodos diagnósticos en la enfermedad de Chagas**

Coordinador Dra. BONELLI Haydee Liliana (ARGENTINA)

Coordinador Dra. GOROCITO Marta Gloria (ARGENTINA)

Panelista Dr. BENASSI Marcelo Domingo (ARGENTINA)

Panelista Dr. CABRAL Humberto Ramon A. (ARGENTINA)

Panelista Dr. FLORES Juan Paul (ARGENTINA)

Panelista Dr. TOMASELLA Marcos Pedro (ARGENTINA)

15:00 **La ecocardiografía como predictor de evolutividad**

Disertante Dra. GILI Monica Mabel (PARAGUAY)

15:15 **Valor del PROBNP**

Disertante Dr. OLIVA Martin Hector (ARGENTINA)

15:30 **Valor de la ergometría**

Disertante Dr. DE ROSA Miguel Angel (ARGENTINA)

15:45 **¿La condicion social y el alfabetismo condiciona el pronóstico?**

Disertante Dr. STORINO Ruben A. (ARGENTINA)

Ombú — **Curso**

Investigación Básica

15:00 - 15:30 **Genética para el cardiólogo clínico. Módulo III: Tests genéticos**

Coordinador Dr. ACUNZO Rafael Salvador (ARGENTINA)

Coordinador Dr. ONTIVEROS Gustavo Adolfo (ARGENTINA)

15:00 **Qué información provee un test genético: su impacto en el diagnóstico, pronóstico y conducta terapéutica en: síndrome de QT largo, taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica, síndrome de Brugada y QT corto y fibrilación auricular**

Disertante Dra. GUERCHICOFF Alejandra (ESTADOS UNIDOS)

Disertante Dra. GUERCHICOFF LEMCKE Marianna Silvia (ARG)

Cardiología Clínica

15:40 - 16:30 **Genética para el cardiólogo clínico. Módulo III: Tests genéticos**

Coordinador Dr. ACUNZO Rafael Salvador (ARGENTINA)

Coordinador Dr. ONTIVEROS Gustavo Adolfo (ARGENTINA)

15:40 **Qué información provee un test genético: su impacto en el diagnóstico, pronótico y conducta terapéutica en: miocardiopatía hipertrófica, miocardiopatía dilatada, displasia arritmogénica del ventrículo derecho y miocardio no compacto**

Disertante Dra. GUERCHICOFF Alejandra (ESTADOS UNIDOS)

Disertante Dra. GUERCHICOFF LEMCKE Marianna Silvia (ARGENTINA)

Retiro A — **Discusión Interactiva de Casos Clínicos**

Jornada CONAREC

15:00 - 16:30 **CONAREC - Arritmias**

Coordinador Dr. OSEROFF Oscar (ARGENTINA)

Panelista Dr. CHIALE Pablo (ARGENTINA)

Panelista Dr. GONZALEZ Miguel Angel (ARGENTINA)

Panelista Dr. GONZALEZ Nicolas (ARGENTINA)

Panelista Dr. PEREZ Gonzalo Emanuel (ARGENTINA)

Panelista Dr. PEREZ ETCHEPARE Raul (ARGENTINA)

Retiro B — **Mesa Redonda**

Insuficiencia Cardíaca y Trasplante - Cardiología Clínica

15:00 - 16:30 **Sesión conjunta SAC - Sociedad Sudamericana de Cardiología - Insuficiencia cardíaca 2011**

Presidente Dr. BELZITI Cesar Antonio (ARGENTINA)

Presidente Dra. PANIAGUA DE DECOUD María (PARAGUAY)

15:00 **¿Existen nuevas evidencias para mejorar el tratamiento farmacológico?**

Disertante Dr. ILHA GUIMARAES Jorge (BRASIL)

15:15 **¿Han cambiado los criterios de revascularización después del STICH?**

Disertante Dr. MASOLI Osvaldo H. (ARGENTINA)

15:30 **¿A quién indicar un cardiodesfibrilador implantable y/o un resincronizador?**

Disertante Dr. CUESTA Alejandro (URUGUAY)

15:45 **¿Cómo tratar la insuficiencia cardíaca con fracción de eyacción conservada?**

Disertante Dr. FAIRMAN Enrique (ARGENTINA)

Retiro C — **Mesa Redonda**

Aterosclerosis, Lípidos y Diabetes - Prevención y Epidemiología Cardiovascular

15:00 - 16:30 **HDL**

Coordinador Dr. COURTADE IRIARTE Pablo (ARGENTINA)

Coordinador Dr. ESTEBAN Eduardo Osvaldo (ARGENTINA)

15:00 **HDL: Mucho más que colesterol bueno**

Disertante Dr. BRITES Fernando Daniel (ARGENTINA)

15:15 **HDL y riesgo residual: ¿Culpable o inocente?**

Disertante Dr. ELIKIR Gerardo Damian (ARGENTINA)

15:30 **Elevar el HDL: ¿Reduce el riesgo cardiovascular?**

Disertante Dr. GIUNTA Gustavo Ariel (ARGENTINA)

15:45 **HDL BAJO: qué no dicen las guías**

Disertante Dr. SINIAWSKI Daniel Alberto (ARGENTINA)

Río de La Plata **Jornada**

Jornadas FCA

Cardiología Clínica

15:00 - 16:30 **Fundación Cardiológica Argentina - ACLS. Taller de demostración con maniquíes y simuladores I**

San Telmo **E-posters**

16:00 - 17:30 **Sesión 7**

16:00 **Aterosclerosis y enfermedad vascular**

Presidente Dr. PEDROZA Carlos Ernesto (ARGENTINA)

Comentador Dra. LAGO Noemi Elisabet (ARGENTINA)

Comentador Dr. PELTZ Guillermo Horacio (ARGENTINA)

Comentador Dra. ZGAIB Maria Elisa (ARGENTINA)

16:00 **Imágenes II**

Presidente Dr. AGUIRRE Atilio de Jesus (ARGENTINA)

Comentador Dr. AVEGLIANO Gustavo Pablo (ARGENTINA)

Comentador Dr. BARATTA Sergio Juan (ARGENTINA)

Comentador Dra. REDRUELLO Marcela Fabiana (ARGENTINA)

16:00 **Ergometría**

Presidente Dr. SANCHEZ Javier Albino (ARGENTINA)

Comentador Dr. TORTORELLA Roberto L. (ARGENTINA)

Comentador Dr. TURRI Domingo (ARGENTINA)

Auditorio **Mesa Redonda**

Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica

16:45 - 18:15 **Actualización en cirugía y recuperación cardiovascular en pediatría**

Coordinador Dr. ANTELO Carlos Alfredo (ARGENTINA)

Panelista Dr. ALVAREZ Carlos Eduardo (ARGENTINA)

Panelista Dr. DIAZ Juan Ignacio (ARGENTINA)

Panelista Dra. PEDRAZA Noemi Claudia (ARGENTINA)

16:45 **Monitoreo funcional de la microhemodinamia. ¿Un camino posible?**

Disertante Dr. BANILLE Edgardo (ARGENTINA)

17:05 **Realizar ECMO en Argentina: ¿Ficción o realidad? Resultados disponibles**

Disertante Dr. MAGLIOLA Ricardo (ARGENTINA)

17:25 **Estrategias de protección cerebroespinal en cirugía por cardiopatías congénitas. Avances y resultados**

Disertante Dr. CAMPOS Marcelo Roberto (ARGENTINA)

17:45 **Opciones quirúrgicas en enfermedad de Ebstein's neonatal**

Disertante Dr. PIZARRO Christian (ESTADOS UNIDOS)

Catalinas **Mesa Redonda**

Patología de La Aorta

16:45 - 18:15 **La raíz de aorta en diferentes escenarios**

Coordinador Dr. CRAVZOV Ricardo Miguel (ARGENTINA)

Coordinador Dr. WEICH GLOGIER Fabio Leonardo (ARGENTINA)

16:45 **La aorta dilatada con válvula bicúspide**

Disertante Dr. TARASOUTCHI Flavio (BRASIL)

17:00 **Imágenes**

Disertante Dr. GRZEDA Victor Mario (ARGENTINA)

17:15 **Cirugías de preservación de la válvula**

Disertante Dr. FAVALORO Roberto Rene (ARGENTINA)

17:30 **Síndrome aórtico agudo**

Disertante Dr. MARENCHINO Ricardo Gustavo (ARGENTINA)

La Pampa **Simposio**

Cardiología Intervencionista - Miocardiopatías

16:45 - 18:15 **TCT@SAC@CACI - Tratamiento percutáneo de la estenosis valvular aórtica**

Coordinador Dr. ABIZAID Alexandre (BRASIL)

Coordinador Dra. GRINFELD Liliana (ARGENTINA)

Coordinador Dr. MICELI Miguel Angel (ARGENTINA)

17:00 **Definición de alto riesgo quirúrgico. Indicaciones actuales del reemplazo valvular aórtico percutáneo**

Disertante Dr. STUTZBACH Pablo Guillermo (ARGENTINA)

17:15 **Resultados intrahospitalarios y a largo plazo del reemplazo valvular aórtico percutáneo**

Disertante Dr. MORIS César (ESPAÑA)

17:30 **Consenso y Registro Argentino del Reemplazo Valvular Aórtico Percutáneo**

Disertante Dr. PAYASLIAN Miguel Oscar (ARGENTINA)

17:45 **Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista**

Coordinador Dr. SZTEJFMAN Luis Carlos (ARGENTINA)

Panelista Dra. AGATIELLO Carla Romina (ARGENTINA)

Panelista Dr. BALLARINO Miguel Angel (ARGENTINA)

Panelista Dr. KIRSCHMAN Diego (ARGENTINA)

Panelista Dr. LEIVA Gustavo Alfredo (ARGENTINA)

Panelista Dr. VALDIVIESO CEDEÑO Leon (ARGENTINA)

Libertador B **Mesa Redonda**

Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

16:45 - 18:15 **Manejo de la IC crónica isquémica**

Coordinador Dr. RUBINETTI Héctor (ARGENTINA)

Coordinador Dra. TETTAMANTI Maria Estela (ARGENTINA)

16:45 **¿Qué técnica de imágenes es preferible?**

Disertante Dr. PEREZ DE ARENAZA Diego (ARGENTINA)

17:00 **Remodelamiento progresivo hacia la IC**

Disertante Dr. GRANCELLI Hugo Omar (ARGENTINA)

17:15 **Intervenciones coronarias percutáneas**

Disertante Dr. WISNER Jorge N. (ARGENTINA)

17:30 **Manejo quirúrgico**

Disertante Dr. PIAZZA Ramon Antonio (ARGENTINA)

Lunes 3

Libertador C — **Mesa Redonda**

16:45 - 18:15 **ESC en Argentina. Discusión de casos clínicos**

Coordinador Dr. BELZITI Cesar Antonio (ARGENTINA)

Coordinador Dr. FERRARI Roberto (ITALIA)

16:45 **Enfermedad vascular periférica. Puntos claves de las guías ESC**

Disertante Dr. MINAR Erich (AUSTRIA)

17:00 **Enfermedad vascular periférica. Comentarios sobre las guías ESC**

Comentador Dr. MASSON JUAREZ Walter Mauricio (ARGENTINA)

17:15 **Caso clínico. Paciente con SCA sin ST**

Presentador Dr. OCHOA Juan Pablo (ARGENTINA)

17:30 **Discusión**

Comentador Dr. FERRARI Roberto (ITALIA)

17:40 **SCA sin ST. Puntos claves de las guías ESC**

Disertante Dr. FERRARI Roberto (ITALIA)

18:00 **SCA sin ST. Comentarios sobre las guías ESC**

Comentador Dr. SOSA LIPRANDI Alvaro (ARGENTINA)

Martín Fierro — **Mesa Redonda**

Enfermedad de Chagas

16:45 - 18:15 **Enfermedad de Chagas: Nuevos aportes del tratamiento**

Coordinador Dr. BERENSTEIN Cesar Damian (ARGENTINA)

Coordinador Dr. ELIZARI Marcelo Victor (ARGENTINA)

Panelista Dr. CARRIZO PAEZ Ruben (ARGENTINA)

Panelista Dr. GONZALEZ ZUELGARAY Jorge (ARGENTINA)

Panelista Dr. PESCE Ricardo (ARGENTINA)

Panelista Dr. ROMERO VILLANUEVA Horacio (ARGENTINA)

16:45 **Implante de células autólogas**

Disertante Dra. LAGO Noemi Elisabet (ARGENTINA)

17:00 **Cardiodesfibriladores y resincronizadores**

Disertante Dr. MEDESANI Luis Alberto (ARGENTINA)

17:15 **Trasplante en la miocardiopatía chagásica**

Disertante Dra. FAVALORO Liliana Ethel (ARGENTINA)

17:30 **¿Hay Chagas en Europa?**

Disertante Dra. LUNA Stella Maris (ARGENTINA)

Ombú — **Curso**

Educación Médica

16:45 - 17:30 **Taller de investigación. Módulo II - Leyendo artículos científicos con mirada crítica**

Coordinador Dr. THIERER Jorge (ARGENTINA)

16:45 **Sobre sesgos y confundidores**

17:30 - 18:15 **Taller de investigación. Módulo II - De una idea al proyecto. Primeras herramientas para concretar su protocolo**

Coordinador Dr. HIGA Claudio Cesar (ARGENTINA)

17:30 **Caracterizando la población en estudio**

17:30 **Nociones sobre cálculo de la muestra**

Retiro A — **Discusión Interactiva de Casos Clínicos**

Jornada CONAREC

16:45 - 18:15 **CONAREC - Prevención cardiovascular**

Coordinador Dr. COMTESSE Daniel (ARGENTINA)

Panelista Dr. BERGMAN Guido Ezequiel (ARGENTINA)

Panelista Dr. LERMAN Jorge (ARGENTINA)

Panelista Dr. REY Ricardo Horacio (ARGENTINA)

Panelista Dr. ROSENDE Andres (ARGENTINA)

Retiro B — **Mesa Redonda**

Cardiopatía Isquémica Crónica

16:45 - 18:15 **Sesión conjunta SAC-Sociedad Interamericana de Cardiología. Enfermedad coronaria crónica 2011**

Presidente Dr. BARRERO Carlos Manuel (ARGENTINA)

Presidente Dr. DONES Wistremundo (PUERTO RICO)

16:45 **¿Cómo optimizar el tratamiento farmacológico?**

Disertante Dr. MARTINEZ SANCHEZ Carlos (MEXICO)

17:00 **¿Contribuyen las imágenes para definir las conductas terapéuticas?**

Disertante Dr. PIZARRO Rodolfo (ARGENTINA)

17:15 **¿Quién debe ser revascularizado?**

Disertante Dr. MELE Eduardo F. (ARGENTINA)

17:30 **¿Cómo definir la estrategia de la revascularización?**

Disertante Dr. URINA TRIANA Manuel (COLOMBIA)

Retiro C — **Mesa Redonda**

Síndromes Isquémicos Agudos

16:45 - 18:15 **Estado del arte en terapia antiplaquetaria**

Coordinador Dra. FLORES Maria Isabel (ARGENTINA)

Coordinador Dr. GUETTA Javier (ARGENTINA)

16:45 **¿Es necesario el test genético?**

Disertante Dr. DURONTO Ernesto Alfredo (ARGENTINA)

17:00 **Trombosis del stent hoy**

Disertante Dr. SANTAERA Omar Anibal (ARGENTINA)

17:15 **Subgrupos (diabéticos, IRC, ancianos, mujeres)**

Disertante Dr. BENZADON Mariano N. (ARGENTINA)

17:30 **Nuevas drogas, nuevos objetivos**

Disertante Dr. CHARASK Adrian Alberto (ARGENTINA)

Río de La Plata — **Jornada**

Jornadas FCA

Cardiología Clínica

16:45 - 18:15 **Fundación Cardiológica Argentina - ACLS. Taller de demostración con maniquíes y simuladores II**

La Pampa — **Simposio**

18:15 - 18:20 **Palabras de Cierre TCT@CACI@SAC**

Disertante Dr. PIRAINO Ruben A. (ARGENTINA)

Auditorio — **Mesa Redonda**

18:30 - 20:00 **Consejo de Investigación Básica en conjunto con la International Academy of Cardiovascular Science. Fisiopatología de la hipertrofia e insuficiencia cardíaca**

Coordinador Dr. DONATO Pablo Martin (ARGENTINA)

Coordinador Dr. GAGLIARDI Juan Alberto (ARGENTINA)

18:30 **Papel de las metaloproteinasas de matriz en el desarrollo de la insuficiencia cardíaca luego de un infarto agudo de miocardio**

Disertante Dr. GAGLIARDI Juan Alberto (ARGENTINA)

18:45 **Modulación del receptor beta adrenérgico en la progresión hacia la insuficiencia cardíaca: papel de la adenilciclasa tio 5**

Disertante Dr. VATNER Stephen (ESTADOS UNIDOS)

18:45 **Papel del intercambiador Na+/H+ en la hipertrofia miocárdica**

Disertante Dr. CINGOLANI Horacio (ARGENTINA)

18:45 **Nuevos aspectos clínicos en la insuficiencia cardíaca**

Disertante Dr. MARINO Javier Claudio (ARGENTINA)

Catalinas — **Actividad Societaria**

18:30 - 20:00 **Acto de entrega de diplomas de Recertificación Profesional**

Libertador C — **Simposio de La Industria**

18:30 - 20:00 **Simposio Bayer Healthcare. ESC en Argentina. Actualización de la prevención de los accidentes cerebrovaculares en la fibrilación auricular. Enfoque en la anticoagulación**

Coordinador Dr. GONZALEZ Jose Luis (ARGENTINA)

Coordinador Dr. IGLESIAS Ricardo Mario (ARGENTINA)

18:30 **Introducción**

Disertante Dr. GONZALEZ Jose Luis (ARGENTINA)

18:35 **Fibrilación auricular: Epidemiología e importancia en la práctica clinica actual**

Disertante Dr. GINIGER Alberto Germán (ARGENTINA)

18:55 **Terapéutica antitrombótica actual para los pacientes con fibrilación auricular: Beneficios y barreras.**

Disertante Dr. IGLESIAS Ricardo Mario (ARGENTINA)

19:20 **Estrategias antitrombóticas emergentes para la prevención de los accidentes cerebrovasculares en pacientes con fibrilación auricular.**

Disertante Dr. PATEL Manesh (EE.UU)

Martín Fierro — **Actividad Societaria**

18:30 - 20:00 **Carrera de Especialista en Cardiología. Residencias Cardiológicas Asociadas UBA - Ramos Mejía - Presentación de monografías seleccionadas. Promoción 2009-2010**

Coordinador Dra. DE MOLLEIN Daniela Pilar (ARGENTINA)

Coordinador Dr. ROITER Hector Gabriel (ARGENTINA)

18:30 **Síndrome cardiorenal**

Autor Dra. MAHIA Mariana Cecilia (ARGENTINA)

Comentador Dr. THIERER Jorge (ARGENTINA)

18:45 **Obesidad y síndrome metabólica en niños y adolescentes**

Autor Dr. ROSENDE Andres (ARGENTINA)

19:00 **Estenosis aórtica grave con bajo flujo, bajo gradiente y fracción de eyección conservada: Consideraciones fisiopatológicas e implicancias para la práctica clínica**

Autor Dr. PEREZ NUÑEZ Hernan (ARGENTINA)

Comentador Dr. MIGLIORE Ricardo A. (ARGENTINA)

19:15 **Trombolíticos en el tromboembolismo de pulmón: Del alto al moderado riesgo**

Autor Dra. SIERRA Melisa Andrea (ARGENTINA)

Comentador Dr. UBALDINI Jorge Eduardo (ARGENTINA)

19:30 **Revisión y actualización de la miocardiopatía aguda reversible catecolaminérgica: Tako Tsubo**

Autor Dr. GONZALEZ Juan Martin (ARGENTINA)

Comentador Dr. TRIVI Marcelo Sergio (ARGENTINA)

Retiro A — **Mesa Redonda**

Salud Pública y Psicosociales - Prevención y Epidemiología Cardiovascular

18:30 - 20:00 **Sesión conjunta SAC - Fundación Cardiológica Argentina - Ministerio de Salud Pública. Conocemos la prevalencia de los factores de riesgo vasculares en la Argentina. ¿Qué vamos a hacer?**

Coordinador Dr. BARRERO Carlos Manuel (ARGENTINA)

Coordinador Dr. FERRANTE Daniel Carlos (ARGENTINA)

Coordinador Dr. LA GRECA Rodolfo Daniel (ARGENTINA)

18:30 **Implementación de políticas nacionales para su control**

Disertante Dr. LASPIUR Sebastian (ARGENTINA)

18:50 **La actitud de los argentinos ante los factores de riesgo**

Disertante Dra. SWIESZKOWSKI Sandra (ARGENTINA)

19:10 **Programa para abolir la epidemia cardiovascular en la Argentina**

Disertante Dr. DOVAL Hernan C. (ARGENTINA)

Retiro C — **Mesa Redonda**

Investigación Básica

18:30 - 20:00 **Sesión conjunta SAC - Instituto de Investigaciones Cardiológicas (UBA-CONICET). Ritmos biológicos en cardiología**

Coordinador Dr. LERMAN Jorge (ARGENTINA)

Coordinador Dr. MILEI Jose (ARGENTINA)

18:30 **Variabilidad baroquimioreceptorial**

Disertante Dr. MILEI Jose (ARGENTINA)

18:45 **Osciladores biológicos y teoría del caos en relación con la muerte súbita**

Disertante Dr. GONZALEZ ZUELGARAY Jorge (ARGENTINA)

19:00 **Variabilidad de la presión arterial y velocidad de la onda del pulso**

Disertante Dr. AMBROSIO Giuseppe (ITALIA)

19:15 **Variabilidad frecuencia cardíaca y muerte súbita**

Disertante Dr. GONZALEZ ALDUNATE Rolando (CHILE)

Martes 4 *Resumen del día*

Inicio	Fin	Salón	Título
08:00	09:30	Auditorio	Cardiología pediátrica II
08:00	09:30	Catalinas	Consejo de Electrofisiología I - Nuevos conceptos en arritmias
08:00	09:30	Golden Horn	Consejo de Insuficiencia Cardíaca. Novedades en la terapéutica de la insuficiencia cardíaca
08:00	09:30	La Pampa	Consejo de Ecocardiografía - Estenosis aórtica severa
08:00	09:30	Libertador B	Consejo de Hipertensión Arterial - Aspectos fisiopatológicos de la HTA
08:00	09:30	Libertador C	Consejo de Emergencias. SCA sin ST
08:00	09:30	Martín Fierro	Consejo de Ergometría y Rehabilitación Cardiovascular - Corazón, ejercicio y deportes
08:00	09:30	Retiro A	Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista - Mirando hacia el futuro en cardiología clínica e intervencionista
08:00	09:30	Retiro B	Consejo de Epidemiología y Prevención Cardiovascular - Aspectos controvertidos en la evaluación y tratamiento del paciente en prevención cardiovascular
08:00	09:30	Retiro C	Consejo de Cardiología Nuclear. ¿Estrategias para evaluar la enfermedad coronaria? Presente y futuro
09:45	11:15	Auditorio	Sesión conjunta con la Sociedad Internacional de Adultos con Cardiopatías Congénitas
09:45	11:15	Catalinas	Ateneo PROSAC: Apnea del sueño y enfermedad cardiovascular
09:45	11:15	Golden Horn	Consejo de Insuficiencia Cardíaca + ECO + Electrofisiología - Selección de pacientes para terapia de resincronización cardíaca
09:45	11:15	La Pampa	Miocardiopatías
09:45	11:15	Libertador B	Consejo de Hipertensión Arterial - Hipertensión arterial en el paciente anciano
09:45	11:15	Libertador C	Consejo de Emergencias Cardiovasculares. SCA con ST
09:45	11:15	Martín Fierro	Revista Argentina de Cardiología. Combatiendo el "burn-out". Narrativa en cardiología
09:45	11:15	Poncho	Consejo de Aterosclerosis y Trombosis - Riesgo cardiovascular en la enfermedad hepática grasa no alcohólica
09:45	11:15	Retiro A	Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista - Revascularización coronaria compleja. Estrategias para el salvataje miocárdico
09:45	11:15	Retiro B	Consejo de Stroke y Epidemiología. Qué hacer y qué no hacer con la afectación significativa de múltiples territorios vasculares.
09:45	11:15	Retiro C	Sesión conjunta Consejo de Cardiología Nuclear, Consejo de Ecocardiografía y Consejo de Tomografía y Resonancia - Abordaje de la insuficiencia cardíaca en la era de la multimodalidad de imágenes
10:00	11:30	San Telmo	Sesión 8
11:45	12:30	Auditorio	Conferencia plenaria: Desarrollo congnitivo en pacientes con cardiopatías congénitas. Implicancias en el desarrollo en la vida adulta
11:45	12:30	Catalinas	Siempre se debe revascularizar a todos los pacientes con estenosis carotídea grave asintomática
11:45	12:30	Golden Horn	Las multimágenes reemplazarán al cateterismo en el diagnóstico de enfermedad coronaria
11:45	12:30	La Pampa	Los fármacos para el tratamiento de la hipertensión pulmonar mejoran la calidad de vida y reducen la mortalidad
11:45	12:30	Libertador B	Conferencia homenaje al Dr. Hugo Baglivo: "Inflamación y daño de órgano blanco en la hipertensión: lo bueno y lo malo"
11:45	12:30	Libertador C	Implante valvular aórtico percutáneo. Caso en vivo
11:45	12:30	Martín Fierro	Rehabilitación supervisada o domiciliaria en insuficiencia cardíaca. ¿Qué nos dejó el HF Action?
11:45	12:30	Retiro A	Monitoreo remoto para el manejo de los cardiodesfibriladores implantables. Estudio TRUST
11:45	12:30	Retiro B	Conferencia Fundación Dr. Pedro Cossio. 40 años de unidad coronaria. ¿Qué hemos aprendido?
11:45	12:30	Retiro C	Papel de las imágenes no invasivas en la evaluación diagnóstica y pronóstica del paciente con cardiopatía isquémica
12:00	13:30	San Telmo	Sesión 9
13:00	14:30	Auditorio	Reunión con expertos. Presentación de 3 casos
13:00	14:30	La Pampa	Simposio Abbott. Dislipidemia y enfermedad cardiovascular en el paciente de alto riesgo cardiovascular: nuevos mecanismos y tratamientos
13:00	14:30	Libertador C	Simposio Boehringer Ingelheim. Dabigatrán: una alternativa superior en el tratamiento antitrombótico de la fibrilación auricular
13:00	14:30	Martín Fierro	Area de Políticas de Salud. Bienestar médico: ¿qué hacemos por nosotros?
13:00	14:30	Ombú	Presentadores eficaces: oratoria y PowerPoint
13:00	14:30	Retiro A	Simposio Diagnóstico Maipú. Novedades tecnológicas en la evaluación no invasiva de la patología cardiovascular
13:00	14:30	Retiro B	AREA DE DOCENCIA. ¿Debería ser la Residencia el único sistema formador de especialistas?
14:00	15:30	San Telmo	Sesión 10
14:30	14:35	Auditorio	Cierre del XIV Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica
15:00	16:30	Catalinas	Consejo de Tomografia Computada y Resonancia Magnética Cardíaca. Papel de la Resonancia Magnética Cardíaca en la evaluacion de las cardiopatías
15:00	16:30	Golden Horn	Consejo de Insuficiencia Cardíaca. Comorbilidades en Insuficiencia Cardíaca
15:00	16:30	La Pampa	Hospital público 2011
15:00	16:30	Libertador B	Angioplastia coronaria. De la hemodinamia a la clínica
15:00	16:30	Libertador C	Fibrilación auricular
15:00	16:30	Martín Fierro	Fundación Cardiológica Argentina - Nutrientes y alimentos para la salud cardiovascular
15:00	15:40	Ombú	Genética para el cardiólogo clínico. Módulo IV: Consejo genético
15:00	16:30	Poncho	Consejo de Stroke. Stroke en la Unidad Coronaria ¿Que debe saber el cardiólogo?
15:00	16:30	Retiro A	XXII Jornada Rioplatense de Cardiologia. Síndrome coronario estable
15:00	16:30	Retiro B	Consejo de Cardiología Clínica - Reduciendo el riesgo cardiovascular en el paciente diabético
15:50	16:30	Ombú	Genética para el cardiólogo clínico. Módulo V: Medicina personalizada
16:45	18:15	Catalinas	Consejo de Tomografía Computada y Resonancia Magnética Cardíaca. Nuevas aplicaciones de la tomografía computada
16:45	18:15	Golden Horn	Consejo de Insuficiencia Cardíaca + Consejo de Emergencias - Insuficiencia cardíaca descompensada
16:45	18:15	La Pampa	Disfunción ventricular isquémica crónica: después del STICH
16:45	18:15	Libertador B	Hipertensión arterial. Desde lo básico
16:45	18:15	Libertador C	Válvulas protésicas
16:45	18:15	Martín Fierro	Carrera de Especialista en Cardiología. Residencias Cardiológicas Asociadas UBA - Ramos Mejía - Presentación de monografías seleccionadas. Promoción 2009-2010
16:45	17:30	Ombú	Taller de investigación. Módulo III - Leyendo artículos científicos con mirada crítica
16:45	18:15	Poncho	Consejo de Aterosclerosis y Trombosis y Consejo de Stroke - Prevención secundaria del ACV isquémico
16:45	18:15	Retiro A	Consejo de Ergometría y Rehabilitación y Consejo de Arritmias - Cardiología y deporte
16:45	18:15	Retiro B	Consejo de Cardiología Clínica + Consejo de Electrofisiología - Enfoque integral de la fibrilación auricular
16:45	18:15	Retiro C	Sesion Conjunta SAC - FAC. Revascularización miocárdica y patologías asociadas
17:30	18:15	Ombú	Taller de investigación. Módulo III - De una idea al proyecto. Primeras herramientas para concretar su protocolo
18:30	20:00	Libertador B+C	Acto de Cierre y Conferencia de Clausura. Cardiología preventiva: lecciones del EUROASPIRE

Referencias: Traducción Interactivo

Programa Científico

Auditorio	Temas Libres
	Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica
08:00 - 09:30	**Cardiología pediátrica II**
Presidente	Dr. JUANEDA Ernesto (ARGENTINA)
Comentador	Dr. GAMEZ SCHROEDER Aldo M. (ARGENTINA)
Comentador	Dr. GUGLIERI German (ARGENTINA)
Comentador	Dr. INFANTE Juan (ARGENTINA)
Comentador	Dra. ZANOTTO Isabel Irene (ARGENTINA)

Catalinas	Simposio de Los Consejos
08:00 - 09:30	**Consejo de Electrofisiología I - Nuevos conceptos en arritmias**
Coordinador	Dr. ABELLO Mauricio Sebastian (ARGENTINA)
Coordinador	Dr. CACERES MONIE Cesar Rodolfo (ARGENTINA)
Panelista	Dr. LOPEZ CABANILLAS Nestor Hugo (ARGENTINA)
08:00	**Ablación de FA. ¿Cuál es la verdad?**
Disertante	Dr. GONZALEZ Mario (ESPAÑA)
08:15	**Arritmias post ablación de FA**
Disertante	Dr. GONZALEZ Jose Luis (ARGENTINA)
08:30	**Sustratos eléctricos en pacientes con QRS ancho y técnicas de implante en resincronizadores**
Disertante	Dr. VARMA Niraj (EE.UU)
08:45	**Técnicas de implante en resincronizadores**
Disertante	Dr. WORLEY Seth (ESTADOS UNIDOS)

Golden Horn	Simposio de Los Consejos
	Insuficiencia Cardíaca y Trasplante
08:00 - 09:30	**Consejo de Insuficiencia Cardíaca. Novedades en la terapéutica de la insuficiencia cardíaca**
Coordinador	Dra. TETTAMANTI Maria Estela (ARGENTINA)
Coordinador	Dr. VARINI Sergio D. (ARGENTINA)
08:00	**Ivabradina. ¿En quiénes está indicada?**
Disertante	Dr. BARISANI Jose Luis (ARGENTINA)
08:15	**Antialdosterónicos: ¿Deben recibirla todos los pacientes con insuficiencia cardíaca?**
Disertante	Dr. FERNANDEZ Alberto Alfredo (ARGENTINA)
08:30	**Resincronización cardíaca: ¿Cada vez más indicaciones?**
Disertante	Dr. FAIRMAN Enrique (ARGENTINA)
08:45	**¿Cambió la comprensión del modelo fisiopatológico?**
Disertante	Dr. THIERER Jorge (ARGENTINA)

La Pampa	Simposio de Los Consejos
	Imágenes
08:00 - 09:30	**Consejo de Ecocardiografía - Estenosis aórtica severa**
Coordinador	Dra. ADANIYA Maria Elena (ARGENTINA)
Coordinador	Dr. SPINA Salvador Vicente (ARGENTINA)
08:00	**Discordancias en las guías. ¿Cómo interpretarlas?**
Disertante	Dr. MIGLIORE Ricardo A. (ARGENTINA)
08:15	**Nuevos marcadores pronósticos**
Disertante	Dr. PIÑEIRO Daniel José (ARGENTINA)
08:30	**¿Hasta cuándo esperar?**
Disertante	Dr. PREZIOSO Horacio (ARGENTINA)
08:45	**La ecocardiografía en los tiempos del reemplazo valvular percutáneo**
Disertante	Dr. OBERTI Pablo Fernando (ARGENTINA)

Libertador B	Simposio de Los Consejos
	Hipertensión Arterial
08:00 - 09:30	**Consejo de Hipertensión Arterial - Aspectos fisiopatológicos de la HTA**
Coordinador	Dr. HOCHT Christian (ARGENTINA)
Coordinador	Dr. PEREDO Horacio Angel (ARGENTINA)
08:00	**Regulación de la microcirculación renal en HTA**
Disertante	Dr. CARRETERO Oscar (ESTADOS UNIDOS)
08:15	**Microcirculación cardíaca en el marco de la hipertrofia cardíaca**
Disertante	Dra. ENNIS Irene (ARGENTINA)
08:30	**Aspectos relevantes de la angiotensiona 1-7**
Disertante	Dra. GIRONACCI Mariela (ARGENTINA)
08:45	**Mecanismo baroreflejo**
Disertante	Dr. RAMIREZ Agustin Jose (ARGENTINA)

Libertador C	Simposio de Los Consejos
	Síndromes Isquémicos Agudos
08:00 - 09:30	**Consejo de Emergencias. SCA sin ST**
Coordinador	Dr. COHEN ARAZI Hernan (ARGENTINA)
Coordinador	Dr. DURONTO Ernesto Alfredo (ARGENTINA)
Panelista	Dr. GOMEZ SANTA MARIA Hector Raul (ARGENTINA)
Panelista	Dr. PEREZ Marcelo Hector (ARGENTINA)
Panelista	Dr. SCHENA Roberto Gustavo (ARGENTINA)
08:00	**Riesgo de sangrado y elección del tratamiento antitrombótico**
Disertante	Dra. BLANCO CERDEIRA Patricia (ARGENTINA)
08:15	**Momento óptimo para la angiografía coronaria y la revascularización miocárdica**
Disertante	Dr. TAJER Carlos D. (ARGENTINA)
08:30	**Los nuevos antiagregantes: ¿modifican la estrategia?**
Disertante	Dr. TRIVI Marcelo Sergio (ARGENTINA)
08:45	**Seguimiento en la conducta conservadora**
Disertante	Dr. PIOMBO Alfredo Cesar (ARGENTINA)

Martes 4

Martín Fierro — **Simposio de Los Consejos**

Ergometría y Rehabilitación

08:00 - 09:30 **Consejo de Ergometría y Rehabilitación Cardiovascular - Corazón, ejercicio y deportes**

Coordinador Dr. PEIDRO Roberto Maximino (ARGENTINA)
Coordinador Dra. SANGENIS Patricia (ARGENTINA)
Panelista Dr. BIANCO Raul Hector (ARGENTINA)
Panelista Dr. BRUZZESE Martin Fernando (ARGENTINA)
Panelista Dr. IACOMETTI Gilbert M. (ARGENTINA)
Panelista Dr. MARANI Alberto (ARGENTINA)
Panelista Dr. MAURO Sergio Oscar (ARGENTINA)

08:30 **Evaluaciones pre participativas en deportes: ¿Será la hora para ponernos de acuerdo?**
Disertante Dr. STEIN Ricardo (BRASIL)

08:45 **Corazón y ejercicio: ¿Qué novedades nos dejó el Congreso del American College of Sport Medicine?**
Disertante Dr. FRANCHELLA Jorge E. (ARGENTINA)

09:00 **El ejercicio como tratamiento: Evidencias recientes y aplicaciones prácticas en el paciente diabético**
Disertante Dr. SILVEIRA MORAES FILHO Ruy (BRASIL)

09:15 **Presentación y discusión de casos clínicos**
Presentador Dra. CABO FUSTARET Marcela Clelia (ARGENTINA)
Presentador Dr. CASTIELLO Gustavo Gabriel (ARGENTINA)
Presentador Dr. MENDOZA FIGUEREDO Oscar (ARGENTINA)

Retiro A — **Simposio de Los Consejos**

08:00 - 09:30 **Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista - Mirando hacia el futuro en cardiología clínica e intervencionista**

Coordinador Dr. INGINO Carlos A. (ARGENTINA)
Coordinador Dr. MAURO Daniel Omar (ARGENTINA)
Panelista Dr. ALLIN Jorge Gustavo (ARGENTINA)
Panelista Dr. MIERES OJEDA Juan Ramon (ARGENTINA)
Panelista Dr. MIGLIARO Guillermo Oscar (ARGENTINA)
Panelista Dr. PEREZ BALIÑO Pablo Ernesto (ARGENTINA)
Panelista Dr. PONCE Juan Manuel (ARGENTINA)
Panelista Dr. SARMIENTO Ricardo Aquiles (ARGENTINA)

08:00 **Indicaciones y resultados del cierre percutáneo de la orejuela izquierda**
Disertante Dr. ROJAS MATAS Carlos Alberto (ARGENTINA)

08:15 **Evaluación fisiológica de la enfermedad coronaria en la sala de hemodinamia**
Disertante Dr. APTECAR Eduardo (FRANCIA)

08:45 **¿Angiografía temprana a todos los pacientes post fibrinolíticos? (Utilidad de la terapéutica fármacoinvasiva)**
Disertante Dr. KASTRATI Adnan (ALEMANIA)

09:00 **Resultados del Registro Argentino de Angioplastia. RAdAC**
Disertante Dr. FERNANDEZ PEREIRA Carlos (ARGENTINA)

Retiro B — **Simposio de Los Consejos**

Prevención y Epidemiología Cardiovascular

08:00 - 09:30 **Consejo de Epidemiología y Prevención Cardiovascular - Aspectos controvertidos en la evaluación y tratamiento del paciente en prevención cardiovascular**

Coordinador Dr. BEREZIUK Eulalio (ARGENTINA)
Coordinador Dr. CARDONE Alberto Jose (ARGENTINA)

08:00 **Estratificación del riesgo cardiovascular. ¿Qué score aplicar en Argentina?**
Disertante Dr. MANENTE Diego Guillermo (ARGENTINA)

08:15 **Aterosclerosis subclínica: ¿Cuándo buscarla y cómo actuar en consecuencia?**
Disertante Dra. ZEBALLOS Cecilia (ARGENTINA)

08:30 **Factores de riesgo. ¿Hasta dónde reducirlos?**
Disertante Dr. MASSON JUAREZ Walter Mauricio (ARGENTINA)

08:45 **Aspirina en prevención primaria de alto riesgo y en diabéticos**
Disertante Dr. PANGARO Oscar Mario (ARGENTINA)

Retiro C — **Simposio de Los Consejos**

Imágenes

08:00 - 09:30 **Consejo de Cardiología Nuclear. ¿Estrategias para evaluar la enfermedad coronaria? Presente y futuro**

Coordinador Dr. PEREZ BALIÑO Néstor (ARGENTINA)
Coordinador Dra. ZEFFIRO Elena Susana (ARGENTINA)
Panelista Dr. DEL RIEGO Horacio Alberto (ARGENTINA)
Panelista Dr. OJEDA Gustavo Horacio (ARGENTINA)
Panelista Dr. RAPALLO Carlos Alberto (ARGENTINA)

08:00 **Evaluación de la microcirculación en la génesis de la enfermedad coronaria**
Disertante Dr. MASOLI Osvaldo H. (ARGENTINA)

08:15 **¿Cómo interpretar el spect gatillado?**
Disertante Dr. COLLAUD Carlos (ARGENTINA)

08:30 **Fusión de imágenes**
Disertante Dr. DOS SANTOS BEHERAN Alfonso (ARGENTINA)

08:45 **Nuevas fronteras en cardiología nuclear**
Disertante Dr. DI CARLI Marcelo (ESTADOS UNIDOS)

Auditorio — **Mesa Redonda**

Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica

09:45 - 11:15 **Sesión conjunta con la Sociedad Internacional de Adultos con Cardiopatías Congénitas**

Coordinador Dr. ALDAY Luis Eduardo (ARGENTINA)
Coordinador Dra. ELIZARI Maria Amalia (ARGENTINA)

09:45 **¿Cómo prevenir la deserción de adolescentes con cardiopatías congénitas?**
Disertante Dra. WILLIAMS Roberta (ESTADOS UNIDOS)

10:10 **Estrategias quirúrgicas para pacientes adultos con enfermedad de Ebstein's**
Disertante Dr. DA SILVA José Pedro (BRASIL)

10:35 **Remodelamiento de ventrículo derecho luego de la reparación de tetralogía de Fallot: implicancias en la evolución alejada y tiempo de reintervención**

Disertante Dr. REDINGTON Andrew (CANADA)

Catalinas — Mesa Redonda

Cardiología Clínica

09:45 - 11:15 **Ateneo PROSAC: Apnea del sueño y enfermedad cardiovascular**

Presidente Dr. VENTURA Héctor (ESTADOS UNIDOS)
Coordinador Dra. GIMENO Graciela (ARGENTINA)
Coordinador Dr. SOKN Fernando José (ARGENTINA)
Comentador Dr. CANEVA Jorge Osvaldo (ARGENTINA)
Comentador Dr. CARUSO Gustavo (ARGENTINA)
Comentador Dr. LINIADO Guillermo Ernesto (ARGENTINA)

09:45 **Caso clínico de hipertensión arterial**

Presentador Dra. TALAVERA Maria Lujan (ARGENTINA)

10:00 **Caso clínico de arritmias**

Presentador Dr. BONORINO Jose Maria (ARGENTINA)

10:15 **Caso clínico de insuficiencia cardíaca**

Presentador Dra. CARRERO Maria Celeste (ARGENTINA)

Golden Horn — Simposio de Los Consejos

09:45 - 11:15 **Consejo de Insuficiencia Cardíaca + ECO + Electrofisiología - Selección de pacientes para terapia de resincronización cardíaca**

Coordinador Dr. HIRSCHSON PRADO Alfredo (ARGENTINA)
Coordinador Dr. HRABAR Adrian Demetrio (ARGENTINA)

09:45 **Indicaciones no convencionales**

Disertante Dr. SALMON BLUMBERG Eduardo (ARGENTINA)

10:00 **Qué hacer cuando los pacientes no responden a la terapia de resincronización**

Disertante Dr. WORLEY Seth (ESTADOS UNIDOS)

10:15 **TRC vs. trasplante. ¿Cuándo la resincronización es insuficiente?**

Disertante Dra. DIEZ Mirta (ARGENTINA)

10:30 **A 3 años del PROSPECT. Papel del ecocardiograma**

Disertante Dr. SANCHEZ LUCEROS Diego Gonzalo (ARGENTINA)

La Pampa — Mesa Redonda

Imágenes

09:45 - 11:15 **Miocardiopatías**

Coordinador Dr. CUESTA SILVA Manuel (ARGENTINA)
Coordinador Dr. DIAZ Alberto Alejandro (ARGENTINA)

09:45 **Eco 3D en el diagnóstico de las miocardiopatías**

Disertante Dr. MUNIN Martin Alejandro (ARGENTINA)

10:00 **Valor complementario de las multi-imágenes en la miocardiopatía hipertrófica**

Disertante Dr. MANUALE Osvaldo Daniel (ARGENTINA)

10:15 **Miocardio no compactado: ¿Eco, RNM o ambos?**

Disertante Dr. FALCONI Mariano Luis (ARGENTINA)

10:30 **Diagnóstico por imágenes en la amiloidosis: ¿No alcanza con la ecocardiografía?**

Disertante Dra. BERENSZTEIN Clotilde Sara (ARGENTINA)

Libertador B — Simposio de Los Consejos

Cardiología Clínica - Hipertensión Arterial

09:45 - 11:15 **Consejo de Hipertensión Arterial - Hipertensión arterial en el paciente anciano**

Coordinador Dra. BRANDANI Laura Mercedes (ARGENTINA)
Coordinador Dr. DELUCCHI Alejandro Mariano (ARGENTINA)

09:45 **Utilidad de la presión arterial nocturna en el paciente añoso**

Disertante Dr. WAISMAN Gabriel Dario (ARGENTINA)

10:00 **Objetivo de presión arterial y daño cognitivo**

Disertante Dr. SANCHEZ Ramiro (ARGENTINA)

10:15 **La HTA más allá de los 80 años. ¿Cómo y con qué tratarla?**

Disertante Dr. VILLAMIL Alberto Servando (ARGENTINA)

10:30 **Deterioro renal en el paciente anciano hipertenso**

Disertante Dr. WASSERMANN Alfredo (ARGENTINA)

Libertador C — Simposio de Los Consejos

Síndromes Isquémicos Agudos

09:45 - 11:15 **Consejo de Emergencias Cardiovasculares. SCA con ST**

Coordinador Dr. DELGADO DEL AGUILA Fernando (ARGENTINA)
Coordinador Dr. RICCITELLI Miguel (ARGENTINA)

09:45 **¿Cómo disminuir la falla en la reperfusión?**

Disertante Dr. FUSELLI Juan Jose (ARGENTINA)

10:00 **¿Cuándo está indicada la angioplastia a múltiples vasos o TCI?**

Disertante Dr. MELE Eduardo F. (ARGENTINA)

10:15 **¿Deben usarse stents farmacológicos?**

Disertante Dr. BERROCAL Daniel H. (ARGENTINA)

10:30 **¿Es mejor la estrategia fármaco invasiva?**

Disertante Dr. POMES IPARRAGUIRRE Horacio (ARGENTINA)

Martín Fierro — Mesa Redonda

Cardiología Clínica

09:45 - 11:15 **Revista Argentina de Cardiología. Combatiendo el "burn-out". Narrativa en cardiología**

Coordinador Dr. DOVAL Hernan C. (ARGENTINA)
Coordinador Dr. TAJER Carlos D. (ARGENTINA)

09:45 **El nacimiento de la clínica**

Disertante Dr. TRAININI Jorge Carlos (ARGENTINA)

10:00 **La narrativa y la formación humanística del médico**

Disertante Dr. FLICHTENTREI Daniel (ARGENTINA)

10:15 **Narrativa y prevención del "burn out"**

Disertante Lic. DEL VALLE Isabel (ARGENTINA)

Martes 4

Poncho — **Simposio de Los Consejos**

Aterosclerosis, Lípidos y Diabetes

09:45 - 11:15 **Consejo de Aterosclerosis y Trombosis - Riesgo cardiovascular en la enfermedad hepática grasa no alcohólica**

Coordinador Dr. ELIKIR Gerardo Damian (ARGENTINA)
Panelista Dr. MAYER Marcos (ARGENTINA)
Panelista Dra. ZAGO Valeria (ARGENTINA)

09:45 **Enfermedad hepática grasa no -alcoholica. Definición, epidemiología e historia natural**
Disertante Dr. FASSIO Eduardo (ARGENTINA)

10:00 **Hígado graso no-alcoholico, ¿agrava el cuadro lipoproteico-inflamatorio?**
Disertante Dra. SCHREIER Laura Ester (ARGENTINA)

10:15 **Aspectos moleculares en la trasnformación grasa del hígado y su impacto en el riesgo cardiovascular: de la cama del paciente a la mesa del laboratorio.**
Disertante Dra. SOOKOIAN Silvia (ARGENTINA)

10:30 **Implicancias cardiovasculares del depósito de grasa hepática asociado al sindrome metabólico**
Disertante Dr. D ORTENCIO Alfredo O. (ARGENTINA)

Retiro A — **Simposio de Los Consejos**

Cardiología Intervencionista

09:45 - 11:15 **Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista - Revascularización coronaria compleja. Estrategias para el salvataje miocárdico**

Coordinador Dr. CHERRO Alejandro (ARGENTINA)
Coordinador Dra. DESCALZO Amalia Maria Ema (ARGENTINA)
Panelista Dr. LEIVA Gustavo Alfredo (ARGENTINA)
Panelista Dr. MENENDEZ Marcelo Fernando (ARGENTINA)
Panelista Dra. RUBILAR Alejandra Bibiana Noemi (ARGENTINA)
Panelista Dr. SCUTERI Antonio (ARGENTINA)
Panelista Dr. SZEJNFELD Mario J. (ARGENTINA)

09:45 **Nuestra experiencia en lesiones complejas**
Disertante Dr. APTECAR Eduardo (FRANCIA)

10:00 **Revascularización adecuada en puentes venosos**
Disertante Dr. TORRESANI Ernesto Marcelo (ARGENTINA)

10:15 **Selección de los pacientes para angioplastia de TCI. Resultados de estudios randomizados**
Disertante Dr. RODRIGUEZ Alfredo (ARGENTINA)

10:45 **Oclusiones coronarias crónicas. ¿Cómo y cuándo?**
Disertante Dr. MORIS César (ESPAÑA)

Retiro B — **Simposio de Los Consejos**

Prevención y Epidemiología Cardiovascular - Cardiología Clínica

09:45 - 11:15 **Consejo de Stroke y Epidemiología. Qué hacer y qué no hacer con la afectación significativa de múltiples territorios vasculares.**

Coordinador Dr. MULASSI Andres Hector (ARGENTINA)
Coordinador Dr. ZYLBERSZTEJN Horacio M. (ARGENTINA)

09:45 **¿Se debe estudiar y/o tratar la patología carotídea previo a una CRM programada?**
Disertante Dr. FUSTINONI Osvaldo (ARGENTINA)

10:00 **Se debe pedir una prueba evocadora de isquemia miocárdica previo a la cirugía carotídea?**
Disertante Dra. HUERIN Melina Sandra (ARGENTINA)

10:00 **¿Qué estudios vasculares debemos hacer en un paciente con estenosis carotídea asintomática?**
Disertante Dra. MARTINEZ TRABA Monica (ARGENTINA)

10:15 **¿Cómo y cuándo evaluar el deterioro cognitivo en el paciente panvascular?**
Disertante Dr. CAMPOS Jorge (ARGENTINA)

Retiro C — **Simposio de Los Consejos**

Imágenes

09:45 - 11:15 **Sesión conjunta Consejo de Cardiología Nuclear, Consejo de Ecocardiografía y Consejo de Tomografía y Resonancia - Abordaje de la insuficiencia cardíaca en la era de la multimodalidad de imágenes**

Coordinador Dr. CRAGNOLINO Daniel Eduardo (ARGENTINA)
Panelista Dr. CAMPANELLI Hugo Hector (ARGENTINA)
Panelista Dra. REDRUELLO Marcela Fabiana (ARGENTINA)

09:45 **Estudios de medicina nuclear**
Disertante Dra. CAMPISI Roxana (ARGENTINA)

10:00 **Evaluación de viabilidad miocárdica por eco-stress**
Disertante Dr. BUSTAMANTE LABARTA Miguel (ARGENTINA)

10:15 **Estudios de resonancia magnética nuclear en viabilidad miocárdica**
Disertante Dra. YAMAN Bettina Fernanda (ARGENTINA)

10:30 **¿Cuáles de estos métodos seleccionar en el paciente con insuficiencia cardíaca?**
Disertante Dr. DI CARLI Marcelo (ESTADOS UNIDOS)

San Telmo — **E-posters**

10:00 - 11:30 **Sesión 8**

10:00 **Investigación, Educación y Chagas**
Presidente Dra. BERENSZTEIN Clotilde Sara (ARGENTINA)
Comentador Dra. COSTA Maria de Los Angeles (ARGENTINA)
Comentador Dr. PEREDO Horacio Angel (ARGENTINA)
Comentador Dr. ROITER Hector Gabriel (ARGENTINA)

10:00 **Insuficiencia cardíaca I**
Presidente Dr. HASSON Isaac Sergio (ARGENTINA)
Comentador Dra. DIEZ Mirta (ARGENTINA)
Comentador Dr. FAIRMAN Enrique (ARGENTINA)

10:00 **Insuficiencia cardíaca II**
Presidente Dr. FORNES Julio Eduardo (ARGENTINA)
Comentador Dr. FERNANDEZ Alberto Alfredo (ARGENTINA)
Comentador Dr. NUL Daniel R. (ARGENTINA)

Auditorio	Conferencia
	Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica
11:45 - 12:30	**Conferencia plenaria: Desarrollo congnitivo en pacientes con cardiopatías congénitas. Implicancias en el desarrollo en la vida adulta**
Presidente	Dr. NOJEK Carlos A. (ARGENTINA)
Conferencista	Dra. WILLIAMS Roberta (ESTADOS UNIDOS)

Catalinas	Controversia
	Cirugía Cardiovascular - Cardiología Intervencionista
11:45 - 12:30	**Siempre se debe revascularizar a todos los pacientes con estenosis carotídea grave asintomática**
Coordinador	Dr. ALVAREZ Jose Amadeo Guillermo (ARGENTINA)
Agonista	Dr. LA MURA Ricardo (ARGENTINA)
Antagonista	Dr. FUSTINONI Osvaldo (ARGENTINA)

Golden Horn	Controversia
	Imágenes - Cardiopatía Isquémica Crónica
11:45 - 12:30	**Las multimágenes reemplazarán al cateterismo en el diagnóstico de enfermedad coronaria**
Coordinador	Dr. MERETTA Alejandro Horacio (ARGENTINA)
Agonista	Dr. ROCHITTE Carlos (BRASIL)
Antagonista	Dr. LONDERO Hugo Francisco (ARGENTINA)

La Pampa	Controversia
	Hipertensión Pulmonar y Tromboembolismo - Cardiología Clínica
11:45 - 12:30	**Los fármacos para el tratamiento de la hipertensión pulmonar mejoran la calidad de vida y reducen la mortalidad**
Coordinador	Dr. NUL Daniel R. (ARGENTINA)
Agonista	Dr. PERRONE Sergio Victor (ARGENTINA)
Antagonista	Dr. MACCHIA Alejandro (ARGENTINA)

Libertador B	Conferencia
	Hipertensión Arterial
11:45 - 12:30	**Conferencia homenaje al Dr. Hugo Baglivo: "Inflamación y daño de órgano blanco en la hipertensión: lo bueno y lo malo"**
Presidente	Dr. SANCHEZ Ramiro (ARGENTINA)
Conferencista	Dr. CARRETERO Oscar (ESTADOS UNIDOS)

Libertador C	Casos En Vivo
	Valvulopatías y Endocarditis
11:45 - 12:30	**Implante valvular aórtico percutáneo. Caso en vivo**
Coordinador	Dr. BELARDI Jorge Atilio (ARGENTINA)
Operador	Dr. MENDIZ Oscar Alfredo (ARGENTINA)
Panelista	Dr. BERROCAL Daniel H. (ARGENTINA)
Panelista	Dr. CARAMUTTI Victor Mario (ARGENTINA)
Panelista	Dr. SALMO Jose Fabian (ARGENTINA)
Panelista	Dr. SALZBERG Simon Mario (ARGENTINA)
Panelista	Dr. STUTZBACH Pablo Guillermo (ARGENTINA)

Martín Fierro	Conferencia
11:45 - 12:30	**Rehabilitación supervisada o domiciliaria en insuficiencia cardíaca. ¿Qué nos dejó el HF Action?**
Presidente	Dr. SARAVIA TOLEDO Sebastian (ARGENTINA)
Conferencista	Dr. STEIN Ricardo (BRASIL)

Retiro A	Conferencia
	Arritmias
11:45 - 12:30	**Monitoreo remoto para el manejo de los cardiodesfibriladores implantables. Estudio TRUST**
Presidente	Dr. DUBNER Sergio Jose (ARGENTINA)
Conferencista	Dr. VARMA Niraj (EE.UU)

Retiro B	Conferencia
	Cardiología Clínica - Síndromes Isquémicos Agudos
11:45 - 12:30	**Conferencia Fundación Dr. Pedro Cossio. 40 años de unidad coronaria. ¿Qué hemos aprendido?**
Presidente	Dr. COSSIO Pedro R. (ARGENTINA)
Conferencista	Dr. TRONGE Jorge Enrique (ARGENTINA)

Retiro C	Conferencia
11:45 - 12:30	**Papel de las imágenes no invasivas en la evaluación diagnóstica y pronóstica del paciente con cardiopatía isquémica**
Presidente	Dr. PEREZ BALIÑO Néstor (ARGENTINA)
Conferencista	Dr. DI CARLI Marcelo (ESTADOS UNIDOS)

San Telmo	E-posters
12:00 - 13:30	**Sesión 9**
12:00	**Pediatría III**
Presidente	Dra. MOURATIAN Diana Mariela (ARGENTINA)
Comentador	Dr. BLUNDA Cristian (ARGENTINA)
Comentador	Dr. GOMEZ Jorge Elvio (ARGENTINA)
Comentador	Dra. LAGHEZZA Lidia Beatriz (ARGENTINA)
12:00	**Prevención**
Presidente	Dra. PANTALENA Silvia Patricia (ARGENTINA)
Comentador	Dr. CARUSO Gustavo (ARGENTINA)
Comentador	Dr. MEJAIL Ricardo Ivan (ARGENTINA)
Comentador	Dr. SANTOS Jose Maximo (ARGENTINA)

Auditorio	Mesa Redonda
	Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica
13:00 - 14:30	**Reunión con expertos. Presentación de 3 casos**
Coordinador	Dra. BUENO Nora Alicia (ARGENTINA)
Coordinador	Dr. THUER Oscar L. (ARGENTINA)
Coordinador	Dr. VAGNOLA Esteban Oscar (ARGENTINA)
Panelista	Dr. DA SILVA José Pedro (BRASIL)
Panelista	Dr. PIZARRO Christian (ESTADOS UNIDOS)
Panelista	Dr. REDINGTON Andrew (CANADA)
Panelista	Dr. SNYDER Christopher (ESTADOS UNIDOS)
Panelista	Dra. WILLIAMS Roberta (ESTADOS UNIDOS)

Martes 4

La Pampa — **Simposio de La Industria**

Aterosclerosis, Lípidos y Diabetes - Prevención y Epidemiología Cardiovascular

13:00 - 14:30 **Simposio Abbott. Dislipidemia y enfermedad cardiovascular en el paciente de alto riesgo cardiovascular: nuevos mecanismos y tratamientos**

Coordinador Dr. AIMONE Daniel Eduardo (ARGENTINA)
Coordinador Dr. ELIKIR Gerardo Damian (ARGENTINA)
Coordinador Dr. LOZADA Alfredo Federico (ARGENTINA)
Disertante Dr. CUSI Kenneth (EE.UU)

Libertador C — **Simposio de La Industria**

Cardiología Clínica - Arritmias

13:00 - 14:30 **Simposio Boehringer Ingelheim. Dabigatrán: una alternativa superior en el tratamiento antitrombótico de la fibrilación auricular**

Coordinador Dr. CAGIDE Arturo (ARGENTINA)
13:00 **El problema de la FA. Evaluación del riesgo de ACV en la práctica diaria**
Disertante Dr. HALPERIN Jonathan (EE.UU)
13:20 **Dabigatrán vs warfarina en la prevención del ACV en pacientes con FA: Estudio RE-LY**
Disertante Dr. HALPERIN Jonathan (EE.UU)
13:40 **Aspectos prácticos del uso dabigatrán**
Disertante Dr. CASEY Marcelo Guillermo (ARGENTINA)
14:00 **Debate con panel de expertos**
Panelista Dr. AMERISO Sebastián (ARGENTINA)
Panelista Dr. CAGIDE Arturo (ARGENTINA)
Panelista Dr. CASEY Marcelo Guillermo (ARGENTINA)
Panelista Dr. HALPERIN Jonathan (EE.UU)
Panelista Dr. LABADET Carlos D. (ARGENTINA)
Panelista Dr. SPOSATO Luciano (ARGENTINA)

Martín Fierro — **Mesa Redonda**

Salud Pública y Psicosociales

13:00 - 14:30 **Area de Políticas de Salud. Bienestar médico: ¿qué hacemos por nosotros?**

Coordinador Dr. BOISSONNET Carlos Pablo (ARGENTINA)
Coordinador Dra. SALAZAR Adriana Ines (ARGENTINA)
13:00 **Los médicos como sujetos. Una mirada hacia adentro. Un viaje reflexivo**
Disertante Lic. TAJER Debora (ARGENTINA)
13:15 **¿Cuándo comienzan los problemas y la desesperanza?**
Disertante Dr. CARRIZO Aldo Gabriel (ARGENTINA)
13:30 **Colegio Argentino de Cardiología. Papel en la problemática del médico. ¿Hay expectativas?**
Disertante Dr. ANGELINO Arnaldo Adrián (ARGENTINA)
13:45 **El médico en el mundo real. Universidad - Profesión - Futuro. ¿Cómo se prepara y qué encuentra? "La eterna búsqueda del bienestar"**
Disertante Dr. PREGNO Elian (ARGENTINA)

Ombú — **Curso**

Educación Médica

13:00 - 14:30 **Presentadores eficaces: oratoria y PowerPoint**

Disertante Sr. COSTA Ernesto (ARGENTINA)

Retiro A — **Simposio de La Industria**

13:00 - 14:30 **Simposio Diagnóstico Maipú. Novedades tecnológicas en la evaluación no invasiva de la patología cardiovascular**

Disertante Dr. CAPUÑAY CALVOSA Carlos Maria (ARGENTINA)
Disertante Dra. CARRASCOSA Patricia Marina (ARGENTINA)
Disertante Dr. DEVIGGIANO Alejandro Dario (ARGENTINA)
Disertante Dr. GINGINS Mauro Gaston (ARGENTINA)
Disertante Dr. TAJER Carlos D. (ARGENTINA)
13:00 **Angiografía coronaria por Tomografía Computada Multidetector de 256 cortes: Primera experiencia en Argentina**
13:30 **Estudios comparativos multimodalidad**

Retiro B — **Mesa Redonda**

Educación Médica

13:00 - 14:30 **AREA DE DOCENCIA. ¿Debería ser la Residencia el único sistema formador de especialistas?**

Coordinador Dr. THIERER Jorge (ARGENTINA)
Agonista Dr. GRANCELLI Hugo Omar (ARGENTINA)
Antagonista Dra. LLOIS Susana Claudia (ARGENTINA)
Panelista Dr. CARRIZO Aldo Gabriel (ARGENTINA)
Panelista Dr. MAUTNER Branco (ARGENTINA)
Panelista Dr. PEREZ Gonzalo Emanuel (ARGENTINA)
Panelista Dr. TUCCI Ruben (ARGENTINA)
Panelista Dr. VAZQUEZ BLANCO Manuel (ARGENTINA)

San Telmo — **E-posters**

14:00 - 15:30 **Sesión 10**

14:00 **Cardiología clínica I**
Presidente Dr. OJEDA Juan de La Cruz (ARGENTINA)
Comentador Dr. ESPER Roberto Cesar (ARGENTINA)
Comentador Dr. GABE Eduardo D. (ARGENTINA)
Comentador Dr. ROURA Pablo (ARGENTINA)
14:00 **Cardiología clínica II**
Presidente Dr. PICAREL Anibal Enrique (ARGENTINA)
Comentador Dr. CASAS Marcelo Martin (ARGENTINA)
Comentador Dr. COMTESSE Daniel (ARGENTINA)
Comentador Dr. SARAVIA TOLEDO Sebastian (ARGENTINA)
14:00 **Valvulopatías e hipertensión arterial**
Presidente Dr. SORIA Carlos Alberto (ARGENTINA)
Comentador Dr. DELUCCHI Alejandro Mariano (ARGENTINA)
Comentador Dr. KLYVER Jorge Benjamin (ARGENTINA)
Comentador Dr. MANGANIELLO Juan Emilio (ARGENTINA)

Auditorio — **Actividad Societaria**

Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica

14:30 - 14:35 **Cierre del XIV Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica**

Presidente Dr. PEIRONE Alejandro Roman (ARGENTINA)

Catalinas — **Simposio de Los Consejos**

Imágenes

15:00 - 16:30 **Consejo de Tomografia Computada y Resonancia Magnética Cardíaca. Papel de la Resonancia Magnética Cardíaca en la evaluacion de las cardiopatías**

Coordinador Dra. GENNA Carina Edith (ARGENTINA)

15:00 **Infarto agudo: Estratificación de riesgo.**

Disertante Dr. CORBELLA Fernando Diego (ARGENTINA)

15:15 **Diagnósticos diferenciales miocardiopatias: infiltrativas vs hipertróficas**

Disertante Dra. DRAGONETTI Laura Cristina (ARGENTINA)

15:30 **RMC en pacientes con arritmia ventricular.**

Disertante Dr. RIVAS Carlos Antonio (ARGENTINA)

15:45 **Coronarias normales y elevación de troponina**

Disertante Dr. DEVIGGIANO Alejandro Dario (ARGENTINA)

Golden Horn — **Simposio de Los Consejos**

Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

15:00 - 16:30 **Consejo de Insuficiencia Cardíaca. Comorbilidades en Insuficiencia Cardíaca**

Coordinador Dr. BARRIOS Diego Martin (ARGENTINA)

Coordinador Dra. FRANCESIA Alejandra Nair (ARGENTINA)

15:00 **Insuficiencia cardíaca y diabetes. Una asociación frecuente**

Disertante Dr. GOMEZ SANTA MARIA Hector Raul (ARGENTINA)

15:15 **Depresión en el paciente con insuficiencia cardíaca. ¿Cómo actuar?**

Disertante Dr. MARINO Javier Claudio (ARGENTINA)

15:30 **Insuficiencia cardíaca y disfunción tiroidea.**

Disertante Dr. LESCANO Adrian Jose (ARGENTINA)

15:45 **El riñón en la insuficiencia cardíaca**

Disertante Dr. ATAMAÑUK Andres Nicolas (ARGENTINA)

La Pampa — **Mesa Redonda**

Salud Pública y Psicosociales

15:00 - 16:30 **Hospital público 2011**

Coordinador Dr. ALVAREZ Eduardo Enrique (ARGENTINA)

Coordinador Dr. PIOMBO Alfredo Cesar (ARGENTINA)

15:00 **Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

Disertante Dr. STRUMINGER Marcelo (ARGENTINA)

15:00 **Provincia de Buenos Aires**

Disertante Dr. SINISI Victor Alfredo (ARGENTINA)

15:30 **Provincia de Córdoba**

Disertante Dr. MAISULS Hector Ricardo (ARGENTINA)

15:45 **Hospital universitario**

Disertante Dr. PEREZ DE LA HOZ Ricardo Alfredo (ARGENTINA)

Libertador B — **Mesa Redonda**

Cardiología Intervencionista - Cardiología Clínica

15:00 - 16:30 **Angioplastia coronaria. De la hemodinamia a la clínica**

Coordinador Dr. LEV Gustavo Alejandro (ARGENTINA)

Coordinador Dr. SARUBBI Augusto Luis (ARGENTINA)

15:00 **Reserva fraccional de flujo o grado de estenosis**

Disertante Dr. ALVAREZ Carlos Alejandro (ARGENTINA)

15:15 **Revascularización de tronco: a 3 años del SYNTAX**

Disertante Dr. COMTESSE Daniel (ARGENTINA)

15:30 **Placa coronaria: ¿cambió algo después del PROSPECT?**

Disertante Dr. FERNANDEZ Alejandro Diego (ARGENTINA)

15:45 **Necrosis post intervención: ¿Un grupo de riesgo diferente?**

Disertante Dr. LEGUIZAMON Jorge Hugo (ARGENTINA)

Libertador C — **Mesa Redonda**

Arritmias - Cardiología Clínica

15:00 - 16:30 **Fibrilación auricular**

Coordinador Dr. FRANCO David Alejandro (ARGENTINA)

Coordinador Dr. IBAÑEZ Julio Omar (ARGENTINA)

15:00 **Prevención y tratamiento de la FA post reemplazo valvular**

Disertante Dr. DI TOMMASO Fernando Ariel (ARGENTINA)

15:15 **¿Todas las insuficiencias mitrales con FA son quirúrgicas?**

Disertante Dr. LEON Carlos Andres (ARGENTINA)

15:30 **Cirugía de la FA. Cuándo y cómo**

Disertante Dr. DI TORO Dario Carlos (ARGENTINA)

15:45 **Manejo antitrombótico**

Disertante Dr. CACCAVO Alberto (ARGENTINA)

Martín Fierro — **Jornada**

Jornadas FCA

Ergometría y Rehabilitación

15:00 - 16:30 **Fundación Cardiológica Argentina - Nutrientes y alimentos para la salud cardiovascular**

Coordinador Dr. PAUTASSO Enrique Jose (ARGENTINA)

Coordinador Dr. SPOLIDORO Jose Antonio (ARGENTINA)

15:00 **Ácidos grasos: su influencia en la salud y en la enfermedad cardiovascular**

Disertante Dr. GONZALEZ INFANTINO Carlos (ARGENTINA)

15:15 **Los ácidos grasos en los alimentos**

Disertante Lic. MAZZEI María Emilia (ARGENTINA)

15:30 **Dieta mediterránea: la evidencia actual**

Disertante Dr. LERMAN Jorge (ARGENTINA)

15:45 **Efectos extraóseos del calcio**

Disertante Dr. RIDNER Edgardo (ARGENTINA)

Martes 4

Ombú — Curso

Investigación Básica

15:00 - 15:40 **Genética para el cardiólogo clínico. Módulo IV: Consejo genético**

Coordinador Dra. OBREGON Gabriela (ARGENTINA)

15:00 **Cuándo y a quién es conveniente indicar un test genético (selección del probando)**

Disertante Dra. GUERCHICOFF Alejandra (ESTADOS UNIDOS)

15:07 **Consentimiento informado/Toma de muestra**

Disertante Dra. GUERCHICOFF LEMCKE Marianna Silvia (ARGENTINA)

15:17 **Qué hacer si un paciente llega a la consulta con el resultado de un test genético**

Disertante Dr. ONTIVEROS Gustavo Adolfo (ARGENTINA)

15:27 **Autopsia molecular**

Disertante Dr. ONTIVEROS Gustavo Adolfo (ARGENTINA)

Cardiología Clínica

15:50 - 16:30 **Genética para el cardiólogo clínico. Módulo V: Medicina personalizada**

Coordinador Dra. GUERCHICOFF LEMCKE Marianna Silvia (ARGENTINA)

15:50 **Los fármacos diseñados "a medida" del genoma del paciente: ¿realidad o ficción?**

Disertante Dra. GUERCHICOFF Alejandra (ESTADOS UNIDOS)

16:05 **Aplicaciones clínicas: farmacogenética del clopidogrel y warfarina**

Disertante Dra. GUERCHICOFF Alejandra (ESTADOS UNIDOS)

16:20 **Discusión de casos clínicos y preguntas de los asistentes**

Panelista Dra. GUERCHICOFF Alejandra (ESTADOS UNIDOS)

Panelista Dra. GUERCHICOFF LEMCKE Marianna Silvia (ARGENTINA)

Panelista Dr. ONTIVEROS Gustavo Adolfo (ARGENTINA)

Poncho — Simposio de Los Consejos

Enfermedad Cerebrovascular - Cardiología Clínica

15:00 - 16:30 **Consejo de Stroke. Stroke en la Unidad Coronaria ¿Que debe saber el cardiólogo?**

Coordinador Dr. BEIGELMAN Ricardo Luis (ARGENTINA)

Coordinador Dr. IZAGUIRRE Andres (ARGENTINA)

15:00 **Epidemiología del stroke en la Unidad coronaria. (generalidades).**

Disertante Dra. ATALLAH Ana Maria (ARGENTINA)

15:15 **Complicaciones cerebrovasculares de los procedimientos cardiovasculares. ¿Cómo prevenirlas?**

Disertante Dr. PERSI Gabriel (ARGENTINA)

15:30 **Fibrinolisis en el paciente cardiológico agudo.**

Disertante Dra. ZURRU Maria Cristina (ARGENTINA)

15:45 **Pseudostroke en la Unidad Coronaria.**

Disertante Dra. DIAZ Fernanda (ARGENTINA)

Retiro A — Mesa Redonda

Cardiología Clínica

15:00 - 16:30 **XXII Jornada Rioplatense de Cardiologia. Síndrome coronario estable**

Coordinador Dr. CUESTA Alejandro (URUGUAY)

Coordinador Dr. MARTINENGHI Mario O. (ARGENTINA)

15:00 **¿Cuándo revascularizar?**

Disertante Dr. BAZZINO Oscar (ARGENTINA)

15:15 **Tratamiento médico del paciente no revascularizable con angor resistente**

Disertante Dr. PEREDA Gustavo (URUGUAY)

15:30 **Tronco y múltiples vasos: Cirugía vs. angioplastia**

Disertante Dr. DIAZ Pablo (URUGUAY)

15:45 **Estrategia de seguimiento del paciente revascularizado**

Disertante Dr. LEWKOWICZ Julio Manuel (ARGENTINA)

Retiro B — Simposio de Los Consejos

Prevención y Epidemiología Cardiovascular - Cardiología Clínica

15:00 - 16:30 **Consejo de Cardiología Clínica - Reduciendo el riesgo cardiovascular en el paciente diabético**

Coordinador Dr. MODENESI Juan Carlos (ARGENTINA)

Coordinador Dr. SPOLIDORO Jose Antonio (ARGENTINA)

15:00 **Dieta y ejercicio**

Disertante Dra. KERBAGE Soraya Dalel (ARGENTINA)

15:15 **Control glucémico intensivo o convencional**

Disertante Dr. SANABRIA Hugo Daniel (ARGENTINA)

15:30 **Valor óptimo de tensión arterial. Esquemas de drogas**

Disertante Dra. BRANDANI Laura Mercedes (ARGENTINA)

15:45 **Uso de antiagregantes plaquetarios**

Disertante Dr. CAROLI Christian (ARGENTINA)

Catalinas — Simposio de Los Consejos

Imágenes

16:45 - 18:15 **Consejo de Tomografía Computada y Resonancia Magnética Cardíaca. Nuevas aplicaciones de la tomografía computada**

Coordinador Dr. PEREZ DE ARENAZA Diego (ARGENTINA)

Coordinador Dr. SARRIES Alejandro Jose (ARGENTINA)

16:45 **Tomografía multicorte y SPECT: cómo se combina la información pronóstica**

Disertante Dr. POLONO Pablo

17:00 **Alcances de la perfusión por tomografía coronaria de 256 cortes**

Disertante Dra. CARRASCOSA Patricia Marina (ARGENTINA)

17:15 **Evaluación de la enfermedad coronaria con nuevos desarrollos en tomografía multicorte: equipos 256 y 320 filas**

Disertante Dr. ROCHITTE Carlos (BRASIL)

17:30 **Evaluación rápida de pacientes con dolor precordial en la sala de emergencia**

Disertante Dr. CERDA Miguel Antonio (ARGENTINA)

Golden Horn — Simposio de Los Consejos

Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

16:45 - 18:15 **Consejo de Insuficiencia Cardíaca + Consejo de Emergencias - Insuficiencia cardíaca descompensada**

Coordinador Dra. ESTEBANEZ Maria Jose (ARGENTINA)

Coordinador Dr. PORCILE Rafael (ARGENTINA)

16:45 **Descompensación con cumplimiento de las pautas terapéuticas. ¿A qué atribuirla? ¿Cómo prevenirla?**

Disertante Dr. PERNA Eduardo Roque (ARGENTINA)

17:00 **Manejo en la guardia del paciente con insuficiencia cardíaca descompensada**

Disertante Dr. VENTURA Héctor (ESTADOS UNIDOS)

17:15 **Estrategias para lograr balance negativo**

Coordinador Dr. BOSCARO Marcelo Victor (ARGENTINA)

17:30 **Pautas para evitar la reinternación**

Disertante Dr. GONZALEZ Miguel Angel (ARGENTINA)

La Pampa — Mesa Redonda

Cardiopatía Isquémica Crónica

16:45 - 18:15 **Disfunción ventricular isquémica crónica: después del STICH**

Coordinador Dr. BARRIONUEVO Hugo Daniel (ARGENTINA)

Coordinador Dr. NAVIA Jose (ARGENTINA)

16:45 **Optimizando el tratamiento médico**

Disertante Dra. SOSA LIPRANDI Maria Ines (ARGENTINA)

17:00 **Cirugía de revascularización miocárdica. ¿Cuándo?**

Disertante Dr. NAVIA Daniel Oscar (ARGENTINA)

17:15 **Estudio de viabilidad: ¿Sigue siendo útil?**

Disertante Dra. CAMPISI Roxana (ARGENTINA)

17:30 **Realidad argentina de la revascularización miocárdica**

Disertante Dr. BOZOVICH Gerardo Edgar (ARGENTINA)

Libertador B — Mesa Redonda

Hipertensión Arterial

16:45 - 18:15 **Hipertensión arterial. Desde lo básico**

Coordinador Dr. ALTAMIRANO Jorge Horacio (ARGENTINA)

Coordinador Dr. DELUCCHI Alejandro Mariano (ARGENTINA)

16:45 **¿Cuándo y cómo comenzar terapia farmacológica en la HTA?**

Disertante Dr. RODRIGUEZ Pablo Dario (ARGENTINA)

17:00 **HTA en la mujer menopáusica**

Disertante Dra. PAEZ Olga Beatriz L. (ARGENTINA)

17:15 **Diuréticos: ¿En quiénes, cuándo y qué diurético agregar?**

Disertante Dr. INSERRA Felipe (ARGENTINA)

17:30 **HTA resistente**

Disertante Dr. MARIN Marcos Jose (ARGENTINA)

Libertador C — Mesa Redonda

16:45 - 18:15 **Válvulas protésicas**

Coordinador Dr. CERRUTI Fausto Ezequiel (ARGENTINA)

Coordinador Dr. RAFFAELLI Hector Alfredo (ARGENTINA)

16:45 **Estrategias para su elección (Cirugía)**

Disertante Dr. MANCINI Blas Bernardino (ARGENTINA)

17:00 **Trombosis protésica no obstructiva (ECO)**

Disertante Dr. BARATTA Sergio Juan (ARGENTINA)

17:15 **¿Qué es el mismatch?**

Disertante Dr. ROURA Pablo (ARGENTINA)

17:30 **Leak paraprotésicos**

Disertante Dr. WEINSCHELBAUM Ernesto (ARGENTINA)

Martín Fierro — Actividad Societaria

16:45 - 18:15 **Carrera de Especialista en Cardiología. Residencias Cardiológicas Asociadas UBA - Ramos Mejía - Presentación de monografías seleccionadas. Promoción 2009-2010**

Coordinador Dra. DE MOLLEIN Daniela Pilar (ARGENTINA)

Coordinador Dra. LAPRESA Susana Beatriz (ARGENTINA)

16:45 **Revisión y actualización del tratamiento invasivo del aneurisma de aorta abdominal**

Autor Dra. FILCMAN Maia Gisela (ARGENTINA)

Comentador Dr. RODRIGUEZ Walter (ARGENTINA)

17:00 **Aspectos controvertidos de la utilidad del CDI en prevención primaria de la muerte súbita en la cardiopatía isquémica. ¿Indicar o no indicar? Esta es la pregunta**

Comentador Dr. GONZALEZ Nicolas (ARGENTINA)

Comentador Dr. GRANCELLI Hugo Omar (ARGENTINA)

17:15 **Miocarditis viral: Enfoque diagnóstico y terapéutico**

Autor Dr. BENGER Juan (ARGENTINA)

Comentador Dr. ATAMAÑUK Andres Nicolas (ARGENTINA)

17:30 **Resonancia magnética cardíaca: Una nueva alternativa para el diagnóstico y pronóstico de las miocardiopatías**

Autor Dra. FERNANDEZ RECALDE Maria Luz (ARGENTINA)

Comentador Dra. YAMAN Bettina Fernanda (ARGENTINA)

17:45 **Reemplazo valvular percutáneo como opción terapéutica para la estenosis aórtica severa**

Autor Dra. QUIROGA Barbara Elena (ARGENTINA)

Comentador Dr. STUTZBACH Pablo Guillermo (ARGENTINA)

Martes 4

Ombú — **Curso**

Educación Médica

16:45 - 17:30 **Taller de investigación. Módulo III - Leyendo artículos científicos con mirada crítica**

Coordinador Dr. ZYLBERSZTEJN Horacio M. (ARGENTINA)

16:45 **Estudios epidemiológicos bajo la lupa**

Educación Médica

17:30 - 18:15 **Taller de investigación. Módulo III - De una idea al proyecto. Primeras herramientas para concretar su protocolo**

Coordinador Dr. THIERER Jorge (ARGENTINA)

17:30 **Nociones de tests estadísticos**

17:30 **Concepto de regresión logística**

Poncho — **Simposio de Los Consejos**

Aterosclerosis, Lípidos y Diabetes

16:45 - 18:15 **Consejo de Aterosclerosis y Trombosis y Consejo de Stroke - Prevención secundaria del ACV isquémico**

Coordinador Dr. CHANQUIA AGUIRRE Pedro Fernando (ARGENTINA)

Coordinador Dra. ZURRU Maria Cristina (ARGENTINA)

Panelista Dr. LA MURA Ricardo (ARGENTINA)

Panelista Dr. NEUMAN Horacio

16:45 **Endarterectomía vs. angioplastia**

Disertante Dr. PREVIGLIANO Ignacio (ARGENTINA)

17:00 **Prevención en la etiología intracraneana (ateromatosis)**

Disertante Dr. VILA José Francisco

17:15 **Prevención en el origen extracraneano (Cardioembolia y estados protrombóticos)**

Disertante Dr. ALTMAN Raul (ARGENTINA)

Retiro A — **Simposio de Los Consejos**

Ergometría y Rehabilitación

16:45 - 18:15 **Consejo de Ergometría y Rehabilitación y Consejo de Arritmias - Cardiología y deporte**

Coordinador Dr. CACERES MONIE Cesar Rodolfo (ARGENTINA)

Coordinador Dr. PEIDRO Roberto Maximino (ARGENTINA)

Panelista Dra. ALONSO Karina Beatriz (ARGENTINA)

Panelista Dr. ASENJO Alberto Ruben (ARGENTINA)

Panelista Dr. GARCIA AGUIRRE Alejandro (ARGENTINA)

Panelista Dr. GONZALEZ NAYA Enrique (ARGENTINA)

Panelista Dr. IRALDE Gustavo (ARGENTINA)

16:30 **Arritmias ventriculares desencadenadas por el esfuerzo: conductas y consecuencias**

Disertante Dr. GANT LOPEZ José (ARGENTINA)

16:45 **Síncope en el deportista: ¿Cuándo debemos preocuparnos?**

Disertante Dr. STEIN Ricardo (BRASIL)

17:00 **El deporte y el sistema nervioso autónomo. ¿Es todo hipertonía vagal?**

Disertante Dr. SILVEIRA MORAES FILHO Ruy (BRASIL)

17:15 **Casos clínicos: Arritmias en el deportista**

Disertante Dr. ESTEPO Jose Felix (ARGENTINA)

Retiro B — **Simposio de Los Consejos**

Cardiología Clínica - Arritmias

16:45 - 18:15 **Consejo de Cardiología Clínica + Consejo de Electrofisiología - Enfoque integral de la fibrilación auricular**

Coordinador Dr. DEVIGGIANO Alejandro Dario (ARGENTINA)

Coordinador Dr. GONZALEZ Jose Luis (ARGENTINA)

16:45 **Fibrilación paroxística. ¿Cuándo y cómo medicar?**

Disertante Dr. GINIGER Alberto Germán (ARGENTINA)

17:00 **FA asociada a insuficiencia cardíaca: Una entidad aparte**

Disertante Dr. RACKI Mario (ARGENTINA)

17:15 **Nuevos anticoagulantes orales. Uso de antiagregantes**

Disertante Dr. DI TORO Dario Carlos (ARGENTINA)

17:30 **Cómo seleccionar al paciente para ablación**

Disertante Dr. BARJA Luis Dante (ARGENTINA)

Retiro C — **Mesa Redonda**

Cardiología Clínica - Cirugía Cardiovascular

16:45 - 18:15 **Sesion Conjunta SAC - FAC. Revascularización miocárdica y patologías asociadas**

Coordinador Dr. BARRERO Carlos Manuel (ARGENTINA)

Coordinador Dr. LOPEZ SANTI Ricardo (ARGENTINA)

16:45 **Diabetes e insuficiencia renal crónica**

Disertante Dr. CARTASEGNA Luis Rodolfo (ARGENTINA)

17:00 **El paciente con cirugía valvular simultánea**

Disertante Dr. NOJEK Carlos A. (ARGENTINA)

17:15 **Enfermedad carotídea asociada**

Disertante Dr. KOTOWICZ Vadim (ARGENTINA)

17:30 **En paciente con aneurisma de aorta abdominal**

Disertante Dr. LONDERO Hugo Francisco (ARGENTINA)

Libertador B + C — **Conferencia**

18:30 - 20:00 **Acto de Cierre y Conferencia de Clausura. Cardiología preventiva: lecciones del EUROASPIRE**

Presidente Dr. BELZITI Cesar Antonio (ARGENTINA)

Conferencista Dr. WOOD David (REINO UNIDO)

XXII Jornada de Técnicos en Cardiología

Domingo 2
Salón Águila

09:45 - 11:15 **XXII Jornada de Técnicos en Cardiología. Arritmias cardíacas**

Coordinador Dr. IRALDE Gustavo (ARGENTINA)

09:45 **Sindrome de Lown Ganong Levine. ¿Haz anómalo o simple conducción AV acelerada?**

Disertante Tec. PAPADOPOULOS Alejandra (ARGENTINA)

10:05 **Incidencia de fibrilación auricular en pacientes con vías accesorias**

Disertante Tec. LOPEZ Carlos Alfredo (ARGENTINA)

10:25 **Mapeo electrocardiográfico de sustratos arritmogénicos**

Disertante Tec. PEREYRA Nahuel (ARGENTINA)

10:45 **Arritmias en el post operatorio de cirugía cardiovascular**

Disertante Tpc. GOMEZ Rocio Celeste (ARGENTINA)

11:45 - 12:30 **XXII Jornada de Técnicos en Cardiología. Factores de riesgo cardiovascular en la niñez y adolescencia**

Coordinador Dra. ABELLA Ines Teresa (ARGENTINA)

11:45 **Trastornos alimentarios: Obesidad, bulimia y anorexia**

Disertante Tec. ANATRELLA Karina (ARGENTINA)

12:00 **Tabaquismo en edades pediátricas**

Disertante Dra. SZULMAN Gabriela (ARGENTINA)

12:15 **Repercusión cardiovascular del alcohol y las drogas en la infancia**

Disertante Dra. BRASKI Marta (ARGENTINA)

13:00 - 14:30 **XXII Jornada de Técnicos en Cardiología. Taller interactivo de electrocardiografía**

Coordinador Dr. CACERES MONIE Cesar Rodolfo (ARGENTINA)

13:00 **Taller interactivo de arritmias cardíacas**

Disertante Tpc. LONGARINI Diego Alberto (ARGENTINA)

14:00 **Fallas de marcapasos: Presentación de casos clínicos**

Disertante Tec. VELECHE Sergio (ARGENTINA)

15:15 - 16:30 **XXII Jornada de Técnicos en Cardiología. Insuficiencia cardíaca**

Coordinador Dr. VULCANO Norberto O. (ARGENTINA)

15:15 **Insuficiencia cardíaca aguda**

Disertante Tpc. PEYRANO Patricia Valeria (ARGENTINA)

15:30 **Evaluación del paciente con apnea del sueño**

Disertante Lic. IRIART Germán (ARGENTINA)

15:45 **Nuevas técnicas en resincronización ventricular**

Disertante Tec. MANGANI Nicolas Martin (ARGENTINA)

16:00 **Ecocardiografía en la insuficiencia cardíaca**

Disertante Tec. GONZALEZ Carlos Alberto (ARGENTINA)

16:45 - 18:15 **XXII Jornada de Técnicos en Cardiología. Prueba ergométrica graduada**

Coordinador Tpc. SILVEIRA Mariano Gabriel (ARGENTINA)

16:45 **Prueba ergométrica en niños: ¿En qué casos está indicado? Protocolos**

Disertante Tec. FARIAS Hugo Luis (ARGENTINA)

17:00 **Diferencias entre la prueba ergométrica convencional y el test cardiopulmonar**

Disertante Lic. MARICHAL Pablo (ARGENTINA)

Disertante Lic. OTAÑO Nancy (ARGENTINA)

17:30 **Taller interactivo: Presentación de casos clínicos**

Panelista Tpc. MATTARUCCO Betiana Luz (ARGENTINA)

Panelista Tpc. MENDOZA Sonia Teresita (ARGENTINA)

Panelista Tpc. PACIOLO Graciela Beatriz (ARGENTINA)

XXVII Jornada de Enfermería en Cardiología

Lunes 3

Salón Águila

08:00 - 09:30 XXVII Jornada de Enfermería en Cardiología

08:00 **Hipertensión en el embarazo y riesgos cardiovasculares**

Coordinador Lic. SICA Nestor Alberto (ARGENTINA)

Panelista Lic. ALVAREZ Angelica (ARGENTINA)

08:45 **Manejo de drogas vasoactivas y monitoreo hemodinámico en pediatría**

Coordinador Lic. PALACIO Jose Maria (ARGENTINA)

09:45 - 11:15 XXVII Jornada de Enfermería en Cardiología

09:45 **Incidencia de la enfermedad de Chagas en el binomio materno-fetal**

Coordinador Lic. SICA Nestor Alberto (ARGENTINA)

Panelista Lic. DEL BLANCO Soledad (ARGENTINA)

10:00 **Factores que inciden en el estrés laboral**

Coordinador Lic. ALVAREZ Angelica (ARGENTINA)

Panelista Lic. BRITO Raul Armando (ARGENTINA)

11:45 - 12:30 XXVII Jornada de Enfermería en Cardiología

11:45 **Evidencia de la práctica de la enfermería como perfusionista. Realidad argentino-colombiana**

Coordinador Lic. PERDOMO FONSECA Imelda Beatriz (ARGENTINA)

Panelista Lic. GAITÁN REY Jessica P. (COLOMBIA)

Panelista Enf. MACÍAS Edgardo (ARGENTINA)

13:00 - 14:30 XXVII Jornada de Enfermería en Cardiología

13:00 **Función del enfermero en la categorización del paciente con riesgo cardiovascular. La identificación precoz de los síndromes coronarios agudos**

Coordinador Lic. SANDOVAL Miguel Angel (ARGENTINA)

Panelista Enf. ALVAREZ Gonzalo Martin (ARGENTINA)

13:45 **Efectos de la salud mental en nuestro corazón**

Coordinador Enf. ALVAREZ Gonzalo Martin (ARGENTINA)

Panelista Dra. LA BRUNA Maria Cristina (ARGENTINA)

15:00 - 16:30 XXVII Jornada de Enfermería en Cardiología

15:00 **Cuándo y cómo administrar los trombolíticos en la sala de hemodinamia**

Disertante Enf. CASTRO Silvio (ARGENTINA)

15:45 **Actualización en las nuevas herramientas para la ablación de arritmias: lo que los enfermeros debemos saber**

Coordinador Enf. ALVAREZ Gonzalo Martin (ARGENTINA)

Panelista Enf. CARUGNO IGOR Eva Mariel (ARGENTINA)

16:45 - 18:15 XXVII Jornada de Enfermería en Cardiología

16:45 **Las infecciones asociadas a los procedimientos endovasculares: Lo que debemos hacer para disminuir su incidencia**

Panelista Lic. TORRES Diego (ARGENTINA)

17:30 **Ventajas de la ventilación no invasiva en el cardiópata crítico. Papel de la enfermería**

Coordinador Lic. PERDOMO FONSECA Imelda Beatriz (ARGENTINA)

Panelista Lic. BARRIONUEVO Elizabeth Analia (ARGENTINA)

VII Jornada de Capacitación para Estudiantes de Medicina

Martes 4

Salón Auditorio

15:00 - 16:30 **JORNADA PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA**

Coordinador Dr. SCHYGIEL Pablo Omar (ARGENTINA)

15:00 **¿Cómo elegir una Residencia Médica?**

Disertante Dr. ROITER Hector Gabriel (ARGENTINA)

15:20 **Educación Médica Continua. Valor de las Sociedades Científicas**

Disertante Dr. STUTZBACH Pablo Guillermo (ARGENTINA)

15:40 **Taller de Electrocardiografía y vectocardiografía**

Disertante Dr. ROMERA Gustavo Cesar (ARGENTINA)

16:00 **Taller de radiología de tórax**

Disertante Dra. LOPEZ MORA Joaquina (ARGENTINA)

16:45 - 18:15 **JORNADA PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA**

Coordinador Dr. SCHYGIEL Pablo Omar (ARGENTINA)

16:45 **Muerte súbita cardíaca. Estado del arte en el manejo del PCR.**

Disertante Dra. SWIESZKOWSKI Sandra (ARGENTINA)

17:05 **Emergencias hipertensivas**

Disertante Dr. MAJUL Claudio (ARGENTINA)

17:25 **Síndromes coronarios agudos. ¿Qué debe conocer el médico de la emergencia móvil?**

Disertante Dr. TRIVI Marcelo Sergio (ARGENTINA)

17:45 **Semiología cardiovascular ¿Qué espacio ocupa en la evaluación de los pacientes valvulares en el año 2011?**

Disertante Dr. MIGLIORE Ricardo A. (ARGENTINA)

ÁRBITROS DE TEMAS LIBRES 2011

El Comité Científico del XXXVII Congreso Argentino de Cardiología agradece la colaboración a los colegas que formaron parte del Comité de Árbitros de Temas Libres:

Dra. ABELLA, Ines Teresa
Dr. ABELLO, Mauricio Sebastian
Dr. ACUNZO, Rafael Salvador
Dra. ADANIYA, Maria Elena
Dr. AHUAD GUERRERO, Rodolfo Andres
Dr. ALBINA, Gaston
Dr. ALDARIZ, Antonio
Dr. ALDAY, Luis Eduardo
Dr. ALVAREZ, Carlos Benjamin
Dr. ALVAREZ, Jose Amadeo Guillermo
Dr. ALVES DE LIMA, Alberto E.
Dr. AMUCHASTEGUI, Marcos
Dr. ANGELINO, Arnaldo Adrián
Dr. AUGER, Sergio Ricardo
Dr. BARATTA, Sergio Juan
Dr. BARISANI, Jose Luis
Dr. BARJA, Luis Dante
Dr. BARRANCO, Miguel Angel
Dr. BARRERO, Carlos Manuel
Dr. BAZZINO, Oscar
Dr. BECK, Edgardo
Dr. BEIGELMAN, Ricardo Luis
Dr. BELLIDO, Claudio Antonio
Dr. BELZITI, Cesar Antonio
Dr. BENASSI, Marcelo Domingo
Dr. BENZADON, Mariano N.
Dra. BERENSZTEIN, Clotilde Sara
Dr. BERNARDI, Victor Hugo
Dr. BERROCAL, Daniel H.
Dr. BETTINOTTI, Marcelo O.
Dra. BLANCO CERDEIRA, Patricia
Dr. BLUGUERMANN, Julio Jorge
Dr. BOISSONNET, Carlos Pablo
Dr. BORTMAN, Guillermo R.
Dr. BOTTO, Fernando Osvaldo
Dra. BRANDANI, Laura Mercedes
Dra. BRION BARREIRO, Graciela Beatriz
Dr. BRUNOLDI, Rolando Lionel
Dr. BUSTAMANTE LABARTA, Miguel
Dr. CACCAVO, Alberto
Dr. CAGIDE, Arturo
Dra. CAMPISI, Roxana
Dr. CAPELLI, Horacio
Dr. CARBAJALES, Justo
Dr. CASABE, Jose Horacio
Dra. CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz
Dr. CERDA, Miguel Antonio
Dr. CETRO, Ruben
Dr. CHARASK, Adrian Alberto
Dr. CHERRO, Alejandro
Dr. CIANCIULLI, Tomas Francisco
Dr. COHEN ARAZI, Hernan
Dr. CONTRERAS, Alejandro Ernesto
Dra. COSTA DE ROBERT, Sara
Dr. CRAGNOLINO, Daniel Eduardo
Dr. CURA, Fernando Adrian
Dr. DARU, Victor D.
Dra. DE DIOS, Ana Maria Susana
Dr. DE ROSA, Antonio Felix
Dr. DE ZULOAGA, Claudio
Dra. DEGRANGE, Marcela Adriana
Dr. DESCHLE, Hector Alfredo
Dr. DEVIGGIANO, Alejandro Dario
Dr. DI TORO, Dario Carlos
Dra. DIEZ, Mirta
Dr. DOMENECH, Alberto
Dr. DONATO, Pablo Martin
Dr. DOVAL, Hernan C.
Dr. DUBNER, Sergio Jose
Dr. DURONTO, Ernesto Alfredo
Dra. ELIZARI, Maria Amalia
Dr. ESCOBAR CALDERON, Jose Gustavo
Dr. ESPER, Ricardo Jorge
Dr. ESPER, Roberto Cesar
Dr. ESTEPO, Jose Felix
Dr. FABREGUES, Guillermo
Dr. FAELLA, Horacio
Dr. FAIRMAN, Enrique
Dr. FALCONI, Mariano Luis
Dr. FARINELLI, Carlos Enrique
Dr. FAVALORO, Roberto Rene
Dr. FERNANDEZ PEREIRA, Carlos
Dr. FERNANDEZ, Alberto Alfredo
Dr. FERREIRO, Daniel Ernesto
Dr. FUSELLI, Juan Jose
Dr. GABE, Eduardo D.
Dr. GAGLIARDI, Juan Alberto
Dr. GALIZIO, Nestor Oscar
Dr. GARCIA ESCUDERO, Alejandro Mario
Dr. GELPI, Ricardo Jorge
Dra. GIMENEZ, Luisa Josefina E
Dr. GINIGER, Alberto Germán
Dr. GIORGI, Mariano Anibal
Dr. GOMEZ LLAMBI, Hernan
Dr. GONZALEZ ZUELGARAY, Jorge
Dr. GONZALEZ, Jose Luis
Dr. GONZALEZ, Miguel Angel
Dr. GORAL, Jorge Luis
Dr. GRANCELLI, Hugo Omar
Dra. GRINFELD, Liliana
Dr. GROSSO, Oscar Alberto
Dr. GUEVARA, Eduardo
Dr. HERSHSON, Alejandro Rubén
Dr. HIGA, Claudio Cesar
Dr. HIRSCHSON PRADO, Alfredo
Dr. HUMPHREYS, Juan Durnford
Dr. IGLESIAS, Ricardo Mario
Dr. INGINO, Carlos A.
Dr. ITHURALDE POSSE, Alejandro
Dr. JUANEDA, Ernesto
Dr. KILLINGER, Carlos
Dr. KRAUSS, Juan G.

Dr. LA GRECA, Rodolfo Daniel
Dr. LAIÑO, Ruben
Dr. LAKOWSKY, Alejandro Jose
Dr. LAX, Jorge Alberto
Dr. LEON, Carlos Andres
Dr. LERMAN, Jorge
Dr. LEVIN, Ricardo Luis
Dr. LEWKOWICZ, Julio Manuel
Dra. LLOIS, Susana Claudia
Dr. LONDERO, Hugo Francisco
Dr. LOWENSTEIN, Jorge A.
Dr. MACHAIN, Hector Alejandro
Dr. MAISULS, Hector Ricardo
Dr. MAJUL, Claudio
Dr. MANENTE, Diego Guillermo
Dr. MARCONCINI, Guillermo Mateo
Dra. MARTURANO, Maria Pia
Dr. MASOLI, Osvaldo H.
Dr. MASSON JUAREZ, Walter Mauricio
Dr. MAURO, Victor Miguel
Dr. MAUTNER, Branco
Dr. MELE, Eduardo F.
Dr. MENDEZ, Ricardo Jose
Dr. MENDIZ, Oscar Alfredo
Dr. MERETTA, Alejandro Horacio
Dr. MIGLIORE, Ricardo A.
Dr. MILEI, Jose
Dr. MILITELLO, Claudio Alejandro
Dr. MIRIUKA, Santiago Gabriel
Dr. MITELMAN, Jorge Eduardo
Dr. MOLLON, Francisco Pedro
Dr. MOLTEDO, Jose Manuel
Dr. MON, Guillermo Alberto
Dra. MORALES, Maria Celina
Dr. MOREYRA, Eduardo Alfredo
Dr. MOTTA, Domingo Agripino
Dr. MULASSI, Andres Hector
Dr. MURATORE, Claudio A.
Dr. NAU, Gerardo Juan
Dr. NAVARRO ESTRADA, Jose Luis
Dr. NAVIA, Daniel Oscar
Dr. NOJEK, Carlos A.
Dr. NOLLY, Hector
Dr. OBERTI, Pablo Fernando
Dr. ORODA, Luis
Dr. ORTEGA, Daniel F.
Dr. OSEROFF, Oscar
Dr. PAUTASSO, Enrique Jose
Dr. PEIDRO, Roberto Maximino
Dr. PEIRONE, Alejandro Roman
Dr. PELICHE, Fernando
Dra. PELLEGRINO, Graciela Margarita de Las Mercedes
Dr. PENSA, Claudio Esteban
Dr. PEREZ BALIÑO, Néstor
Dr. PEREZ DE ARENAZA, Diego
Dr. PEREZ DE LA HOZ, Ricardo Alfredo
Dr. PICCININI, Fernando
Dr. PIÑEIRO, Daniel José
Dr. PIOMBO, Alfredo Cesar
Dr. PIZARRO, Rodolfo
Dr. POCOVI, Antonio Alberto
Dr. POMES IPARRAGUIRRE, Horacio
Dr. PORCILE, Rafael
Dra. PRAMPARO, Palmira C.
Dra. PRESTI, Maria Cecilia
Dr. PREZIOSO, Horacio
Dr. RABINOVICH, Rafael
Dr. RAFFAELLI, Hector Alfredo
Dra. RAMOS, Maria Silvina
Dr. RAPALLO, Carlos Alberto
Dra. REDRUELLO, Marcela Fabiana
Dr. REY SILVA, Tomas
Dr. REY, Ricardo Horacio
Dr. RICCITELLI, Miguel
Dra. ROLANDI, Florencia
Dra. RUDICH, Viviana S.
Dra. SALVATI, Ana Maria
Dr. SALZBERG, Simon Mario
Dr. SAMPO, Eduardo A.
Dr. SANCHEZ, Ramiro
Dr. SANTAERA, Omar Anibal
Dr. SANTOS, Jose Maximo
Dr. SARMIENTO, Ricardo Aquiles
Dr. SARUBBI, Augusto Luis
Dr. SCAZZUSO, Fernando Adrian
Dra. SCHROH, Ana Myriam
Dr. SEGURA, Eliseo V.
Dra. SICURELLO, Maria Irene
Dr. SILVA, Hugo Esteban
Dr. SINIAWSKI, Daniel Alberto
Dr. SINISI, Victor Alfredo
Dr. SOKN, Fernando José
Dr. SOSA LIPRANDI, Alvaro
Dra. SOSA LIPRANDI, Maria Ines
Dra. SPILLMANN, Ana L.
Dr. STORINO, Ruben A.
Dr. STUTZBACH, Pablo Guillermo
Dr. SUAREZ, Daniel Horacio
Dra. SWIESZKOWSKI, Sandra
Dr. SZARFER, Jorge
Dr. TAJER, Carlos D.
Dr. TAMASHIRO, Alberto
Dr. THIERER, Jorge
Dr. THUER, Oscar L.
Dr. TRAININI, Jorge Carlos
Dra. TRAVERSO, Sonia S.
Dr. TRIVI, Marcelo Sergio
Dr. UBALDINI, Jorge Eduardo
Dr. VACCARINO, Guillermo Nuncio
Dra. VALERO, Elina
Dr. VARINI, Sergio D.
Dra. VILLAMAYOR, Rosa Maria
Dr. VILLAMIL, Alberto Servando
Dr. VOGEL, Daniel Raul
Dra. VOLBERG, Veronica Ines
Dr. VRANCIC, Juan Mariano
Dr. VULCANO, Norberto O.
Dr. WEINSCHELBAUM, Ernesto
Dr. WISNER, Jorge N.
Dra. ZAMBRANO, Carola
Dr. ZYLBERSZTEJN, Horacio M.

Temas Libres Orales

Domingo 2

Auditorio **Temas Libres**

09:45 - 11:15 Temas Libres Preferidos candidatos al Premio "Rodolfo Kreutzer"

Jurado Dr. ALDAY Luis Eduardo (ARGENTINA)
Jurado Dra. DE DIOS Ana Maria Susana (ARGENTINA)
Jurado Dr. KREUTZER Guillermo (ARGENTINA)

0001 - SEGUIMIENTO DE 134 PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PATRÓN DE WOLFF PARKINSON WHITE: HISTORIA NATURAL E INTERVENCIÓN MÉDICA

STEFANI, Amalia Noemi | DAL FABBRO, Romina | BOSALEH, María | VAZQUEZ, Roberth | COSTA, Gustavo | SPERANZA, Ricardo | GENTILE, Jorge | ZULOAGA, Claudio De

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR A. POSADAS

Describir las características de una población pediátrica con patrón de Wolff Parkinson White con 20 años de seguimiento.

0002 - EVOLUCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON CARDIODESFIBRILADORES IMPLANTABLES.

GALIZIO, Nestor Oscar | ROBLES, Federico | GONZALEZ, José Luis | MEDESANI, Luis | ALBANO, Felix | PALAZZO, Alejandro | CARNERO, Guillermo | GARGANO, Agustina

FUNDACION FAVALORO

Mostrar la evolución de niños y adolescentes con distintas patologias cardiológicas y cardiodesfibriladores implantables.

0003 - BY PASS DE VENTRÍCULO DERECHO: COMPLICACIONES Y SOBREVIDA A MEDIANO PLAZO

LAFUENTE, Maria Victoria | DI SANTO, M | MOURATIAN, M | VILLALBA, C | SCIEGATA, A | SAAD, A | LAURA, J | CAPELLI, H

HOSPITAL DE PEDIATRIA SAMIC DR. J. GARRAHAN

Compartir la experiencia en el seguimiento de nuestros pacientes operados de by pass de ventrículo derecho

0004 - TAQUICARDIA ECTÓPICA DE LA UNIÓN AV (JET) CONGÉNITA. PRESENTACIÓN CLÍNICA, RESPUESTA AL TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN ALEJADA.

SCIEGATA, Alberto M. | LAFUENTE, M V | FABRIS, J P | SANGUINO LOBO, R | VILLALBA, C | CAPELLI, H

HOSPITAL DE PEDIATRIA SAMIC DR. J. GARRAHAN

Mostrar la forma de presentación clínica y la evolución a largo plazo de una arritmia poco frecuente.

Catalinas **Temas Libres**

09:45 - 11:15 Hipertensión Arterial

Presidente Dr. INSERRA Felipe (ARGENTINA)
Comentador Dr. ALFIE José (ARGENTINA)
Comentador Dra. BASSO Nidia (ARGENTINA)
Comentador Dr. MAJUL Claudio (ARGENTINA)

0005 - EFECTO HIPOTENSOR DEL SULFURO DE HIDRÓGENO EN EL MODELO DE VARIABILIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL POR DESNERVACIÓN AÓRTICA

MERCADE, Juan Manuel | LUCERO, Matías | BERTERA, Facundo | HÖCHT, Christian | POLIZIO, Ariel H. | TAIRA, Carlos A.

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Evaluar nuevas terapéuticas antihipertensoras

0006 - REDUCCIÓN DE LA VARIABILIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL CON BLOQUEANTES BETA ADRENÉRGICOS DE TERCERA GENERACIÓN

HOCHT, Christian | BERTERA, Facundo | CHIAPPETTA, Diego | POLIZIO, Ariel | BUONTEMPO, Fabián | TAIRA, Carlos

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Evaluar el efecto de diferentes bloqueantes beta adrenérgicos sobre la variabilidad de la presión arterial, un nuevo factor de riesgo cardiovascular.

0007 - HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR DEFICIENCIA FETAL DE ZINC: PARTICIPACIÓN DEL ÓXIDO NÍTRICO RENAL Y EL ESTRÉS OXIDATIVO

VEIRAS, Luciana Cecilia | AGUIRRE, Sofía | CARDELLI ALCALDE, Daniela | SANCHEZ, Rodrigo | MASSARA, Lucía | COSTA, María de Los Angeles | TOMAT, Analía | ARRANZ, Cristina

CONICET - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Usted podrá reconocer la importancia de una adecuada ingesta de zinc en la vida fetal para evitar patologías cardiovasculares y renales en el adulto.

0008 - RESPUESTA VASCULAR AL TRATAMIENTO CRÓNICO CON PÉPTIDO NATRIURÉTICO ATRIAL EN RATAS ESPONTÁNEAMENTE HIPERTENSAS.

BOUCHET, Gonzalo | ROMERO, Mariana | SAVIGNANO, Lucía | CANIFFI, Carolina | ELESGARAY, Rosana | MAC LAUGHLIN, Myriam | ARRANZ, Cristina | COSTA, María de Los Ángeles

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA - IQUIMEFA-CONICET

Destacar los efectos beneficiosos del tratamiento con péptido natriurético atrial en la hipertensión arterial

0009 - PREVALENCIA DE PREHIPERTENSIÓN E HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU ASOCIACIÓN CON EL SOBREPESO EN UNA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES DEPORTISTAS

BENINCASA, Fernando Diego | MUGLIA, Matias | PERESSOTTI, Bruno | ALASIA, Diego | CAÑAS, Sebastián | DAK, Marcelo | ANGEL, Adriana | CUROTTO GRASIOSI, Jorge

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

evaluar la prevalencia de prehipertensión e hipertensión arterial y su relación con el sobrepeso en adolescentes deportistas

0010 - EFECTOS DEL PÉPTIDO NATRIURÉTICO TIPO C SOBRE LA REACTIVIDAD VASCULAR EN LA HIPERTENSIÓN. PARTICIPACIÓN DEL SISTEMA DEL ÓXIDO NÍTRICO.

CANIFFI, Carolina | CERNIELLO, Flavia Micaela | MENDES GARRIDO, Facundo | SUAREZ DI SALVO, Daiana | SUIERO, Laura | WENK, Gretel | ARRANZ, Cristina | COSTA, María Angeles

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA - IQUIMEFA-CONICET

Destacar los efectos beneficiosos del péptido natriurético tipo C en la hipertensiòn arterial.

Libertador B Temas Libres

09:45 - 11:15 Temas Libres Preferidos Premio 37º Congreso Argentino de Cardiología

Presidente Dr. CARBAJALES Justo (ARGENTINA)
Comentador Dr. BAZZINO Oscar (ARGENTINA)
Comentador Dr. CHARASK Adrian Alberto (ARGENTINA)
Jurado Dr. BARRERO Carlos Manuel (ARGENTINA)
Jurado Dr. CAGIDE Arturo (ARGENTINA)
Jurado Dr. ELIZARI Marcelo Victor (ARGENTINA)

0011 - RESULTADOS DE LA EXTRACCIÓN ENDOVASCULAR DE CATÉTERES DE MARCAPASOS Y CARDIODEFIBRILADORES, REALIZADO POR ELECTROFISIÓLOGOS.

DE ZULOAGA, Claudio | SPERANZA, Ricardo | PEREZ MAYO, Osvaldo | COSTA, Gustavo | ALFIE, Alberto | STEFANI, Amalia | MONTERO, Hugo | ROBY, Marcelo

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR A. POSADAS

mostrar la experiencia de un procedimiento habitualmente realizado por cirujanos, realizado por cardiólogos intervencionistas

0012 - TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA LEVE Y AVANZADA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS

MIRIUKA, Santiago Gabriel | GIORGI, Mariano | POGGIO, Rosana | CAROLI, Christian | COHEN ARAZI, Hernán

FLENI

Analizar los efectos de la terapia de resincronización cardíaca en pacientes con síntomas leves y avanzados.

0013 - CIRUGÍA DE ROSS: 15 AÑOS DE EXPERIENCIA.

ESCARAIN, Maria Carolina | BOZOVICH, Gerardo | SALVATORI, Carolina | FAVALORO, Roberto René

FUNDACION FAVALORO

Analizar los resultados a largo plazo de la Cirugía de Ross

0014 - RESULTADOS DEL REGISTRO NACIONAL DE FIBRILACIÓN Y ALETEO AURICULAR (RENAFA).

DI TOMMASO, Fernando Ariel | FITZ MAURICE, Mario | MANFREDI, Carlos | ROSALES, Armando | GONZALEZ, Enzo | GONZALEZ ORE, Bladimir | CERRUTI, Fausto | IGLESIAS, Ricardo

SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA

disponer de información epidemiológica local sobre fibrilación auricular

0015 - ROL DEL INDICE ALBUMINA/CREATININA EN LA ESTRATIFICACION DEL RIESGO DE EVENTOS A 6 MESES EN SINDROMES CORONARIOS AGUDOS.

HIGA, Claudio Cesar | COMIGNANI, Pablo | NOVO, Fedor | CIAMBRONE, Graciana | DONATO, Maria Sol | GAMBARTE, Jimena | NOGUES, Ignacio | RIZZO, Natalia

HOSPITAL ALEMAN

Conocer al valor pronostico del indice albumina creatinina en sindromes coronarios agudos.

Río de La Plata Temas Libres

09:45 - 11:15 Imágenes I

Presidente Dr. CRAGNOLINO Daniel Eduardo (ARGENTINA)
Comentador Dra. KUSCHNIR Paola (ARGENTINA)
Comentador Dr. PEREZ Roberto Daniel (ARGENTINA)
Comentador Dra. TRAVERSO Sonia S. (ARGENTINA)

0016 - INTERRELACIÓN ENTRE SCORE CÁLCICO Y PERFUSIÓN MIOCÁRDICA SPECT EN PACIENTES SIN DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CORONARIA: INFLUENCIA DE LA PRESENTACIÓN CLÍNICA Y FACTORES DE RIESGO CONVENCIONALES

DOS SANTOS BEHERAN, Alfonso | CASUSCELLI, Jorge Francisco | DAICZ, Mariana | CENDOYA, Oscar | GANUM, Guillermo | CERDA, Miguel | EMBON, Mario | CORTÉS, Claudia

FUNDACION FAVALORO

Valorar la utilidad de estudios no invasivos en el diagnostico de cardiopatia isquemica

0017 - UTILIDAD PRONÓSTICA A UN AÑO DE SEGUIMIENTO DE LA TOMOGRAFÍA CORONARIA MULTICORTE EN PACIENTES CON ESTUDIOS DE INDUCCIÓN DE ISQUEMIA NO CONCLUYENTES

LASAVE, Leandro Ignacio | ROSSI, Maximiliano | POLLICE, Analia | DAMONTE, Anibal | KOZAK, Fernando | ZAPATA, Gerardo | VILLAVICENCIO, Roberto | PICABEA, Eduardo

ICR - INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE ROSARIO SA - SANATORIO PARQUE SA - DIAGNOSTICO MEDICO OROÑO ROSARIO

Determinar el valor de la tomografia multicorte

0018 - EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE IMAGEN DE LA MODALIDAD DE ADQUISICIÓN SECUENCIAL DE LA ANGIOGRAFÍA CORONARIA POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA MULTIDETECTOR DE 64 CORTES.

CAPUÑAY, Carlos | CARRASCOSA, Patricia | DEVIGGIANO, Alejandro Dario | VALLEJOS, Javier | CARRASCOSA, Jorge

DIAGNOSTICO MAIPU

Evaluar la calidad de imagen de la mejor modalidad para bajar la radiación de la angiografía coronaria por tomografía coronaria multidetector

0019 - ANGIOGRAFÍA CORONARIA POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA MULTIDETECTOR DE 256 CORTES: PRIMERA EXPERIENCIA EN LA ARGENTINA.

CARRASCOSA, Patricia | DEVIGGIANO, Alejandro Dario | CAPUÑAY, Carlos | CARRASCOSA, Jorge

DIAGNOSTICO MAIPU

Dar a conocer la modalidad de trabajo del equipo de tomografía computada multidetector de 256 cortes para la evaluación de las arterias coronarias

0020 - UTILIDAD DEL TEST DEL FRIO EN UNA POBLACIÓN DE 870 PACIENTES SIN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DEMOSTRADA. SU IMPLICANCIA A LOS 87 MESES DE EVOLUCIÓN.

PAUTASSO, Enrique Jose | KORETZKY, Martin | BORREGO, Carlos | MARCON DEL PONT, Alberto | PARDO, Eduardo | PAMPLIEGA, Martin | PANINI, Julio | BATTISTON, Mario

CENTRO DE CARDIOLOGIA NUCLEAR

Conocer la probabilidad de un estudio complementario de predecir la incidencia de eventos cardiovasculares

0021 - ¿CUÁNTO SE IRRADIA EL CARDIÓLOGO NUCLEAR? UNA ESTIMACIÓN DE LA DOSIS DE EXPOSICIÓN EN LA PRÁCTICA DIARIA

PASTORE, Francisco Alberto | FERNÁNDEZ, Claudio César | RÍOS, Víctor | BOYER, Mariana | MALVAR, Matías

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS EVA PERON

1- Evaluar los instrumentos de medicion de uso cotidiano para el calculo de la exposicion a radiacion ionizante. 2- Estimar la dosisiocï¿½rdica con T

Martín Fierro I Temas Libres

09:45 - 11:15 Hipertensión pulmonar y tromboembolismo de pulmón

Presidente Dr. VULCANO Norberto O. (ARGENTINA)
Comentador Dr. AMUCHASTEGUI Marcos (ARGENTINA)
Comentador Dr. GARCIA PINNA Jorge Fernando (ARGENTINA)
Comentador Dra. PEREZ Sylvia Patricia Del Valle (ARGENTINA)

0022 - PRIMER REGISTRO NACIONAL DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA

CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | GOMEZ SANTA MARIA, Hector | BLANCO, Patricia | THIERER, Jorge | HIGA, Claudio | JAIMOVICH, Guillermo | COURTADE, Pablo | VERGNES, Alberto

CONSEJO DE EMERGENCIAS SAC - AREA DE INVESTIGACION SAC

Conocer en una encuesta nacional las caracteristicas clinicas y evolutivas de la enfermedad tromboembolica.

0023 - TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR: RESULTADOS A LARGO PLAZO Y PREDICTORES PREQUIRURGICOS DE MORTALIDAD

PERADEJORDI, Margarita | SANTOS, Maximo | CANEVA, Jorge | FAVALORO, Liliana | BOUGHEN, Roberto | DIEZ, Mirta | KLEIN, Francisco | FAVALORO, Roberto Rene

FUNDACION FAVALORO

Hipertension pulmonar tromboembolica

0024 - ¿CUAL ES EL VALOR DE PRESION PULMONAR EN UNA POBLACION A 3000 METROS DE ALTURA?

LESCANO, Adrian Jose | PIERONI, Pablo | OVEJERO, Rodrigo | PEREZ, Gonzalo | METTINI, Silvana | AGUSTIN, Fernandez | GRACIA, Mariana | IGLESIAS, Ricardo

FUNDACION CARDIOLOGICA ARGENTINA

Determinar las implicacancias clinicas de los valores de presión pulmonar en población que habitan grandes altitudes.

0025 - TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR : MANEJO POSOPERATORIO Y RESULTADOS

PERADEJORDI, Margarita | SANTOS, Maximo | VARELA OTERO, Maria Pilar | BARBIERI, Alejandra | ESCARAIN, Carolina | GALLUCCI, Emilce | GOMEZ, Carmen | FAVALORO, Roberto Rene

FUNDACION FAVALORO

Hipertension pulmonar Tromboembólica

0026 - ANÁLISIS DE SOBREVIDA DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

TALAVERA, Maria Lujan | DIEZ, Mirta | FAVALORO, Liliana | CÁNEVA, Jorge | KLEIN, Francisco | BOUGHEN, Roberto | HUERTA, Clara | FAVALORO, Roberto

FUNDACION FAVALORO

Conocer las características clínicas y evolución de una población de pacientes con hipertensión pulmonar en Argentina

0027 - ¿CUAL ES LA PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN ESCLERODERMIA?

LESCANO, Adrian Jose | GOMEZ, Gaston | BECK, Martin | NITSCHEL, Alejandro | DE VALAIS, Fernando | SALVATIERRA, Alejandro | RIOS, Analìa | DAPONTE, Pablo

SANATORIO TRINIDAD PALERMO

La hipertensión pulmonar es una entidad hemodinámica que obedece a diversas etiologías y determina el pronostico evolutivo de la esclerodermia.

Martín Fierro II — Temas Libres

09:45 - 11:15 **Investigación básica**

Presidente Dr. CROTTOGINI Alberto José (ARGENTINA)
Comentador Dr. GOMEZ LLAMBI Hernan (ARGENTINA)
Comentador Dr. HOCHT Christian (ARGENTINA)
Comentador Dr. VERA JANAVEL Gustavo (ARGENTINA)

0028 - REPROGRAMACIÓN CELULAR DE FIBROBLASTOS HUMANOS Y POSTERIOR DIFERENCIACIÓN A CARDIOMIOCITOS

BLÜGUERMANN, Carolina | QUESTA, María | ROMORINI, Leonardo | SOLARI, Claudia | GUBERMAN, Alejandra | SCASSA, María Elida | SEVLEVER, Gustavo | MIRIUKA, Santiago Gabriel

FLENI - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

mostrar la reprogramacion celular a celulas madre pluripotentes inducidas y la posterior diferenciacion a cardiomiocitos.

0029 - ROL DE LOS RECEPTORES ALFA1 ADRENÉRGICOS Y DE LA GSK-3BETA EN EL MECANISMO DE PROTECCIÓN DEL POSCONDICIONAMIENTO ISQUÉMICO

SIACHOQUE, Nadezda | BUCHHOLZ, Bruno | D´ANNUNZIO, Verónica | QUIROGA, Ana | DONATO, Martín | GELPI, Ricardo J.

INSTITUTO DE FISIOPATOLOGIA CARDIOVASCULAR (INFICA) - UBA

Comprender el mecanismo de un fenómeno de protección miocárdica como es el poscondicionamiento isquémico

0030 - FISIOPATOLOGÍA DEL ENGROSAMIENTO INTIMAL CORONARIO EN LA CARDIOPATÍA CONGÉNITA

GUERRI GUTTENBERG, Roberto | GRANA, Daniel | DE MATTEO, Elena | AMBROSIO, Giuseppe | MILEI, Jose

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CARDIOLOGICAS (ININCA) UBA-CONICET - HOSPITAL DE NIÑOS DR. RICARDO GUTIERREZ

Comprender los mecanismos involucrados en la génesis del engrosamiento intimal coronario en los pacientes con cardiopatía congénita.

0031 - ROL DE LA TIOREDOXINA-1 EN LA INJURIA POR ISQUEMIA Y REPERFUSIÓN EN ANIMALES JÓVENES Y EN EDAD MEDIA DE LA VIDA.

PEREZ, María Virginia | WULF, Natalia | D´ANNUNZIO, Verónica | GELPI, Ricardo J.

INSTITUTO DE FISIOPATOLOGIA CARDIOVASCULAR (INFICA) - UBA

Conocer y estudiar los mecanismos fisiopatológicos involucrados en la injuria miocárdica por isquemia y reperfusión en la edad media de la vida.

0032 - RESERVA INOTRÓPICA Y LUSITRÓPICA EN RATONES CON SOBREEXPRESIÓN CARDÍACA DEL RECEPTOR AT1 DE ANGIOTENSINA II

MATORRA, Luis Federico | DONATO, Martin | D'ANNUNZIO, Verónica | REY DEUTSCH, Ana Clara | RANDO, Mariel | BASSO, Nidia | GELPI, Ricardo Jorge

INSTITUTO DE FISIOPATOLOGIA CARDIOVASCULAR (INFICA) - UBA

El objetivo de este trabajo es comprender la fisiopatologia cardiaca que genera el sistema renina angiotensina.

0033 - IMPACTO DEL ESTRÉS OSMÓTICO SOBRE LA ACUAPORINA 1 EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR

NETTI, Vanina | VATRELLA, Mariana | CHAMORRO, Melina | RYBARCZYK, María José | BUCHTER, Valentín | FELLET, Andrea | BALASZCZUK, Ana María

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA - IQUIMEFA-CONICET

Al final de esta presentación, se comprenderá la importancia de la acuaporina 1 en los tejidos cardíaco y vascular en la adaptación al estrés osmótico

Ombú I **Temas Libres**

09:45 - 11:15 Cardiología clínica

Presidente Dr. CASABE Jose Horacio (ARGENTINA)
Comentador Dra. ANTON Lilian Andrea (ARGENTINA)
Comentador Dr. BALLESTER Alberto E (ARGENTINA)
Comentador Dra. PAROLA Marisa Laura (ARGENTINA)

0034 - ANEMIA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

MACIN, Stella Maris | VILLEGAS, Esteban | REYES, Laura | PERNA, Eduardo R | INSAURRALDE, Fernando | COMISARIO, Matias | ARISTIMUÑO, Guillermo | ACEVEDO, Pablo

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA JF CABRAL

Importancia de la anemia en SCA

0035 - HIPERGLUCEMIA AL INGRESO EN EL IAM : ¿ EXPRESIÓN DE UN TRASTORNO METABÓLICO PREEXISTENTE?

CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | CHARASK, Adrian | MAURO, Victor | GARCIA AURELIO, Mauro | MEDUS, Maria Jorgelina | FAIRMAN, Enrique | SORASIO, Guillermina | BARRERO, Carlos

CLINICA SANTA ISABEL - CLINICA BAZTERRICA

La hiperglucemia al ingreso en pacientes con IAM no depende de una condición diabética previa, sino de un trastorno metabólico inducido por el infarto

0036 - LA HIPERGLUCEMIA AL INGRESO DE UN INFARTO: ¿TIENE IMPORTANCIA EN LOS PACIENTES NO DIABÉTICOS?

CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | MAURO, Victor | CHARASK, Adrian | FAIRMAN, Enrique | PALACIO, Soledad | FERNANDEZ, Alejandro | GARCIA AURELIO, Mauro | BARRERO, Carlos

CLINICA SANTA ISABEL - CLINICA BAZTERRICA

La hiperglucemoa al ingreso en pacientes con IAM con ST es un variable predictora de eventos graves en la evolución hospitalaria

0037 - TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LOS ANEURISMAS AÓRTICOS COMPLEJOS: EXPERIENCIA INICIAL CON ENDOPRÓTESIS FENESTRADAS Y RAMIFICADAS

FERREIRA, Luis Mariano | ESCORDAMAGLIA, Sergio | DE PAZ, Martín | ROSEMBERG, Julio | LA MURA, Ricardo

CLINICA LA SAGRADA FAMILIA

FACTIBILIDAD DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LOS ANEURISMASTORACOABDOMINALES

0038 - TENDENCIAS TEMPORALES EN LA MORTALIDAD POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO E INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA: DATOS DEL REGISTRO EPI-CARDIO.

MARIANI, Javier | DE ABREU, Maximiliano | POMÉS IPARRAGUIRRE, Horacio | MOROS, Claudio | SILBERSTEIN, Alejandro | GAGLIARDI, Juan | DOVAL, Hernán | TAJER, Carlos

Grupo GEDIC

Describir tendencias temporales en la mortalidad por insuficiencia cardiaca e infarto.

0039 - WIN (WOMEN IN INNOVATION) ANGIOGRAFICO: REGISTRO PROSPECTIVO, OBSERVACIONAL, MULTICENTRICO EN ARGENTINA

ETCHEVERRY, Maria Carolina | RUBILAR, Viviana | ROLANDI, Florencia | AGATIELLO, Carla | MANAVELLA, Bibiana Del Valle | ESTEBANEZ, Maria Jose | MOHAMED, Gloria | GRINFELD, Liliana

FUNDACION CARDIOLOGICA ARGENTINA - VARIAS

Conocer datos locales sobre coronariopatia con foco en historia ginecologica

Ombú II **Temas Libres**

09:45 - 11:15 Epidemiología y prevención

Presidente Dr. SCHARGRODSKY Herman E. (ARGENTINA)
Comentador Dr. FERNANDEZ Luis Maria (ARGENTINA)
Comentador Dra. FRANCESIA Alejandra Nair (ARGENTINA)
Comentador Dr. MULASSI Andres Hector (ARGENTINA)

0040 - HABITOS ALIMENTARIOS RELACIONADOS CON EL DESAYUNO Y COMPARACIÓN DE SU CONTENIDO SEGÚN GRUPO ETARIO EN UNA POBLACIÓN ESCOLAR (PROGRAMA PREVECARDIO)

BARATTA, Sergio Juan | BUSTAMANTE, Julieta | IACOMETTI, Gilbert | FERRONI, Fabian | FERNANDEZ, Horacio | BONORINO, Jose | TURRI, Domingo | HITA, Alejandro

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Evaluar los hábitos alimentarios relacionados con el desayuno en la edad escolar

0041 - CARACTERÍSTICAS Y DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD CARDIOVASCULAR DE 20 A 64 AÑOS, ARGENTINA, 2009

BOSSIO, Juan Carlos | ARIAS, Sergio Javier | DEZAR, Gimena

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL - FACULTAD DE BIOQUÍMICA Y CIENCIAS BIOLÓGICAS

Describir la magnitud, características y distribución de las enfermedades cardiovasculares en la población en edad productiva de Argentina

0042 - EVALUACIÓN DE BARRERAS PARA LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR E IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR DE LA OMS EN ARGENTINA

FERRANTE, Daniel Carlos | BRUNO, Linetzky | MACCHIA, Alejandro | VARINI, Sergio | NUL, Daniel | DOVAL, Hernan | GRANCELLI, Hugo | TAMBUSSI, Ana

FUNDACIÓN GESICA

implementacion de guias y mejora de la calidad en prevencion cardiovascular

0043 - ANALISIS COMPARATIVO ENTRE FIBRILACION AURICULAR Y ALETEO AURICULAR. REGISTRO NACIONAL DE FIBRILACIÓN Y ALETEO AURICULAR (RENAFA).

FITZ MAURICE, Mario Daniel | DI TOMMASO, Fernando Ariel | GENNA, Carina | SZEJNFELD, Mario | GONZALEZ, Silvia | FARINELLI, Carlos | TINETTI, Jorge | IGLESIAS, Ricardo

DISTRITOS REGIONALES SAC

Comparación de características epidemiológicas de parte de nuestro país sobre fibrilación y aleteo auricular obtenidas de un registro

0044 - IMPLICANCIA CLINICA DE LA PRESION PULMONAR EN PERSONAS QUE VIVEN EN LA ALTURA

METTINI, Silvana | ELEIT, Guillermina | PAZ, Sebastian | FERNANDEZ, Agustin | ALLIN, Jorge | PIERONI, Pablo | LESCANO, Adrian | IGLESIAS, Ricardo

CONSEJO ARGENTINO DE RESIDENTES DE CARDIOLOGIA - FUNDACION CARDIOLOGICA ARGENTINA

Las personas que viven en la altura suelen presentar presiones pulmonares elevadas como adaptación al medio, sin significancia clínica, necesariamente

0045 - DEBIERA SER MÁS BAJO EL VALOR DE LDL COLESTEROL EN PREVENCIÓN PRIMARIA?

GIORGI, Mariano Anibal | CARNEVALINI, Mariana | MAUR, Romina | SAN MIGUEL, Lucas | GOIN, Ana | CASSO, Norberto | LAGOS, Roberto | COHEN ARAZI, Hernán

FLENI

evaluar cuál es el valor de LDL colesterol que mejor se asocia a placas ateromatosas en sujetos adultos en prevención primaria

Poncho **Temas Libres**

09:45 - 11:15 Aterosclerosis, lípidos y diabetes

Presidente Dr. SOIFER Saul (ARGENTINA)
Comentador Dr. CARDENAS SANCHEZ Rolando Enrique (ARGENTINA)
Comentador Dr. CORTES Juan Ricardo (ARGENTINA)
Comentador Dr. D ORTENCIO Alfredo O. (ARGENTINA)

0046 - EVOLUCION A LARGO PLAZO DEL DETERIORO COGNITIVO Y LA FUNCIONALIDAD EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR Y ADECUADO CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO.

ORTEGA, Fabiana Mònica | ZURRU, Marìa Cristina | BRESCACIN, Laura | ALONZO, Claudia | BRIENZA, Silvina | MARTINEZ, Rocio | CAMERA, Luis Alberto | WAISMAN, Gabriel Dario

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

El accidente cerebro vascular (ACV) es la primer causa de discapacidad, pocos estudios han evaluado el impacto del control de los factores de riesgo

0047 - UTILIDAD DE LOS ESTUDIOS DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA Y LA PRUEBA DEL FRIO PARA ESTRATIFICAR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS.

PAUTASSO, Enrique Jose | MARCON, Leopoldo | MARINI, Jorge | AIUB, Jorge | ALMIRON, Norberto | BOSCARO, Marcelo | RUBINICH, Alejandro | VIEYRA, Gustavo

CENTRO DE CARDIOLOGIA NUCLEAR

No todos los diabeticos tienen la misma evolucion

0048 - ASOCIACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y LA DETECCIÓN DE ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA CAROTÍDEA

SINIAWSKI, Daniel Alberto | MASSON, Walter | VITA, Tomás | FERNANDEZ, Germán | DEL CASTILLO, Santiago | VALLE, Juan | KRAUSS, Juan | CAGIDE, Arturo

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Discutir la asociación entre sobrepeso y ateroesclerosis subclínica y las implicancias de estos hallazgos en la evaluación del riesgo cardiovascular

0049 - VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO Y SU RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ADULTOS ASINTOMÁTICOS EN PREVENCIÓN PRIMARIA.

GIORGI, Mariano Anibal | MAUR, Romina | GOIN, Ana | MANGANIELLO, Cora | CASSO, Norberto | ZUK, Carlos | LAGOS, Roberto | COHEN ARAZI, Hernán

FLENI

valorar la relación entre factores de riesgo cardiovasculares y volumen plaquetario medio en sujetos en prevención primaria

0050 - ESTEATOSIS HEPÁTICA NO ALCOHÓLICA Y SU ASOCIACIÓN CON EL SÍNDROME METABÓLICO.

STAMPONE, Gustavo | LYNCH, Santiago | ESTOFAN, Mariano | PEYRANO, Joaquin | DE LA MATA, Luis | DOS SANTOS, Alfonso | RODRIGUEZ ACUÑA, María Isabel | GABE, Eduardo

FUNDACION FAVALORO

Establecer asociación en hígado graso no alcohólico y sme, metabólico

0051 - UTILIDAD DE LA MEDICIÓN DEL SCORE DE CALCIO CORONARIO PARA CATEGORIZAR EL RIESGO EN SUJETOS SIN ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES. INFORME PRELIMINAR.

MASSON JUAREZ, Walter Mauricio | SINIAWSKI, Daniel | KRAUSS, Juan | CAGIDE, Arturo

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Analizar la aplicabilidad clínica del score de calcio coronario en una población en plan de prevención primaria.

Retiro A **Temas Libres**

09:45 - 11:15 Sindromes coronarios agudos

Presidente Dr. FUSELLI Juan Jose (ARGENTINA)
Comentador Dr. IAVICOLI Oscar R. (ARGENTINA)
Comentador Dr. PELICHE Fernando (ARGENTINA)
Comentador Dr. PEÑAFORT Gonzalo (ARGENTINA)

0052 - DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN MODELO DE DECISIÓN MÉDICA DE ESTRATEGIA INVASIVA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN ST

DE ABREU, Maximiliano | SILBERSTEIN, Alejandro | MARIANI, Javier | GAGLIARDI, Juan | DOVAL, Hernán | TAJER, Carlos

GEDIC

Conocer los criterios utilizados para la selección de estrategia invasiva en pacientes con síndromes coronarios agudos sin elevación ST.

0053 - EXPERIENCIA A 1 AÑO DEL PROGRAMA DE TELEMEDICINA EN UNA RED DE HOSPITALES PARA EL TRATAMIENTO DEL INFARTO.

SILBERSTEIN, Mario Alejandro | MARIANI, Javier | DE ABREU, Maximiliano | GURIDI, Cristian | VILLAMONTE, Gabriel | COGNINI, Luciano | CORNELI, Mariana | TAJER, Carlos

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EL CRUCE

0054 - RELACION ENTRE EL NIVEL EDUCATIVO Y EL INFARTO DE MIOCARDIO

ROSENDE, Andres | FAILO, Matías | PEREZ, Gonzalo Emanuel | GONZALEZ, Nicolás | COSTABEL, Juan Pablo | BORRACCETTI, Mariela | GARCIA, Pablo | IGLESIAS, Ricardo Mario

CONSEJO ARGENTINO DE RESIDENTES DE CARDIOLOGIA

Contribuir al conocimiento del impacto del nivel educativo en la evolución del infarto de miocardio en la Argentina

0055 - INDICE LEUCO-GLUCEMICO EN LA ESTRATIFICACION TEMPRANA DEL RIESGO EN LOS SINDROMES CORONARIOS AGUDOS SIN ELEVACION DEL SEGMENTE ST

ZAPATA, Gerardo | CHICHIZOLA, Nicolas | TABORRA, Sebatian | ESCALANTE, Juan Pablo | HOMINAL, Miguel

ICR - INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE ROSARIO SA

Mayor conocimiento en la estratificación del riesgo en SCA

0056 - ASOCIACIÓN ENTRE MARCADORES SEROLÓGICOS Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA EN PACIENTES CON INFARTO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST.

DE ABREU, Maximiliano | MARIANI, Javier | GURIDI, Cristian | REYES, Graciela | GASTALDELLO, Natalio | POTITO, Mauricio | GONZALEZ VILLA MONTE, Gabriel | TAJER, Carlos

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EL CRUCE

Conocer la asociación existente entre marcadores serológicos y disfunción ventricular en pacientes con infarto de miocardio con elevación ST

0057 - IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EN LA EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST

GONZALEZ, Nicolas | MATTA, Maria Gabriela | ROLANDI, Florencia | CARRERO, Maria Celeste | TORRES BIANQUI, Carolina | PERALTA, Sebastian | CAGIDE, Arturo | NAVARRO ESTRADA, Jose Luis

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Optimizar el tratamiento de los isndromes coronarios agudos.

Retiro B **Temas Libres**

09:45 - 11:15 **Insuficiencia cardíaca**

Presidente Dr. BARISANI Jose Luis (ARGENTINA)
Comentador Dr. GONZALES ORÉ Bladimir Edilio (ARGENTINA)
Comentador Dr. SALOMONE Oscar Alejandro (ARGENTINA)
Comentador Dr. DONES Wistremundo (PUERTO RICO)

0058 - IMPACTO A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO DIURÉTICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

GAMBARTE, Maria Jimena | COMIGNANI, Pablo Dino | HIGA, Claudio | DONATO, Maria Sol | CIAMBRONE, Graciana | LAFFAYE, Nicolas | NOVO, Fedor | RIZZO, Natalia

HOSPITAL ALEMAN

Evaluar el impacto del tratamiento diurético a largo plazo en pacientes internados por insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) en la unidad cerrada

0059 - RESULTADOS DE LA CIRUGÍA DE RECONSTRUCCION VENTRICULAR EN UN CENTRO ESPECIALIZADO

LALOR, Nicolas | ACOSTA, Adriana | BENZADON, Mariano | PICCININI, Fernando | VRANCIC, Mariano | VACCARINO, Guillermo | THIERER, Jorge | NAVIA, Daniel

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA) - SANATORIO ANCHORENA

Presentar a la cirugía de reconstrucción ventricular como una opción factible en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca avanzada.

0060 - SÍNDROME CARDIORRENAL COMO PREDICTOR DE MALA EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES AÑOSOS INTERNADOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustin | FRANCHI, Victor Marcelo de Jesus | ALVAREZ, Sabrina | FORCINITO, Daniela | TREJO, Graciela | MONTEROS, Ariel | MACHADO, Rogelio | DIZEO, Claudio

UNIDAD ASISTENCIAL DR. CESAR MILSTEIN (Ex Hospital Francés)

Verificar si en una población de pacientes añosos con insuficiencia cardíaca, el sindrome cardiorenal es un factor de peor evolución

0061 - MORTALIDAD POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN LA REPÚBLICA ARGENTINA DURANTE EL PERIODO 1997-2008.

BELZITI, Cesar Antonio | RAPOPORT, Leonardo | GUEVEL, Carlos | SANTORO, Adrián | FERNANDEZ, María de Las Mercedes | MARCONI, Elida

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Conocer el comportamiento de la mortalidad por insuficiencia cardíaca en la Argentina en el periodo 1997-2008.

0062 - VALOR PRONÓSTICO DE LAS ALTERACIONES DEL HEPATOGRAMA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

FERRO, Alejandra | CARRERO, Celeste | PIZARRO, Rodolfo | GADANO, Adrian | VULCANO, Norberto | ROMANO, Adriana | BELZITI, Cesar Antonio

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

la presentación permite conocer el valor pronóstico de las alteraciones del hepatograma en la insuficiencia cardíaca

0063 - RESPUESTA A LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN, BIOMARCADORES PLASMÁTICOS Y SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO.

TETTAMANTI, Maria Estela | LÓPEZ DÍAZ, Javier | REVILLA ORODEA, Ana | ARNOLD, Roman | GARCÍA MORÁN, Emilio | NIETO, María Luisa | PUERTO SANZ, Ana | SAN ROMÁN CALVAR, José Alberto

INSTITUTO DE CIENCIAS DEL CORAZON (ICICOR), HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID - UNIVERSIDAD DE VALLADOLID - INSTITUTO DE BIOLOGIA Y GENETICA MOLECULAR (IBGM)

Conocer el rol de los biomarcadores plasmáticos, algunos nuevos, en cuanto a la respuesta a la TRC y la supervivencia a largo plazo.

Retiro C **Temas Libres**

09:45 - 11:15 Válvulopatías

Presidente Dr. PIÑEIRO Daniel José (ARGENTINA)
Comentador Dr. BAUK Lucas (ARGENTINA)
Comentador Dr. CAMARDON Hugo Luciano (ARGENTINA)
Comentador Dr. FERREIRO Daniel Ernesto (ARGENTINA)

0064 - PREDICTORES DE REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO Y MUERTE EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA MODERADA Y SEVERA ASINTOMÁTICA

SOSA, Federico | ARIAS, Anibal M | LUCAS, Luciano O | FUNES, Diego F | PARCERISA, María Florencia | BAGNATI, Rodrigo P | FALCONI, L Mariano | OBERTI, Pablo F

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Distinguir en una población de estenosis aórtica grave asintomática un grupo de mayor riesgo para tomar una conducta clinica más ajustada.

0065 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA CON HEMOCULTIVOS NEGATIVOS. EVOLUCIÓN HOSPITALARIA Y MORTALIDAD.

GARATE, Maria Laura | SAN MIGUEL, Roberto Juan | STAMPONE, Gustavo | ARLIA CIOMMO, Andrea | CORTÉS, Claudia | GUEVARA, Eduardo | FAVALORO, Roberto | CASABÉ, Horacio José

FUNDACION FAVALORO

Analizar las características clínicas y evolución intrahospitalaria de la EIHN y compararla con los pacientes (p) con hemocultivos positivos (EIHP).

0066 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN FASE AGUDA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD

SILES, Gustavo Hernán | PICCININI, Fernando | VRANCIC, Mariano | GIL, Christian | GUZMÁN, Francisco | GROMENIDA, Paolo | NACINOVICH, Francisco | NAVIA, Daniel

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

reportar eventos asociados a endocarditis quirurgica en fase aguda

0067 - PRESENCIA DE CALCIO VALVULAR MITRAL : ¿PREDICE EL ÉXITO INMEDIATO DE LA VALVULOPLASTIA MITRAL PERCUTÁNEA?

SARMIENTO, Ricardo | BLANCO, Rodrigo Ignacio | GIGENA, Gerardo | GAGLIARDI, Juan | LAX, Jorge | GARCIA ESCUDERO, Alejandro | RODRIGUEZ, Andrea | RICCITELLI, Miguel

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. ARGERICH

evaluar predictores de exito de la valvuloplastia mitral percutanea

0068 - ENDOCARDITIS BACTERIANA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULARES. CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN EN 183 CASOS DE LA RED EPICARDIO.

FERNANDEZ FRISANO, Gabriel | MARIANI, Javier | SILBERSTEIN, Mario | DE ABREU, Maximiliano | VILLARREAL, Ricardo | GAGLIARDI, Juan | DOVAL, Hernán | TAJER, Carlos

GEDIC

La endocarditis bacteriana es una enfermedad de baja prevalencia pero de evolución grave.

0069 - VALOR AGREGADO DEL ECO ESTRÉS CON EJERCICIO EN LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA ASINTOMÁTICA Y ERGOMETRÍA NORMAL

SCIARRESI, Esteban Andres | MARTINENGHI, Nicolás Mario | FILIPUZZI, Juan Manuel | SALVATORI, Carolina | ROURA, Pablo | BUSTAMANTE LABARTA, Miguel | FAVALORO, Roberto

FUNDACION FAVALORO

Al finalizar la presentación, Ud podrá conocer el valor agregado del EcoEstrés en la evaluación de pacientes con EAo severa asintomática y PEG normal

Lunes 3

Auditorio **Temas Libres**

08:00 - 09:30 **Cardiología pediátrica I**

Presidente Dra. VAZQUEZ Haydee (ARGENTINA)
Comentador Dra. ACKERMAN Judith (ARGENTINA)
Comentador Dr. DAGHERO Fernando (ARGENTINA)
Comentador Dr. ESANDI Diego (ARGENTINA)

0070 - CORRECCION DEL NACIMIENTO ANOMALO DE LA CORONARIA IZQUIERDA EN LA ARTERIA PULMONAR (ALCAPA). RESULTADOS QUIRURGICOS.

KIANG, Juan Alberto | ARGAÑARAZ, Lautaro | CORNELIS, Carlos Javier | PILAN, Maria Luisa | GARCIA DELUCIS, Pablo Hector | BARRETTA, Jorge Orlando | SUAREZ, Jose Carlos | LAURA, Juan Pablo

HOSPITAL DE PEDIATRIA SAMIC DR. J. GARRAHAN

El trabajo esta destinado al enfoque tanto clínico diagnostico como técnico quirúrgico de ALCAPA.

0071 - EN AORTA BICUSPIDE ES POSIBLE PREVEER LA SEVERIDAD DE LA INSUFICIENCIA AORTICA CONOCIENDO SU MORFOLOGIA POR ECO

DE DIOS, Ana Maria Susana | DAMSKY BARBOSA, Jesús | GRANJA, Miguel | TRENTACOSTE, Luis | LUCCINI, Victorio | ACKERMAN, Judith | BIANCOLINI, Fernanda | CARUGATI, Romina

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

Importancia de la anatomía en bicuspide aórtica y estenosis severa pasible de valvuloplastia con balón.

0072 - DUCTUS ARTERIOSO PERMEABLE.

OCLUSIÓN ENDOVASCULAR CON DISPOSITIVO NIT OCCLUD PDA-R EN MENORES DE 10 KG.

DAMSKY BARBOSA, Jesus M. | FERRIN, Liliana | LUCINI, Victorio | MARQUES, Adelia | VACCARI, Marina | GONZALEZ, Gabriela E | GRANJA, Miguel | DE DIOS, Ana M

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE - INSTITUTO DE CARDIOLOGIA JF CABRAL

Evaluar los resultados a corto y mediano plazo del cierre de ductus arterioso en pacientes menores de 10 Kg.

0073 - ASIMETRÍA DE CAVIDADES CARDIACAS CON DILATACIÓN DE CAVIDADES DERECHAS SIN CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL POSTERIOR A LA SEMANA 30 DE GESTACIÓN: ¿SIGNO DE HIPOXIA FETAL?

VAZQUEZ, Esteban | WEISBURD, Pedro | CITATE, Graciela | PARDO, Analia | FELDMAN, Juan Pablo | EGÜES ALMEIDA, Rodrigo | LIMA, Silvana | MANCIOLA, Soledad

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA SOR MARÍA LUDOVICA

comunicativo

0074 - DESARROLLO DE INDICADORES DE UN SISTEMA DE SALUD PÚBLICA PARA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA

JUANEDA, Ernesto | CABRERA, Marcelo | ALLUB, Alejandro | BENJAMÍN, Mónica | DE ROSSI, Roberto | PEIRONE, Alejandro | VEGA, Betina | BRUNO, Eva

HOSPITAL DE NIÑOS DE CORDOBA

Cuantificar la calidad de atención para mejorar el sistema público de cirugía cardiovascular pediátrico

0075 - RESULTADO DE 607 PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CONSECUTIVOS CON CIRCULACION EXTRACORPOREA. CUANTIFICACIÓN DE SOBREVIDA/MORTALIDAD A TRAVÉS DE GRÁFICO AJUSTADO A COMPLEJIDAD Y EDAD.

JUANEDA, Ernesto | BENJAMIN, Monica | ALLUB, Alejandro | DE ROSSI, Roberto | LAZARIN, Omar | SPILLMANN, Ana | DIAZ, Hector | BANILLE, Edgardo

HOSPITAL DE NIÑOS DE CORDOBA

Cuantificar resultados en cirugia cardiovascular para identificar problemas en busca de soluciones para mejorar

0076 - CORRECCIÓN ANATÓMICA, EN LA TRANSPOSICIÓN CORREGIDA DE GRANDES ARTERIAS. RESULTADOS QUIRURGICOS Y A MEDIANO PLAZO.

BARRETTA, Jorge Orlando | SUAREZ, Jose C. | MONTERO, Hernan | ALTABES, Maria | SALGADO, Gladis | MAGLIOLA, Ricardo | CAPELLI, Horacio | LAURA, Juan Pablo

HOSPITAL DE PEDIATRIA SAMIC DR. J. GARRAHAN

Evaluar resultados a corto y mediano plazo en correcion anatomica de pacientes con trasposicion corregida de grandes arterias.

Temas Libres Orales

Catalinas **Temas Libres**

09:45 - 11:15 Imágenes II

Presidente Dr. DARU Victor D. (ARGENTINA)
Comentador Dr. GANUM Guillermo Eduardo Gerardo (ARGENTINA)
Comentador Dr. GRASSO Mario Jose (ARGENTINA)
Comentador Dr. LANTERNIER Gaston (ARGENTINA)

0077 - VALORES ECOCARDIOGRÁFICOS NORMALES EN JÓVENES DEPORTISTAS

GANTESTI, Jessica Anabel | CULACIATI, Guillermina | SANCHEZ LUCEROS, Diego | GINGINS, Mauro | FERNANDEZ, Mario | RIOS, Cecilia | DEVIGGIANO, Alejandro | DESCHLE, Hector Alfredo

DIAGNOSTICO MAIPU

Obtener valores de VI normales en deportistas jóvenes que permitan diferenciar HVI fisiológicas de aquellas patológicas.

0078 - TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN, RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA PRE IMPLANTE Y MORTALIDAD A LARGO PLAZO.

TETTAMANTI, Maria Estela | REVILLA ORODEA, Ana | LÓPEZ DÍAZ, Javier | ARNOLD, Roman | DE LA FUENTE GALÁN, Luis | RECIO PLATERO, Amada | GÓMEZ SALVADOR, Itzíar | SAN ROMÁN CALVAR, José Alberto

INSTITUTO DE CIENCIAS DEL CORAZON (ICICOR), HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

Profundizar el conocimiento del impacto de la funcion ventricular derecha valorada por RMC en la mortalidad a largo plazo de pacientes TRC.

0079 - EL GRADO DE REDUCCIÓN DE LA RESERVA CORONARIA ES LA LLAVE PRONÓSTICA DEL ECOESTRÉS FARMACOLÓGICO

CANIGGIA, Cristian Carlos | LOWENSTEIN HABER, Diego Maximiliano | GARCIA, Alicia | AMOR, Miguel | CASSO, Norberto | PORLEY, Carlos | ZAMBRANA, Gustavo | LOWENSTEIN, Jorge Alfredo

INVESTIGACIONES MEDICAS - CENTRO DIAGNOSTICO - POLIMEDIC

Evaluar el valor pronóstico de la reserva coronaria en estudios de ecoestrés farmacológico con motilidad normal.

0080 - RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE CARGA ATEROSCLERÓTICA CAROTIDEA EVALUADA POR ULTRASONIDO Y LA PRESENCIA ENFERMEDAD CORONARIA SEVERA.

LOWENSTEIN HABER, Diego Maximiliano | VILLANUEVA DEL VALLE, Martin | PEREA, Martín Francisco | DANIELO, Rafael | RODRIGUEZ CORREA, Carlos Alberto | GUEVARA, Eduardo | CORS, Jorge Miguel | BOZOVICH, Gerardo

FUNDACION FAVALORO

Establecer la relación existente entre el grado de carga aterosclerótica carotidea mediante ultrasonido y la presencia enfermedad coronaria severa.

0081 - TIEMPO AL INICIO DE LA REGURGITACION MITRAL COMO INDICADOR DE DISINCRONIA INTERVENTRICULAR EN PACIENTES CON BLOQUEO COMPLETO DE RAMA IZQUIERDA

GUERCHI, Juan Pablo | CASSO, Norberto Agustin | COLOMBERO, Jorge Dario | CHIRIFE, Raul | ABELLO, Mauricio | ELIZARI, Maria Amalia | OLMEDO, Julian | GRANCELLI, Hugo

FLENI - HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "JUAN A. FERNANDEZ"

El tiempo al inicio de la regurgitación mitral permite evaluar la disincronía mecánica entre los ventrículos para la terapia de resincronización.

0082 - EVALUACIÓN CUANTITATIVA DE LA PERFUSIÓN MIOCÁRDICA MEDIANTE LA MODALIDAD DE ADQUISICIÓN SECUENCIAL DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTADA CARDÍACA.

CARRASCOSA, Patricia | CAPUÑAY, Carlos | DEVIGGIANO, Alejandro Dario | CARRASCOSA, Jorge

DIAGNOSTICO MAIPU

Mostrar la modalidad de evaluación cuantitiva de la perfusión miocárdica por tomografía cardíaca de adquisición secuencial.

Libertador B **Temas Libres**

09:45 - 11:15 Temas Libres Preferidos. 25º Aniversario de la entrega del Premio Fundación Dr. Pedro Cossio

Presidente Dr. CACCAVO Alberto (ARGENTINA)
Comentador Dr. LA GRECA Rodolfo Daniel (ARGENTINA)
Comentador Dr. PEREZ BALIÑO Néstor (ARGENTINA)
Jurado Dr. COSSIO Pedro R. (ARGENTINA)
Jurado Dr. MASOLI Osvaldo H. (ARGENTINA)
Jurado Dr. SOSA LIPRANDI Alvaro (ARGENTINA)

0083 - RELACION ENTRE LOS PATRONES DE VIABILIDAD MIOCÁRDICA, EL FLUJO MIOCÁRDICO Y LA ANATOMIA CORONARIA EN PACIENTES CON DISFUNCION VENTRICULAR IZQUIERDA, VALORADO MEDIANTE TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES INTEGRADA CON TOMOGRAFÍA COMPUTADA MULTIDETECTOR

ARAMAYO G., Natalia | OSORIO, Amílcar | GERONAZZO, Ricardo | NAMÍAS, Mauro | CAMPISI, Roxana

FUNDACIÓN CENTRO DIAGNÓSTICO NUCLEAR

Al final de esta presentación Usted podrá reconocer los patrones de viabilidad por PET en pacientes con enfermedad coronaria

0084 - PREVALENCIA DE HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA: IMPORTANCIA DEL DOSAJE DE HORMONAS TIROIDEAS EN ESTE GRUPO DE PACIENTES

FILIPINI, Eduardo Carlos | PERESSOTTI, Bruno | CORDERO, Diego | DAK, Marcelo | CORTÉZ QUIROGA, Gustavo | ANGEL, Adriana | DELGADO, Jorge | CUROTTO GRASIOSI, Jorge

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

evaluar la utilidad del dosaje de hormonas tiroideas en el seguimiento de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica

0085 - EVALUACION DEL DOLOR PRECORDIAL EN PACIENTES CON SINDROME X MEDIANTE TRACTOGRAFIA POR RESONANCIA MAGNETICA

GURFINKEL, Enrique Pablo | OCHOA, Juan Pablo | RIZNYK, Laura Mariana | SCIARRESI, Esteban Andres | GARATE, Maria Laura | PRINCICH, Juan Pablo | CARROZA, Valeria | BINAGHI, Daniela

FUNDACION FAVALORO - INVESTIGACIONES MEDICAS - CENTRO DIAGNOSTICO - CONICET

Explorar mediante una técnica novedosa una nueva hipotesis fisiopatológica para explicar el dolor en mujeres que sufren de Sindrome X.

0086 - RELACION DEL EFECTO ANTIAGREGANTE DE ASPIRINA Y EL RECUENTO PLAQUETARIO. POSIBLES IMPLICANCIAS EN LA DOSIFICACION.

COHEN ARAZI, Hernán | CARNEVALINI, Mariana | GIORGI, Mariano | FALCONI, Estela | OVEJERO, Rodrigo | CAROLI, Christian | NOJEK, Carlos | BADIMON, Juan Jose

FLENI

EVALUAR EL EFECTO ANTIAGREGANTE DE LA ASPIRINA EN RELACION A LA DOSIS EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR

0087 - MOTIVOS DE INGRESO, PROCEDIMIENTOS, EVOLUCION Y TERAPEUTICAS AL ALTA DE 54000 PACIENTES INGRESADOS A UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULARES EN ARGENTINA. 6 AÑOS DEL REGISTRO EPICARDIO.

SILBERSTEIN, Mario Alejandro | DE ABREU, Maximiliano | MARIANI, Javier | DE SAGASTIZABAL, Daniel | SALZBERG, Simon | GAGLIARDI, Juan | DOVAL, Hernan | TAJER, Carlos

Grupo GEDIC

Epì-Cardio es un registro multicéntrico de las epicrisis de unidades de cuidados cardiovasculares en Argentina, orientado a la evaluación epidemioló

Poncho **Temas Libres**

08:00 - 09:30 **Cirugía**

Presidente Dr. MANCINI Blas Bernardino (ARGENTINA)
Comentador Dr. BOGGIONE Rene Aquiles (ARGENTINA)
Comentador Dr. GORDON Mariano (ARGENTINA)
Comentador Dr. PRESA Carlos Alberto (ARGENTINA)

0088 - RIESGO PARADÓJICO EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CON REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA.

CAROSELLA, Victorio Carlos | GRANCELLI, Hugo | RODRIGUEZ, Walter | CAMPORROTONDO, Mariano | SELLANES, Miguel | CACERES, Miguel | CARDENAS, Cesar | NOJEK, Carlos A

FLENI

Conocer el comportamiento paradojal que existe entre el riesgo preoperatorio y la mortalidad operatoria, con el transcurso del tiempo la cirugía coron

0089 - CIRUGÍA DE REEMPLAZO DE RAÍZ AÓRTICA CON PRESERVACIÓN DE LA VÁLVULA AÓRTICA: 13 AÑOS DE EXPERIENCIA INSTITUCIONAL

SALVATORI, Carolina | ROURA, Pablo | ARZANI, Yanina | BOZOVICH, Gerardo | FAVALORO, Roberto

FUNDACION FAVALORO - UNIVERSIDAD FAVALORO

Analizar los resultados hospitalarios y a largo plazo de la cirugía de Raíz de aorta con preservación valvular aórtica, en nuestro centro.

0090 - CIRUGIA CARDIACA EN OCTOGENARIOS: RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS Y PREDICTORES DE MORBIMORTALIDAD

PICCININI, Fernando | VRANCIC, Mariano | SILES, Gustavo | GIL, Christian | GROMENIDA, Paolo | GUZMÁN, Francisco | THIERER, Jorge | NAVIA, Daniel

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

EVALUAR Y JERARQUIZAR LA CIRUGIA EN PACIENTES OCTOGENARIOS

0091 - DELIRIUM EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA

ARZANI, Yanina | OCHOA, Juan Pablo | BARBIERI, María Alejandra | CICOLINI, Alejandro | ESCARAIN, María Carolina | NALLAR, María Florencia | FAVALORO, Roberto | GALLUCCI, Emilce

FUNDACION FAVALORO

Evaluar la frecuencia de aparición y predictores de una complicación en el postoperatorio de cirugía cardiaca y la morbilidad asociada a la misma

0092 - EVALUACION DE CRITERIOS DE EXTUBACION EN QUIROFANO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA CARDIACA

CARDENAS, Cesar Mario | PIAZZA, Antonio | HACHIM, Karem Dario | BIRGER, Alfredo | KEMPNY, Pablo Daniel | COMAS WELLS, Maria Fernanda | GONZALEZ, Juan Martin | TELLECHEA, Maria Fernanda

SANATORIO TRINIDAD MITRE

Establecer criterios de extubación en el post operatorio inmediato de cirugías cardiacas y desarrollar un score objetivo de éxito

0093 - IMPACTO DE LA VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE Y DE LA INSUFICIENCIA AÓRTICA PREOPERATORIA EN LA REOPERACIÓN POR DISFUNCIÓN DEL AUTOINJERTO LUEGO DE LA CIRUGÍA DE ROSS: 15 AÑOS DE EXPERIENCIA.

ESCARAIN, Maria Carolina | BOZOVICH, Gerardo | SALVATORI, Carolina | FAVALORO, Roberto René

FUNDACION FAVALORO

Impacto de la válvula aórtica bicúspide y la insuficiencia aórtica en la reoperación por disfunción del autoinjerto luego de la Cirugia de Ross

Río de La Plata Temas Libres

08:00 - 09:30 Arritmias I

Presidente Dr. FITZ MAURICE Mario Daniel (ARGENTINA)
Comentador Dr. AREVALO Aldo Ruben (ARGENTINA)
Comentador Dr. CHAVES Carlos Javier (ARGENTINA)
Comentador Dr. LOPEZ CABANILLAS Nestor Hugo (ARGENTINA)

0094 - CLASIFICACIÓN DEL RIESGO EMBÓLICO EN FIBRILACIÓN AURICULAR DE ACUERDO A SCORES CHADS Y CHA2DS2-VASC E INDICACIÓN DE ANTIAGREGACIÓN Y ANTICOAGULACIÓN. ESTUDIO FORWARD.

FERRANTE, Daniel Carlos | GRANCELLI, Hugo | MACCHIA, Alejandro | VARINI, Sergio | SOIFER, Saul | BADRA, Raul | DOVAL, Hernan

FUNDACIÓN GESICA

utilización de anticoagulantes en la fibrilación auricular

0095 - UTILIDADES DEL SISTEMA DE NAVEGACIÓN ENSITE EN LA ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA DE VIAS ACCESORIAS

ABELLO, Mauricio Sebastián | OLMEDO, Julián Andrés | SCHNETZER, Natalia | COHEN ARAZI, Hernán | MOLTEDO, José Manuel

FLENI

Al final de estta presentación se podrá demostrar las utilidades del sistema de navegación Ensite en la ARF de vías accesorias

0096 - APLICACIÓN DE LOS SCORES DE RIESGO CHADS2 Y CHADS VASC EN UNA POBLACIÓN CON FIBRILACIÓN AURICULAR.

DI TORO, Dario Carlos | HADID, Claudio Leon | GALLINO, Sebastian | BLANCO, Patricia | LINIADO, Guillermo | BOISSONET, Carlos | LABADET, Carlos

AREA DE INVESTIGACION SAC

Profundizar sobre la compresnsion de los scores de riesgo en Fibrilacion auricular

0097 - UTILIDAD DE LA GEOMETRIA Y MONITOREO DE LA POSICION DEL ESOFAGO EN EL AISLAMIENTO DE VENAS PULMONARES

SCAZZUSO, Fernando Adrian | RIVERA, Santiago | ALBINA, Gaston | SAMMARTINO, Victoria | LAIÑO, Rubén | KAMLOFSKY, Matias | GINIGER, Alberto

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Describir un método anatómico para realizar el aislamiento de las venas pulmonares y evitar la fístula atrio-esofágica

0098 - PREVALENCIA DE LA ACTIVIDAD ELECTRICA EN LA VENA CAVA SUPERIOR DURANTE EL TRATAMIENTO PERCUTANEO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR

SCAZZUSO, Fernando Adrian | RIVERA, Santiago | ALBINA, Gaston | SAMMARTINO, Victoria | LAIÑO, Rubén | GINIGER, Alberto

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Comunicar la presencia de focos extra venas pulmonares responsables de la recurrencia de fibrilacion auricular

0099 - RECURRENCIA INTRAPROCEDIMIENTO DE LA CONDUCCIÓN DE LAS VÍAS ACCESORIAS DURANTE LA ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA

OLMEDO, Julián Andrés | ABELLO, Mauricio Sebastián | SCHNETZER, Natalia | ALONSO, Karina | ARMENTANO, Juan | COHEN ARAZI, Hernán | MOLTEDO, José Manuel

FLENI

Al final de esta presentación usted podrá conocer la tasa de recurrencia en la conducción de las vías accesorias durante la ablación, así como si exis

Poncho **Temas Libres**

09:45 - 11:15 Arritmias II

Presidente Dr. DI TOMMASO Fernando Ariel (ARGENTINA)
Comentador Dra. ALONSO Karina Beatriz (ARGENTINA)
Comentador Dr. CHAMBO Marcelo (ARGENTINA)
Comentador Dr. ROSSO Diego Esteban (ARGENTINA)

0100 - UTILIDAD DEL REGISTRO DEL DOBLE ELECTROGRAMA LESIONAL EN EL ISTMO CAVO-TRICUSPIDEO COMO CONFIRMACIÓN DE BLOQUEO BIDIRECCIONAL POST-ABLACIÓN

COSTA, Gustavo Alejandro | ALFIE, Alberto | SPERANZA, Ricardo | STEFANI, Amalia | DE ZULOAGA, Claudio | PÉREZ MAYO, Osvaldo | TÉC. PARADISI, Natalia | TÉC. CARO, Ana María

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR A. POSADAS

Evaluación de maniobras electrofisiológicas eficaces para diagnóstico diferencial en Aleteo Auricular Típico

0101 - MONITOREO REMOTO EN DISPOSITIVOS ELECTRICOS IMPLANTABLES: HERRAMIENTAS DIAGNOSTICAS QUE CONDUCEN A UN TRATAMIENTO PERSONALIZADO.

GALIZIO, Nestor Oscar | ALBANO, Felix | MEDESANI, Luis | ROBLES, Federico | PALAZZO, Alejandro | CARNERO, Guillermo | GARGANO, Agustina | GONZALEZ, José Luis

FUNDACION FAVALORO

Mostrar la utilidad de las herramientas diagnósticas en el tratamiento de pacientes con dispositivos electricos implantables y monitoreo remoto.

0102 - LA REPOLARIZACIÒN PRECOZ EN EL ELECTROCARDIOGRAMA DEL DEPORTISTA. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS.

PEIDRO, Roberto Maximino | BRIÓN, Graciela | BRUZZESE, Martín | CASTIELLO, Gustavo | MAURO, Sergio

CONSEJO DE ERGOMETRÍA Y REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR. SAC - FUTBOLISTAS ARGENTINOS AGREMIADOS

Conocer la prevalencia de la repolarización precoz en el electrocardiograma del deportista relacionar el hallazgo con otras características electroc

0103 - COSTO-EFECTIVIDAD Y COSTO-UTILIDAD DEL CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTABLE EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO DE MUERTE SUBITA EN ARGENTINA

ALCARAZ, Olga Andrea | GONZALEZ ZUELGARAY, Jorge | AUGUSTOVSKI, Federico

INSTITUTO DE EFECTIVIDAD CLÍNICA Y SANITARIA (IECS) - PRONETAC

Al final de esta presentación, usted podrá conocer la costo-efectividad del CDI para la prevención de la muerte súbita en Argentina.

0104 - TRASTORNOS DE CONDUCCIÓN E INDICACIONES DE MARCAPASOS LUEGO DE IMPLANTE DE VÁLVULA AORTICA POR VÍA ENDOVASCULAR. EXPERIENCIA DE UN CENTRO.

AVERSA, Eliana | ALBORNOZ, Marcela | MENENDEZ, Carolina | MURATORE, Claudio | PAYASLIAN, Miguel | SALZBERG, Simon | TENTORI, Maria Cristina

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "JUAN A. FERNANDEZ"

Evaluar trastornos de conduccion asociados a un procedimiento relativamente nuevo en nuestro pais, en el que son muy frecuentes.

0105 - VALORACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DE PACIENTES CON MARCAPASOS EN ÁPEX DE VENTRÍCULO DERECHO CON SINCRONÍA ELÉCTRICA VS PACIENTES CON DISINCRONÍA.

INGALLINA, Fernando | ORTEGA, Daniel Felipe | BARJA, Luis Dante | BONOMINI, Paula | MONTES, Juan Pablo | LOGARZO, Emilio Ariel | MANGANI, Nicolas | ROZEMBERG, Marcos

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS ALFREDO LANARI - UBA - FUNDACION PARA LA INVESTIGACION EN BIOINGENIERIA APLICADA (F.I.B.A.)

Evaluar las caracateristicas ecocardiograficas de pacientes con marcapasos con y sin disincronia electrica

Retiro B **Temas Libres**

09:45 - 11:15 Imágenes III

Presidente Dr. CORBELLA Fernando Diego (ARGENTINA)
Comentador Dr. LOWENSTEIN Jorge A. (ARGENTINA)
Comentador Dra. MAKHOUL Silvia Susana (ARGENTINA)
Comentador Dr. SPINA Salvador Vicente (ARGENTINA)

0106 - SPECKLE TRACKING EN LA DETECCIÓN PRECOZ DEL COMPROMISO MIOCÁRDICO EN LA ENFERMEDAD DE FABRY

SACCHERI, Maria Cristina | CIANCIULLI, Tomás Francisco | MARAMBIO, Gerardo Manuel | LAX, Jorge Alberto | QUIROZ, María Cristina | CACERES, Guillermo Luis | MORITA, Luis Alberto | GAGLIARDI, Juan Alberto

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. ARGERICH

La Enf. de Fabry es una rara enfermedad lisosomal, con deficiencia de la enzima alfa galactosida y produce acumulación tisular de glucoesfingolípidos.

0107 - NUEVO METODO PARA CALCULAR EL ACOPLAMIENTO VENTRICULO ARTERIAL SIN EVALUAR ELASTANCIAS

OLANO, Ricardo Daniel | BARATTA, Sergio | CHEJTMAN, Damián | GONZALEZ, Sergio | INSERRA, Felipe | FORCADA, Pedro | KOTLIAR, Carol | HITA, Alejandro

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Se desarrolló nuevo método para estimación de acoplamiento ventrículo arterial, alternativo y mas simple para uso clínico en hipertensión arterial

0108 - DINÁMICA DEL TRACTO DE SALIDA VENTRICULAR IZQUIERDO DURANTE EL CICLO CARDIACO EVALUADA CON ECOCARDIOGRAFÍA TRIDIMENSIONAL

FALCONI, Mariano Luis | FUNES, Diego | ARIAS, Anibal | BAGNATI, Rodrigo | JAIMOVICH, Guillermo | GIACOMINI, Mauro | OBERTI, Pablo | CAGIDE, Arturo

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Conocer los cambios en forma y tamaño del tracto de salida del VI en el ciclo cardiaco

0109 - EVALUACIÓN DE PERFORMANCE, FUNCIÓN SISTÓLICA Y CONTRACTILIDAD Y SU RELACIÓN CON MARCADORES DE DAÑO MIOCÁRDICO EN PACIENTES CON SEPSIS SEVERA Y SHOCK SÉPTICO

BARATTA, Sergio Juan | CHEJTMAN, Demian | ESCARDO, Juan Pablo | COSENZA, Sebastiàn | BERNARDEZ, Diego | PRATESI, Pablo | HITA, Alejandro

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Evaluar índices de performance del ventrículo izquierdo, función sistólica y contractilidad en sepsis según niveles de troponina

0110 - APLICACIÓN CLÍNICA DEL ANÁLISIS DE LA FASE SISTÓLICA DE LA CONTRACCIÓN VENTRICULAR CON DOPPLER TISULAR EN LA DISCRIMINACIÓN DE HIPERTROFIA

BARATTA, Sergio Juan | CHEJTMAN, Demián | BENTICUAGA NAVAS, Alejandro | FERNÁNDEZ, Horacio | FERRONI, Fabiàn | BILBAO, Jorge | BONORINO, Jose | HITA, Alejandro

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Determinar la utilidad del análisis de las ondas del Doppler Tisular Regiona en la evaluaciòn de hipertrofia

0111 - ROL DEL STRAIN BIDIMENSIONAL EN LA IDENTIFICACIÓN DE DAÑO MIOCARDICO EN LA ENFERMEDAD DE CHAGAS.

DEL CAMPO CONTRERAS, Matilde | SUN, Claudia | CABREJOS, Gustavo | ROUSSE, Graciela | LUNA, Stella Maris | KILLINGER, Carlos | FERRADAS, Sandra

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. DURAND

Aplicación de una nueva tecnica, strain bidimensional, en la enfermedad de Chagas para la detecciòn de daño miocardico

Retiro C **Temas Libres**

09:45 - 11:15 Cardiología intervencionista I

Presidente Dr. KEVORKIAN Ruben (ARGENTINA)
Comentador Dr. FERNANDEZ Alejandro Diego (ARGENTINA)
Comentador Dr. SANTANDER Walther Fernando (ARGENTINA)
Comentador Dr. SCUTERI Antonio (ARGENTINA)

0112 - RESPUESTA ANTIAGREGANTE AL PRASUGREL EN PACIENTES HIPORESPONDEDORES AL CLOPIDOGREL SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA CORONARIA.

CANDIELLO, Alfonsina | ARIS CANCELA, Maria Esther | PADILLA, Lucio | NAU, Gerardo | PERALTA, Sebastian | BELARDI, Jorge | TRIVI, Marcelo | CURA, Fernando

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

tratamiento antiagregante dual en pacientes post angioplastia

0113 - RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS PARA ANGIOPLASTÍA CORONARIA EN ENFERMEDAD DE MÚLTIPLES VASOS EN EL REGISTRO ARGENTINO DE ANGIOPLASTÍA CORONARIA (RADAC).

MAURO, Daniel Omar | SZEJNFELD, Mario | BORRACCI, Raúl | MIERES, Juan | RUBILAR, Bibiana | MOHAMED, Gloria | PIRAÍNO, Rubén | ECHEVERRI, María C.

CONSEJO DE HEMODINAMIA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA. SAC

Comunicar información sobre forma de revascularización y resultados del ¨mundo real¨ en ATC en enfermedad de múltiples vasos.

0114 - RESULTADOS HOSPITALARIOS DE LAS MUJERES TRATADAS CON ANGIOPLASTIA CORONARIA EN EL REGISTRO ARGENTINO RADAC

VIDELA LYNCH, Angeles | SARMIENTO, Ricardo | ALVAREZ SEVILLANO, Juan | PEREZ BALIÑO, Pablo | GALLARDO GALEAS, Pablo | FLORES, Aime | PEREZ, Gonzalo | MENENDEZ, Marcelo

CONSEJO DE HEMODINAMIA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA. SAC

Evaluar resultados angioplastia coronariaa en mujeres en registro argentino

0115 - RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO TRATADOS CON ANGIOPLASTIA DENTRO DEL REGISTRO ARGENTINO DE ANGIOPLASTIA CORONARIA (RADAC).

FERNANDEZ PEREIRA, Carlos | DESCALZO, Amalia | SOLÓRZANO ORMAZA, Leonardo Javier | CHERRO, Alejandro | DANIEL, Mauro | ALVAREZ, Alejandro | SAYÓN, Maria Elena | RODRIGUEZ, Alfredo

CENTRO DE ESTUDIOS EN CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA - CONSEJO DE HEMODINAMIA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA. SAC

Conocer el estado de la angioplastia coronaria como tratamiento de los pacientes con Infarto Agudo del Miocardio

0116 - ANGIOPLASTIA CORONARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA: COMPARACION CON LA POBLACIÓN GENERAL Y ANALISIS DE VARIABLES PREDICTORAS DE EVENTOS COMBINADOS

MIGLIARO, Guillermo Oscar | CASTRO, Javier | REVALE, Mariano | PIRAINO, Ruben | MOHAMED, Gloria | MOLES, Victor | MARTINO, Guillermo | HIGA, Claudio

CONSEJO DE HEMODINAMIA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA. SAC

Mostrar el resultado de la angioplastia coronaria en un subgrupo de pacientes con insuficiencia renal crónica comparado con la población general

0117 - ANGIOPLASTIA CORONARIA EN OCTOGENARIOS : COMPARACIÓN CON LA POBLACIÓN GENERAL

LEIVA, Gustavo Alfredo | BAGLIONI, Pablo | VOOS BUDAL AREINS, Marcel | ESEREQUIS, Elias | LEGUIZAMON, Jorge | PEREZ, Gonzalo | MENENDEZ, Marcelo | GALLARDO GALEAS, Pedro

CONSEJO DE HEMODINAMIA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA. SAC

Analizar la evolución de pacientes octogenarios sometidos a una angioplastia coronaria.

Río de La Plata Temas Libres

09:45 - 11:15 Cardiología intervencionista II

Presidente Dr. PALACIOS Alejandro (ARGENTINA)
Comentador Dr. BRAVO Alfredo Dante (ARGENTINA)
Comentador Dr. FACTA Alvaro (ARGENTINA)
Comentador Dr. INGINO Carlos A. (ARGENTINA)

0118 - RELACIÓN ENTRE LA DEMORA DEL SISTEMA (TIEMPO PUERTA-BALÓN) CON LA RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR EN EL SEGUIMIENTO ALEJADO

SZARFER, Jorge | RODRIGUEZ, Andrea | GARCIA ESCUDERO, Alejandro | GAGLIARDI, Juan | BLANCO, Rodrigo Ignacio | GIGENA, Gerardo | BLANCO, Federico | RICCITELLI, Miguel Angel

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. ARGERICH

evaluar la relacion entre el tiempo puerta-balon con la recuperacion de la funcion ventricular

0119 - RESULTADOS A MEDIANO Y LARGO PLAZO DE ANGIOPLASTIA CAROTIDEA CON STENT Y PROTECCION DISTAL.

RIFOURGAT, Ignacio | GRINFELD, Diego | PARMISANO, Jose Luis | FUERTES, Fernando | POLLONO, Pablo | TEJADO, Eduardo | PASTENE, Ricardo | GRINFELD, Liliana

HOSPITAL ESPAÑOL DE LA PLATA

Evaluar la experiencia de nuestro centro en angioplastias carotideas.

0120 - RELACIÓN ENTRE LA DEMORA DEL SISTEMA (TIEMPO PUERTA-BALÓN) CON LA RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA A LARGO PLAZO

SZARFER, Jorge | GARCIA ESCUDERO, Alejandro Mario | RODRIGUEZ, Andrea | GAGLIARDI, Juan | ALONSO, Analia | GIGENA, Gerardo | BLANCO, Rodrigo | RICCITELLI, Miguel Angel

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. ARGERICH

Evaluar la relación entre el tiempo a la reperfusion con la función ventricular izqauierda post IAM

0121 - RESULTADOS INMEDIATOS Y ALEJADOS DE LA ANGIOPLASTIA DEL TRONCO NO PROTEGIDO DE LA ARTERIA CORONARIA IZQUIERDA CON STENT CONVENCIONALES Y LIBERADORES DE DROGA.

ZIMMERMANN, Juan Pablo | SCHIPANI, Gustavo Javier | AZZARI, Fabian | CHAMBRE, Dionisio | ANDERSEN, Gustavo | FERNANDEZ, Alejandro Abel | MARTINO, Guillermo Raul | LEGUIZAMON, Jorge Hugo

CLINICA BAZTERRICA

Mostrar los resultados primarios y alejados de la angioplastia en este escenario anatomico por muchos años patrimonio exclusivo de la CRM

0122 - ANGIOPLASTIA EN EL IAM: "REPERFUSIÓN METÁLICA", SUS DETERMINANTES E IMPLICANCIAS PRONÓSTICAS.

SZARFER, Jorge | GARCÍA ESCUDERO, Alejandro | ARGENTO, Laura Vanina | GIGENA, Gerardo | RODRIGUEZ, Andrea Silvina | ALONSO, Analía Mabel | GAGLIARDI, Juan Alberto | RICCITELLI, Miguel A.

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. ARGERICH

Implicancia pronóstica de la reperfusión lograda al atravesar la oclusión en la arteria responsable del infarto con la cuerda guía en la an

0123 - COMPONENTES QUE INFLUYEN EN EL TIEMPO A LA ANGIOPLASTIA EN PACIENTES TRASLADADOS CON IAM

GARCIA ESCUDERO, Alejandro Mario | SZARFER, Jorge | BLANCO, Rodrigo | GIGENA, Gerardo | BLANCO, Federico | AFFATATO, Susana | ALONSO, Analia | RICCITELLI, Miguel

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. ARGERICH

Detectar las debilidades en una red de tratamiento del Infarto Agudo de Miocardio, y así rpoducir mejoras en la misma.

Martes 4

Auditorio | **Temas Libres**

08:00 - 09:30 **Cardiología pediátrica II**

Presidente Dr. JUANEDA Ernesto (ARGENTINA)
Comentador Dr. GAMEZ SCHROEDER Aldo M. (ARGENTINA)
Comentador Dr. GUGLIERI German (ARGENTINA)
Comentador Dr. INFANTE Juan (ARGENTINA)
Comentador Dra. ZANOTTO Isabel Irene (ARGENTINA)

0124 - ROL DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CRÓNICO DE LAS TAQUIARRITMIAS RECURRENTES EN LA EDAD PEDIÁTRICA.

BLEIZ, Jorge Alberto | PARDO, Analia | RUIZ, Hugo | MEDESANI, Luis | ZABALA, Federico | FELDMAN, Juan | LIMA, Silvana | EGUES, Rodrigo

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA SOR MARÍA LUDOVICA

Destacar la importancia del seguimiento clínico y la farmacovigilancia en el tratamiento antiarrítmico crónico.

0125 - TAQUICARDIA ECTOPICA DE LA UNION EN LA EDAD PEDIATRICA

BLEIZ, Jorge Alberto | CUELI, Andrea | MANCIOLA, Soledad | CITATE, Graciela | FELDMAN, Juan | LIMA, Silvana | EGUES, Rodrigo | RODRIGUEZ, Jorge

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA SOR MARÍA LUDOVICA

Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la taquicardia ectópica de la unión en la edad pediátrica.

0126 - ASOCIACIÓN ENTRE AREA DE AI, ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y FUNCIÓN DIASTÓLICA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO EN VARONES ADOLESCENTES

PEREZ ACEBO, Haydee Laura | FERNANDEZ, Graciela B | FERRADAS, Sandra | HIRSCHER, Valeria

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. DURAND

Sindrome metabólico y alteraciones ecocardiográficas en adolescentes

0127 - UTILIDAD DEL ECO STRESS EN PEDIATRIA , ADOLESCENCIA Y ADULTOS CON CARDIOPATIAS CONGENITAS

VAZQUEZ, Haydee | ABELLA, Ines | MOROS, Claudio | QUILINDRO, Alberto | CAZALAS, Mariana | GRIPPO, Maria

HOSPITAL DE NIÑOS DR. RICARDO GUTIERREZ - INSTITUTO CARDIOVASCULAR LEZICA

El eco stress es una modalidad diagnóstica muy poco desarrollada en nuestro país en el ámbito pediátrico.Presentamos nuestra experiencia inicial.

0128 - ECOCARDIOGRAFÍA FETAL: SU EVOLUCIÓN EN 6 AÑOS EN SERVICIO PÚBLICO DE CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA.

LIMA, Silvana | EGUES ALMEIDA, Rodrigo | FELDMAN, Juan Pablo | MANCIOLA, Soledad C. | RODRIGUEZ, Jorge | WEISBURD, Pedro | CUELI, Andrea | CITATE, Graciela

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA SOR MARÍA LUDOVICA

Ecocardiografia fetal: Su importancia en el diagnóstico prenatal de cardiopatías congénitas

0129 - ABLACION POR RADIOFRECUENCIA EN POBLACION PEDIATRICA.

BOCHOEYER, Andres | RABINOVICH, Rafael | RIVAROLA, Marcelo | TRENTACOSTE, Luis | GRIPPO, Maria

HOSPITAL DE NIÑOS DR. RICARDO GUTIERREZ - SANATORIO TRINIDAD MITRE

DESCRIBIR CARACTERSITICAS CLINICAS, SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA ABLACION POR RADIOFRECUENCIA EN PEDIATRIA

0130 - VÍAS FASCÍCULOVENTRICULARES EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA: CARACTERÍSTICAS ELECTROCARDIOGRÁFICAS Y ELECTROFISIOLÓGICAS

OLMEDO, Julián Andrés | MOLTEDO, José Manuel | ALONSO, Karina | ARMENTANO, Juan | SCHNETZER, Natalia | COHEN ARAZI, Hernán | ABELLO, Mauricio Sebastián

FLENI - SANATORIO FRANCHIN

Al final de esta presentación usted podrá conocer y reconocer las características de las vías fascículoventriculares en pediatría.

Resumen

0001 - SEGUIMIENTO DE 134 PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PATRÓN DE WOLFF PARKINSON WHITE: HISTORIA NATURAL E INTERVENCIÓN MÉDICA

Dra. STEFANI, Amalia Noemi | DAL FABBRO, Romina | BOSALEH, María | VAZQUEZ, Roberth | COSTA, Gustavo | SPERANZA, Ricardo | GENTILE, Jorge | ZULOAGA, Claudio De

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR A. POSADAS

Objetivos: Evaluar la evolución natural de una población pediátrica con patrón de Wolff Parkinson White (WPW). Analizar la presencia de taquicardia paroxística supraventricular (TPS), fibrilación auricular (FA), cardiopatías congénitas (CC), la vinculación de TPS y CC, y la mortalidad de este grupo. Analizar la intervención médica realizada.
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo observacional. Se examinaron 134 pacientes (P) con WPW consecutivos que asistieron a la consulta desde Marzo de 1976 a Marzo de 2011 (35 años). Se recopilaron antecedentes, síntomas, examen físico y estudios complementarios realizados durante la primera consulta y el seguimiento. Se consideró criterio de inclusión a todo P que presentó WPW en el ECG. Todos los P tenían ECG y ecocardiograma para diagnosticar CC. En 101 P se efectuó al menos un Holter (75,3%). Se realizó ergometría en 69 P (51,5%). Los ECG se analizaron siguiendo el algoritmo de Fitzpatrick para inferir la posición anatómica del haz de Kent. En P seleccionados se efectuaron estudio electrofisiológico y ablación por radiofrecuencia. Los datos obtenidos se expresaron como media y desvío estándar.
Resultados: Se registraron 134 P consecutivos, 80 varones (59,7 %) y 54 niñas.
La edad al diagnóstico de WPW fue entre 2 días y 18 años con una media de 6,5 ± 5 años. La distribución según edad al momento del diagnóstico fue: 0 a 12 meses 36 P (26,8%), 13 meses a 5,9 años 24 P (17,9%), 6 a 10,9 años 43 P (32,1%), 11 a 18 años 32 P (23,9%).
El motivo de consulta fue TPS en 35 P (26,1%) y derivación por WPW en 16 P (11,9%). Los 83 P (61,9%) restantes consultaron por causas no vinculadas al WPW como soplo, evaluación preescolar, predeportiva y prequirúrgica, palpitaciones y sospecha de CC, entre otros. Los P permanecieron bajo seguimiento clínico de 1 mes a 20 años, con una media de 3,6 ± 3,9 años. Cuatro P tuvieron una sola consulta. Se encontraron antecedentes familiares de WPW en 2 P. En 55 P (41%) el WPW fue derecho y en 76 P (56,7%) izquierdo, 3 P tuvieron doble vía. En 16 P (11,9%) se registró TPS durante el seguimiento. El total de P con TPS fue de 51 P (38%), correspondiendo a 17 vías derechas, 31 izquierdas y 3 dobles. En todos los casos la TPS fue ortodrómica. La edad de aparición de TPS como primera manifestación de WPW fue 6,3 +-5,8 años; en 10 de ellos la TPS ocurrió en el período neonatal. 38 P (28,3%) recibieron tratamiento farmacológico, 11 P tuvieron indicado más de un antiarrítmico. No se observó FA documentada. No se encontró ninguna variable vinculada a la aparición de TPS en P con WPW analizándose edad, sexo y localización de la vía accesoria. En 28 P (20,9%) se diagnosticaron CC. Nueve P con CC tuvieron TPS. La incidencia de TPS no mostró relación con la presencia de CC (p > 0,05). En 43 P (32,1%) se realizó estudio invasivo y ablación por radiofrecuencia de la vía accesoria. No hubo complicaciones. El éxito fue de 95,3%. En 5 P no se aplicó radiofrecuencia por corresponder a vías parahisianas. Un P presentó muerte súbita con reanimación cardiopulmonar como primera manifestación. Un P falleció en el postoperatorio inmediato de CC por bajo gasto cardíaco.
Conclusiones: 1- En nuestra población, más del 60% de los P con WPW permanecieron asintomáticos hasta la adultez. 2- No se registró FA. 3- La tasa de letalidad fue de 0,75% 4- Los P con TPS no ablacionados tuvieron buena evolución. 5- No se encontraron causas vinculadas con la aparición de TPS. 6- Las vías accesorias múltiples son raras pero están siempre asociadas a TPS

0002 - EVOLUCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON CARDIODESFIBRILADORES IMPLANTABLES.

Dr. GALIZIO, Nestor Oscar | Dr. ROBLES, Federico | Dr. GONZALEZ, Jose Luis | Dr. MEDESANI, Luis Alberto | ALBANO, Felix | PALAZZO, Alejandro | CARNERO, Guillermo | Dra. GARGANO, Agustina

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: Describir las indicaciones, seguimiento y evolución de niños y adolescentes con distintas cardiopatias que recibieron cardiodesfibriladores implantables (CDI),

Materiales y Métodos: Entre marzo del 2000 y abril del 2010, se implantaron 28 CDI en 28 niños y adolescentes. Edad promedio
15±4 años (rango 4-18), 64% de sexo masculino.
Indicaciones: Miocardiopatia hipertrofica (MCH) 13 pacientes (ptes); miocardiopatía displasia arritmogénica del ventrículo derecho (MDAVD) 3 ptes; miocardiopatia no- compactada (MNC) 4 ptes; miocardiopatia dilatada idiopatica 1 pte; cardiopatia valvular 1 pte, Síndrome de QT largo (SQTL) 3 ptes, síndrome de Brugada 1 pte; taquicardia ventricular idiopatica 2 ptes. Seguimiento medio: 45 meses.

Resultados: De 28 pts, 20 ptes (71%) recibieron CDI por prevención primaria y 8 ptes (29%) por prevención secundaria de muerte súbita (MS). Los modos de estimulación fueron: DDD en 6 ptes, (21.5%) y VVI en 22 ptes (78.5%).
Cinco ptes (17.8%) recibieron choques apropiados por TV/FV: 2 ptes con MCH (1 pte con 4 criterios mayores y 1 menor de riesgo de MS y 1 pte con 2 criterios mayores y 2 menores de riesgo de MS), 2 ptes con Sindrome QT largo (1 pte con 4.5 y el restante con 5.5 puntos de los criterios diagnóstico de Schwartz); 1 pte con MNC (MS previa y Fey VI 15%).
Ocho ptes recibieron choques inapropiados (28.5%): 7 ptes por taquicardia sinusal y 1 pte por ruido generado por fractura de catéter. Se ajustaron los beta bloqueantes, se reprogramaron las zonas de detección y se recolocó el catéter. No se volvieron a registrar choques inapropiados.
Mortalidad: 1 pte de 9 años (3.5%) con MCH, antecedentes familiares de MS, 2 episodios de MS reanimada, septum > de 30 mm y TVNS repetitiva falleció por tormenta eléctrica seguida de disociación electro-mécanica.
Un pte sufrió endocarditis infecciosa. Requirió recambio de generador, catéteres y tratamiento con antibióticos. Evolucionó favorablemente.

Conclusiones: En nuestra población en estudio la causa mas frecuente de implante de CDI fue la MCH.
Casi un tercio de los ptes recibieron choques apropiados.
Un tercio de los niños y adolescentes recibió choques inapropiados debido a frecuencia cardíaca elevada. Las medidas terapéuticas y reprogramación corrigieron el problema.
La mortalidad fue baja y ocurrió en un niño con MCH severa con 4 criterios mayores y 1 menor de riesgo de MS.

0003 - BY PASS DE VENTRÍCULO DERECHO: COMPLICACIONES Y SOBREVIDA A MEDIANO PLAZO

Dra. LAFUENTE, Maria Victoria | DI SANTO, M | MOURATIAN, M | VILLALBA, C | SCIEGATA, A | SAAD, A | LAURA, J | CAPELLI, H
HOSPITAL DE PEDIATRIA SAMIC DR. J. GARRAHAN

Objetivos: Evaluar los eventos a mediano plazo del by pass VD, analizar la mortalidad alejada y comparar la técnica clásica con el conducto extracardíaco.

	Grupo I : AP	Grupo II: C Ex	Valor de p
Eventos tardios(n=111	77%	53%	0.0076
Arritmias (n= 49)	56%	17%	0.0000
Aleteo (n=13)	30%	0,7 %	0.0000
Trombos (n=31)	31%	12.5%	0.0058
Acc Cerebro Vascular (n=4)	5.1%	1.3%	0.13
Enteropatia (n= 9)	10.3%	3,3%	0,06
Estenosis Subaórtica(n=7)	7.7%	2.6%	0.13
Cat Intervencionista (n=43)	7.7%	24.7%	0.05
Reoperaciones (n=20)	25.6%	6.6%	0.0005
Mortalidad (n=9)	15.4%	2%	0.0004
Disfunción ventricular (n=21)	15.4%	10%	0.32
Bronquitis plástica	0%	0.7%	0.6

Materiales y Métodos: Entre 1985 -2010 se analizaron 191 pacientes operados con cirugía atriopulmonar (AP) y tubo extracardíaco (C Ex) con un seguimiento (sgto) medio de 6,5 +/- 5 años (1 – 20 años)
De acuerdo a la variante quirúrgica fueron subdivididos en Grupo I: AP 39 pts con una mediana de seguimiento (sgto) X 14 años y grupo II: C Ex 152 pts con sgto X 4 años.

Resultados: El 57 % de los ptes (n=116) presentó complicaiones como se detalla en la tabla.
La mortalidad global alejada fue del 4,6 % (N= 9 pts)
En el análisis univariado la mortalidad estuvo asociada a disfunción ventricular (p 0.0000), enteropatía perdedora de proteínas (p 0,0000) aleteo auricular (p 0.0012), reoperaciones (p 0.0006), estenosis subaórtica (p 0,0024), trombos (p 0,01) y la técnica quirúrgica AP (p 0.0004).
En el estudio multivariado la mortalidad estuvo relacionada con disfunción ventricular p 0.0003 OR 27.7 (4.64 – 165.24), técnica AP p 0.0036 OR 0,06 (0,01 – 0,40) y enteropatía perdedora de proteínas p 0,01 OR 9,31 (1,53 -56.66)

Conclusiones: •Los pacientes cirugía atriopulmonar presentaron mayor incidencia de arritmias, trombos, reoperaciones y mortalidad respecto del tubo extracardíaco.
•La mortalidad alejada estuvo asociada a disfunción ventricular, aleteo auricular, enteropatía perdedora de proteínas, estenosis subaórtica, reoperaciones, trombos y técnica quirúrgica atriopulmonar.
•Los predictores de mortalidad fueron la disfunción ventricular, la enteropatía perdedora de proteínas y la técnica atriopulmonar.

0004 - TAQUICARDIA ECTÓPICA DE LA UNIÓN AV (JET) CONGÉNITA. PRESENTACIÓN CLÍNICA, RESPUESTA AL TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN ALEJADA.

Dr. SCIEGATA, Alberto M. | Dra. LAFUENTE, Maria Victoria | FABRIS, J P | SANGUINO LOBO, R | VILLALBA, C | CAPELLI, H

HOSPITAL DE PEDIATRIA SAMIC DR. J. GARRAHAN

Objetivos: Examinar la presentación clínica, respuesta al tratamiento farmacológico y evolución del JET congénito en la población atendida en nuestro hospital

Materiales y Métodos: En el período 2001 – 2010 se controlaron por consultorio de arritmias 20 ptes con diagnostico de JET congénito, con un seguimiento promedio de 5,9 años (1 – 20 años)
Todos fueron evaluados con examen clínico completo, electrocardiograma (ECG), ecocardiograma y Holter periódicos.
El diagnóstico de JET se basó en el ECG con taquicardia con QRS angosto y disociación AV con FC ventricular superior a la sinusal.

Resultados: Se describen dos grupos de acuerdo a la edad de presentación:
Grupo I: (menores de 1 año): 16 pacientes con una edad media de diagnóstico 38 días (1-90 días), la FC del JET al momento del diagnóstico fue de 211 lpm, fue incesante en todos los pacientes (p 0,002), presentaron signos de insuficiencia cardíaca y disfunción ventricular el 87,5 % (p 0,006) y requirieron internación el 81% (p 0,02). Se controló en todos los casos la FC (media 122 entre 90 -157 lpm) en un tiempo medio de 45 días (15 – 120 días).

Drogas	Grupo I	Grupo II
Amiodarona		50%
Amiodarona + atenolol	62,5%	50%
Amiodarona + atenolol+ digital	31,3%	
Amiodarona + atenolol + flecainida	6,3%	

Conclusiones: Los menores de 1 año se presentan generalmente con JET incesante, frecuente compromiso de la función ventricular e insuficiencia cardíaca, requiriendo internación y esquema terapéutico combinado.
En los ptes del grupo II el JET es mejor tolerado por su mayor edad, menor FC y en ocasiones se comporta como paroxístico.
El tratamiento médico con Amiodarona sola o en combinación con otros medicamentos es efectivo para el control de la FC del JET, pero la arritmia permanece presente en todos los casos durante el seguimiento, no observándose curación espontánea en caso alguno con controles Holter seriados.

0005 - EFECTO HIPOTENSOR DEL SULFURO DE HIDRÓGENO EN EL MODELO DE VARIABILIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL POR DESNERVACIÓN AÓRTICA

MERCADE, Juan Manuel | LUCERO, Matías | BERTERA, Facundo | HÖCHT, Christian | Dr. POLIZIO, Ariel H. | Dr. TAIRA, Carlos Alberto

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Objetivos: Las ratas con desnervacion aortica (SAD) es un modelo de enfermedad cardiovascular caracterizado por un incremento en la variabilidad en la presión arterial sin ser considerado un modelo de hipertensión arterial. En los últimos años, se encontró un aumento en el riesgo cardiovascular en los pacientes afectados por esta enfermedad incluyendo el aumento en el daño al órgano blanco. Por lo tanto, el objetivo del trabajo fue determinar el compromiso del H2S en el modelo de las SAD.

Materiales y Métodos: Se utilizaron dos grupos de ratas Wistar de 3 meses de edad, uno de ellos fue sometido a la desnervación sinoaórtica según el método de Krieger y el segundo a una operación simulada (SHAM). En el día del experimento, a ambos grupos de animales se les canuló la arteria carótida para la toma de la presión arterial directa. Se evaluó el efecto de una solución de sulfuro ácido de sodio (NaHS) , un dador de H2S, (56 µmol/kg, i.v.) sobre la presión arterial media (PAM) y la frecuencia cardiaca (FC).

Resultados: La PAM basal de los animales SAD y SHAM fueron de 95.3±6.5 mmHg y 102.7±6.2 mmHg, respectivamente. La administración de NaHS disminuyó la PAM en las SAD en 19.5 ±3,5mmHg *p<0,05 vs basal al minuto, alcanzándose un máximo de 24.5± 4.3 mmHg, *p<0,05 vs basal a los dos minutos. Por otro lado, la administración de NaHS disminuyó la PAM en los animales SHAM un 9.1 ± 3.2 mmHg, *p<0,05 vs basal al minuto. En cuanto a la FC, la NaHS no la modificó en ningún grupo.

Conclusiones: Estos resultados sugerirían que el H2S actúa como un agente hipotensor en este modelo.

0006 - REDUCCIÓN DE LA VARIABILIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL CON BLOQUEANTES BETA ADRENÉRGICOS DE TERCERA GENERACIÓN

Dr. HOCHT, Christian | BERTERA, Facundo | CHIAPPETTA, Diego | POLIZIO, Ariel | BUONTEMPO, Fabián | TAIRA, Carlos

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Objetivos: La variabilidad de la presión arterial es reconocida como un nuevo factor de riesgo cardiovascular que contribuye en el daño de órgano blanco asociado al estado hipertensivo. Estudio clínicos previos han postulado que los beta bloqueantes, en especial el atenolol, presentan un menor beneficio en la reducción del riesgo cardiovascular asociado a la hipertensión arterial producto de su efecto neutral sobre la variabilidad de la presión arterial. El objetivo del presente estudio fue comparar el efecto sobre la variabilidad de la presión arterial de los bloqueantes beta adrenérgicos de tercera generación carvedilol y nebivolol con respecto al atenolol en el modelo experimental de hipertensión lábil inducido por desnervación sinoaórtica.

Materiales y Métodos: Se utilizaron ratas Wistar macho (220-250 g), las cuales fueron sometidas a la desnervación sinoaórtica 7 días antes del experimento.Se canuló la arteria carótida y se conectó con el transductor de presión para el registro contínuo de la presión arterial. Luego de la determinación de las condiciones basales se administró por vía iv atenolol (3 mg/kg, n=6), nebivolol (3 mg/kg, n=6) o carvedilol (1 mg/kg, n=6). La variabilidad de la presión arterial fue estimada mediante el análisis del registro de la presión arterial con el software Polyview 2.3 mediante la evaluación del desvío estándar (DE). Se estimó además la variabilidad de la presión arterial latido a latido en el dominio de muy baja frecuencia (MBF: 0,1-0,2 Hz) y de baja frecuencia (BF: 0,2-0,7 Hz) mediante la aplicación de la transformada de Fourier al registro de presión arterial.

Resultados: En comparación con el atenolol, la aplicación intravenosa de carvedilol y nebivolol redujo en mayor medida la presión arterial media (PAM) en ratas con desnervación sinoaórtica, sin diferencias en la respuesta máxima entre ambos beta bloqueantes de tercera generación. La reducción de la variabilidad de la presión arterial estimada por el DE fue mayor en el grupo carvedilol con respecto a los animales tratados con atenolol. No se detectaron diferencias en el cambio de la DE de la presión arterial entre ratas con desnervación sinoaórtica tratadas con atenolol o nebivolol. Mientras que la administración aguda

Reducción porcentual	PAM (% del basal)	DE (% del basal)	Variabilidad MBF (% del basal)	Variabilidad BF (% del basal)
Atenolol	-9.8±3.3	-27.2±8.9	-3.1±7.8	-7.7±6.1
Nebivolol	-32.7±4.4*	-31.5±6.5	-49.4±4.7*	-26.6±4.7*
Carvedilol	-32.6±5.2*	-56.7±5.0*	-32.2±6.7*	-31.3±3.8*

Conclusiones: A diferencia del atenolol, los beta-bloqueantes de tercera generación con acción vasodilatadora, carvedilol y nebivolol, son capaces de atenuar la variación de la presión arterial en diferentes dominios en ratas con desnervación sinoaórtica, un modelo experimental de hipertensión lábil. Estos resultados sugieren que el tratamiento de la hipertensión arterial con beta bloqueantes vasodilatadores presenta como efecto beneficioso adicional la reducción de la variabilidad de la presión arterial, un factor que contribuye en el daño de órgano blanco asociado al estado hipertensivo.

0007 - HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR DEFICIENCIA FETAL DE ZINC: PARTICIPACIÓN DEL ÓXIDO NÍTRICO RENAL Y EL ESTRÉS OXIDATIVO

Est. VEIRAS, Luciana Cecilia | Srta. AGUIRRE, Sofia | CARDELLI ALCALDE, Daniela | SANCHEZ, Rodrigo | MASSARA, Lucía | Dra. COSTA, Maria de Los Angeles | TOMAT, Analía | Dra. ARRANZ, Cristina Teresa

CONICET - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Objetivos: Hemos demostrado que la deficiencia moderada de zinc en ratas, durante el crecimiento intrauterino y postnatal también es un modelo de programación fetal de hipertensión y enfermedades renales en la adultez. Se indujo un menor número de glomérulos y una hipertrofia compensadora de los glomérulos remanentes a los 21 días de vida. El objetivo fue evaluar el sistema del óxido nítrico renal y el estrés oxidativo a los 21 días de vida y determinar si existen diferencias de sexo en respuesta a esta deficiencia.

Materiales y Métodos: Ratas wistar recibieron desde la preñez hasta el destete dieta control (30ppm) o baja en zinc (8 ppm). Las crías continuaron con la misma dieta que sus madres conformando 4 grupos: control macho (Cm), bajo zinc macho (Bm), control hembra (Ch) y bajo zinc hembra (Bh). A los 21 días las crías fueron sacrificadas para determinar la actividad de la óxido nítrico sintetasa renal (NOS) con L-(U14C)-arginina (pmol Cit/g tejido. min) y la expresión de las isoformas eNOS e iNOS por western blot (% densidad/ß actina). El estrés oxidativo renal fue evaluado midiendo TBARS (nmol/mg prot.), concentración de glutatión (mg/mg prot.) y la actividad de superóxido dismutasa (U/mg prot), catalasa (pmol/mg prot.) y glutatión peroxidasa (pmol/min/mg prot.). Estadística: ANOVA de dos variables, test Bonferroni a posteriori

	Glutatión renal	TBARS	Superóxido dismutasa	Catalasa	Glutatión peroxidasa
Cm	7.2±0.6	0.13±0.02	13.2±0.9	6.1±0.8	252±27
Bm	6.2±0.5	0.35±0.09*	12.2±0.9	5.6±0.5	166±10*
Ch	7.5±0.9	0.14±0.01	19.1±1.0*	10.3±0.3*	264±26
Bh	6.8±0.3	0.45±0.07‡	12.1±0.9‡	4.1±0.7‡	177±17‡

Conclusiones: El inadecuado desarrollo renal observado previamente en este modelo estaría asociado con alteraciones en el sistema del óxido nítrico y el estrés oxidativo y podrían predisponer para el desarrollo de hipertensión arterial. La menor actividad de la NOS renal en las ratas deficientes en zinc no es debida a una disminución en la expresión de las isoformas eNOS e iNOS. Nosotros sugerimos que otros factores podrían estar implicados en la disminución de la actividad de la enzima, como la alteración en el cluster de zinc, en los cofactores de la NOS o el aumento del estrés oxidativo. Además, la mayor expresión de la eNOS en las ratas macho podría ser un mecanismo compensador que no se observa en las ratas hembras. El desbalance en las enzimas antioxidantes debido a esta deficiencia es más evidente en las hembras que en los machos.

0008 - RESPUESTA VASCULAR AL TRATAMIENTO CRÓNICO CON PÉPTIDO NATRIURÉTICO ATRIAL EN RATAS ESPONTÁNEAMENTE HIPERTENSAS.

Est. BOUCHET, Gonzalo | ROMERO, Mariana | SAVIGNANO, Lucía | CANIFFI, Carolina | ELESGARAY, Rosana | MAC LAUGHLIN, Myriam | ARRANZ, Cristina | COSTA, María de Los Ángeles

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA - IQUIMEFA-CONICET

Objetivos: Es sabido que la hipertensión arterial está asociada a disfunción endotelial y daño vascular. En estudios previos realizados en nuestro laboratorio demostramos que el péptido natriurético atrial (ANP) induce un aumento en la actividad de la óxido nítrico sintasa en corazón y en riñón de ratas espontáneamente hipertensas. Objetivos: Estudiar los efectos de la infusión crónica con ANP en ratas espontáneamente hipertensas machos y hembras.

Materiales y Métodos: Ratas espontáneamente hipertensas machos y hembras de 10 semanas de edad recibieron, mediante la implantación de bombas osmóticas subcutáneas, una infusión con ANP (100 ng/hr.rata) o solución fisiológica (SF: NaCl 0.9 %) durante 14 días. Al final del período experimental se midió la presión arterial sistólica (PAS (mmHg), tail cuff) y la excreción de nitritos y nitratos (NOx, metabolitos del óxido nítrico (nmol/min.100g), método de Verdon). Los animales fueron sacrificados por decapitación y se extrajeron: la aorta torácica, el ventrículo izquierdo y el riñón. En cortes frescos de aorta se midió la actividad de la óxido nitrico sintasa utilizando 14C L-arginina como sustrato (pmol 14C L-citrulina/g.tejido.min). En cortes de arteria aorta teñidos con hematoxilina-eosina se midieron: grosor de la media (µm) y relación media/radio de luz (µm/mm). También se determinaron signos de fibrosis (Sirius Red y Tricrómico de Masson, Score arbitrario), ver tabla. En secciones del ventrículo izquierdo y del riñón se evaluó el área de colágeno perivascular en vasos coronarios y arterias renales (Técnica Sirius Red).

	PAS	NOx	Actividad óxido nítrico sintasa	Media	Media/Radio de luz	Tricrómico	Sirius Red
Machos SF	183±4	2.4±0.2	264±8	125.7±4.4	74.1±2.3	3.76±0.14	3.25±0.21
Machos ANP	171±4*	3.6±0.3*	353±6*	112.2±2.9*	65.7±1.9*	3.26±0.19	3.05±0.13*
Hembras SF	170±3*	3.2±0.2*	301±4*	98.3±3.5*	65.6±2.5*	2.47±0.14*	2.75±0.38*
Hembras ANP	162±3#	4.3±0.4#	410±3#	103.4±4.6	62.9±3.6	2.55±0.28	1.50±0.35#

Conclusiones: El tratamiento crónico con ANP aumenta la actividad de la óxido nítrico sintasa en ambos sexos, mejora las propiedades de la pared arterial de la aorta y modifica el remodelado de las arterias coronarias y renales en este modelo de hipertensión arterial.

0009 - PREVALENCIA DE PREHIPERTENSIÓN E HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU ASOCIACIÓN CON EL SOBREPESO EN UNA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES DEPORTISTAS

Dr. BENINCASA, Fernando Diego | MUGLIA, Matias | PERESSOTTI, Bruno | ALASIA, Diego | CAÑAS, Sebastián | DAK, Marcelo | ANGEL, Adriana | CUROTTO GRASIOSI, Jorge

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: en los últimos años se ha observado en la población de niños, adolescentes y adultos jóvenes un incremento de los factores de riesgo cardiovascular. El objetivo de este trabajo fue establecer la prevalencia de prehipertensión e hipertensión arterial y observar su asociación con el sobrepeso en adolescentes jugadores de fútbol.

Materiales y Métodos: se ingresaron a 360 jugadores de fútbol de las divisiones inferiores de clubes asociados a la asociación del fútbol argentino a quienes luego de cinco minutos de reposo se les controló la presión arterial en posición sentado con esfigmomanómetro calibrado. A los que se encontraban en los rangos para ser considerados prehipertensos o hipertensos según la clasificación del JNC 7 se les volvió tomar la presión arterial luego de 15 minutos y los que seguían en los mismos rangos fueron citados para otro día y de persistir en los mismos rangos fueron definidos ya sea como prehipertensos o hipertensos. Se investigó además sobre antecedentes familiares de hipertensión arterial, enfermedad coronaria, enfermedad de Chagas, muerte súbita y diabetes. Se obtuvo el índice de masa corporal y se realizó un ECG de superficie. Una vez establecida ya sea prehipertensión o hipertensión arterial se correlacionó a esta población por separado con sus homólogos normales.

Resultados: edad 15.8± 2,6, detectamos 138 ptes. (38%) con prehipertensión arterial y 20 ptes. (5.5%) con hipertensión arterial. No se encontró relación entre los antecedentes familiares con la presencia de pre o hipertensión. Al analizar el IMC se observó que 41 ptes. (11%) tenía sobrepeso. Al comparar esta variable en el grupo prehipertensión arterial vs. grupo normal se observó 22% vs. 3% con p< 0,0001 y en el grupo hipertensión vs. grupo normal se observó 25 % vs. 3% con p< 0,02.

Conclusiones: esta población deportista muestra una prevalencia similar de prehipertensión e hipertensión arterial con series de adolescentes no deportistas. Se observó también que el sobrepeso se asocia en forma sisgnificativa con la pre y la hipertensión arterial. Por otro lado, muestra que se deben seguir tomando medidas sanitarias para que la población de niños, adolescentes y jóvenes tenga una mejor alimentación y seguir alentándolos a la práctica de deportes.

0010 - EFECTOS DEL PÉPTIDO NATRIURÉTICO TIPO C SOBRE LA REACTIVIDAD VASCULAR EN LA HIPERTENSIÓN. PARTICIPACIÓN DEL SISTEMA DEL ÓXIDO NÍTRICO.

Sr. CANIFFI, Carolina | CERNIELLO, Flavia Micaela | MENDES GARRIDO, Facundo | SUAREZ DI SALVO, Daiana | SUIERO, Laura | WENK, Gretel | ARRANZ, Cristina | COSTA, María Angeles

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA - IQUIMEFA-CONICET

Objetivos: En estudios previos demostramos que la infusión aguda con péptido natriurético tipo C (CNP) reduce la presión arterial e incrementa la actividad de la óxido nítrico sintasa en ratas espontáneamente hipertensas (SHR). Nuestro objetivo fue estudiar la participación del óxido nítrico en los mecanismos involucrados en la relajación vascular inducida por CNP en SHR.

Materiales y Métodos: Métodos: Segmentos de aorta torácica de 3-5 mm de ratas Wistar (W) y SHR fueron suspendidos en solución Krebs a 37ºC con administración de gas carbógeno (95% O2 - 5% CO2, pH:7,4). Los anillos de aorta fueron incubados hasta alcanzar el equilibrio durante 60 min. y reajustados a una tensión basal de 1 g. La tensión isométrica (g) fue registrada con un transductor de fuerza, en presencia de: fenilefrina (10-7 a 10-5 M), CNP (10-11 a 10-6 M) y L-NAME (inhibidor de la NOS, 10-5 M). La integridad del endotelio fue verificada con acetilcolina (10-10 a 10-5 M). Se determinó la actividad de la NOS en aorta (pmol 14C L-citrulina/g tejido.min).

Resultados: La actividad basal de la óxido nítrico sintasa fue superior en SHR y el CNP incrementó la actividad en ambos grupos (W Basal: 208±12; W CNP: 311±10*; SHR Basal: 366±21*; SHR CNP: 429±25#; *p<0,01 vs Basal W; #p<0,01 vs Basal SHR; n=8). El aumento de la actividad de la NOS inducido por el CNP en SHR fue menor en comparación con W (103±11 vs 65±7* respectivamente; *p<0,01; n=8).

	W CNP	W L-NAME+CNP	SHR CNP	SHR L-NAME+CNP
Respuesta max (%)	103.3±5.3	64.5±6.9*	72.5±1.9*	61.3±8.8
pEC50	9.6±0.9*	6.4±1.2*	6.8±1.2*	6.3±0.9

Conclusiones: En ratas normotensas, el sistema del NO participaría en la relajación arterial inducida por CNP. La menor relajación vascular frente al CNP en SHR es debida probablemente a una respuesta reducida del sistema del NO.

0011 - RESULTADOS DE LA EXTRACCIÓN ENDOVASCULAR DE CATÉTERES DE MARCAPASOS Y CARDIODEFIBRILADORES, REALIZADO POR ELECTROFISIÓLOGOS.

Dr. DE ZULOAGA, Claudio | SPERANZA, Ricardo | PEREZ MAYO, Osvaldo | COSTA, Gustavo | ALFIE, Alberto | STEFANI, Amalia | MONTERO, Hugo | ROBY, Marcelo

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR A. POSADAS

Objetivos: Evaluar los resultados obtenidos por extracción endovascular de catéteres (EEC) de marcapasos y cardiodefibriladores(CDI), llevado a cabo por electrofisiólogos.La seguridad del procedimiento y la existencia de situaciones particulares que impida su realización o contraindiquen el procedimiento.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 55 pacientes(p) con una edad de 60 ± 16 años, que fueron derivados para un procedimiento de extracción del sistema de estimulación desde el 04/2008 hasta 04/2011. Se utilizó un sistema de vainas telescópicas y estilete "LIBERATOR", y fue realizado por un grupo de electrofisiólogos. Todos los p tenían más de 12 meses de implantados. Se extrajeron una totalidad de 82 catéteres (Cat) de los cuales 10 correspondían a CDI doble coil. Las causas de extracción del sistema fueron: decúbito de generador con exteriorización, 53,6 %; infección de bolsillo, 22 %;endocarditis infecciosa, 9,7 %; otras 14,7%. Todos los procedimientos fueron realizados con anestesia general y cirugía cardíaca Stand By.

Resultados: La indicación más frecuente de extracción fue el decúbito de generador de marcapasos
con la exteriorización parcial del sistema. La antiguedad de implantados de los Cat. extraidos fue de 74.4 ± 44 meses. De 82 Cat extraídos se logró una extracción completa de 79 (96, 34%). En 3 de 82 Cat. (3,6.%) se logró extracción parcial, de los cuales, uno necesitó una Intervención a cielo abierto diferida para completar la extracción y los dos restantes no presentaron complicaciones en el seguimiento clínico.
En 8 p de esta población,se constató mediante ecografía transesofágica, vegetaciones adheridas al Cat entre 5 y 18 mm de longitud. En este grupo se logró una extracción completa del sistema sin observarse complicaciones posteriores ni embolizaciones pulmonares. En los p más jóvenes, (edad media 23 ± 5 años) la EEC fue más laboriosa requiriendo mayor tiempo de procedimiento con más maniobras y mayor utilización de material descartable , por mayor endotelización y adherencia de los Cat. El 18.3 % de los Cat se extrajeron por tracción simple. No existieron complicaciones que requirieran intervención quirúrgica de urgencia.

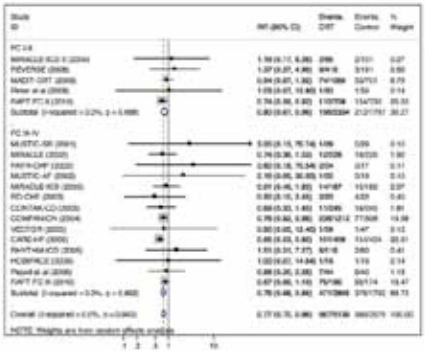
Conclusiones: 1- La extracción de Cat de marcapasos por el electrofisiólogos es un procedimiento seguro, lográndose una alta efectividad con una baja tasa de complicaciones.
2- La ausencia de complicaciones durante la EEC sugiere que en la mayoría de los casos se podría prescindir de la cirugía stand by.
3- La presencia de vegetaciones adheridas al Cat no contraindica la EEC.
4- Los p jóvenes tienen más adherencia de los Cat siendo más complejo el procedimiento.
5- En un muy reducido número de p pueden extraerse catéteres por tracción simple.

0012 - TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA LEVE Y AVANZADA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS

Dr. MIRIUKA, Santiago Gabriel | Dr. GIORGI, Mariano Anibal | POGGIO, Rosana | CAROLI, Christian | Dr. COHEN ARAZI, Hernan

FLENI

Objetivos: Realizar una revisión sistemática y meta-análisis de los ensayos clínicos randomizados (ECR) que evaluaron la utilización de la terapia de resincronización cardíaca (TCR) en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) con deterioro de la función ventricular y comparar los efectos en pacientes con síntomas leves versus avanzados.
Materiales y Métodos: Se realizó una búsqueda en las bases de datos Central de Cochrane, EMBASE y MEDLINE. No se aplicaron restricciones de lenguaje ni temporales. Además, se realizó una búsqueda de literatura gris en referencias de publicaciones previas. Se identificaron los ECR que evaluaron la TRC en pacientes con IC, disfunción ventricular severa y QRS mayor a120 mseg. Se extrajeron datos de mortalidad y episodios de progresión de IC. Se realizó un cálculo del riesgo relativo acumulativo utilizando un modelo de efecto aleatorio.
Resultados: Se identificaron 1399 estudios, de los cuales fueron incluidos 18 para el análisis con un total de 667 eventos en 5139 pacientes con CRT y de 589 eventos en 3579 pacientes en el grupo control. El riesgo relativo (RR) acumulativo para mortalidad fue 0.77 (0.7-0.86; p<0.001) y de 0.66 (0.58-0.76; p<0.001) para progresión de IC. 5 estudios incluyeron pacientes con insuficiencia cardíaca con síntomas leves, con un peso sobre el total de pacientes de aproximadamente 30%. En ellos, el RR acumulativo fue 0.8 (0.67-0.96; p=0.019) y 0.64 (0.51-0.8; p<0.001) para mortalidad y progresión de insuficiencia cardíaca, respectivamente. En 13 estudios se incluyeron pacientes con IC con síntomas avanzados. El RR acumulativo fue de 0.76 (0.68-0.86; p<0.001) y 0.67 (0.56-0.8; p<0.001) para cada punto final. Los análisis de riesgo de sesgo fueron negativos, aunque el funnel plot demostró una asimetría asociada al diseño de estudio.



Conclusiones: La TRC es efectiva en reducir la mortalidad y la progresión a IC tanto en pacientes síntomas leves como avanzada. La magnitud de la reducción en el riesgo relativo fue similar en ambos grupos, tanto para mortalidad como para progresión a insuficiencia cardíaca.

0013 - CIRUGÍA DE ROSS: 15 AÑOS DE EXPERIENCIA.

Dra. ESCARAIN, Maria Carolina | Dr. BOZOVICH, Gerardo Edgar | SALVATORI, Carolina | Dr. FAVALORO, Roberto Rene

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: Analizar los resultados a largo plazo de la Cirugía de Ross (CR).

Materiales y Métodos: Desde 07/1995 a 05/2011, 253 pacientes (p) consecutivos fueron intervenidos, en nuestro centro, con CR. Las válvulas pulmonares fueron reemplazadas por homoinjertos pulmonares (HP) criopreservados. Se excluyeron 3 p: 2p fueron reoperados por una indicación no relacionada con la CR; 1p sufrió una lesión iatrogénica del autoinjerto pulmonar (AP). Se realizó seguimiento clínico y ecocárdiográfico. Sobrevida, libertad de reoperación del AP y del HP y eventos valvulares relacionados (muerte, reoperaciones, tromboembolismo, sangrado, endocarditis) fueron analizados mediante curvas de Kaplan-Meyer, test de Wilcoxon y Log Rank según correspondiese.

Resultados: La edad media fue 42±14 años; 72% sexo masculino. La CR fue indicada por estenosis aórtica (EA) en el 50%, insuficiencia aórtica (IA) en el 36% y por enfermedad aórtica en el 14%. La válvula aórtica fue bicúspide en 193p (78%), con endocarditis infecciosa en 21p (9%), reumática en 14p (6%), disfunción protésica en 10p (4%), dilatación de la raíz aórtica en 9p (4%), estenosis subvalvular en 5p (2%), mixomatosa en 4p (2%) y en 21p (9%) con cirugía cardíaca previa. CR fue realizada como procedimiento aislado en 213p (88%). La mortalidad hospitalaria fue 3,2% (8p). La sobrevida global a los 5a fue 95% (IC 95%, 90-97%) y a 12a 92% (IC 95%, 83-96%). Disfunción del AP fue diagnosticado en 11p (5,5%). Libertad de reoperación del AP a 5a de 100% y a 12a de 98% (IC 95%, 90-99%). Disfunción del HP en 23p (11%). Libertad de reoperación del HP a 5a 99% (IC 95%, 95-99,9%) y a 12a 99% (IC 95%, 95-99,9%). IA preoperatoria no se asoció con la necesidad de reoperación. Libertad de eventos valvulares relacionados a 10a de 89% (IC 95%, 82-94%) y a 12a de 85% (IC 95%, 75-91%).

Conclusiones: En nuestra experiencia la CR se asoció a una baja tasa de eventos en el seguimiento largo plazo, por lo que representa una opción quirúrgica válida para el tratamiento de la enfermedad valvular aórtica

0014 - RESULTADOS DEL REGISTRO NACIONAL DE FIBRILACIÓN Y ALETEO AURICULAR (RENAFA).

Dr. DI TOMMASO, Fernando Ariel | FITZ MAURICE, Mario | MANFREDI, Carlos | ROSALES, Armando | GONZALEZ, Enzo | GONZALEZ ORE, Bladimir | CERRUTI, Fausto | Dr. IGLESIAS, Ricardo Mario

SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA

Objetivos: La información sobre las características y tratamiento de los pacientes con FA proviene en gran parte de estudios clínicos llevados a cabo en Norteamérica y Europa. En nuestro país no disponemos de datos observacionales actualizados, representativos de la población, que reflejen el manejo de los enfermos con FA o aleteo auricular (AA). Objetivo:Evaluar datos demográficos, comorbilidades y estrategias de manejo terapéutico,en una población no seleccionada de pacientes con FA o AA.
Materiales y Métodos: Registro prospectivo multicéntrico a nivel nacional (Distritos de la SAC), de pacientes con diagnóstico de FA o AA. Se excluyeron:FA de causa secundaria,FA postquirúrgica y FA o AA con diagnostico en los 3 meses previos. Se realizaron modelos de regresión logística para identificar variables independientes asociadas al uso de profilaxis tromboembólica y de las estrategias de control de ritmo o frecuencia.
Resultados: Se incluyeron consecutivamente (ago-2010 - feb-2011), 1052 pacientes: 959 (91.2%) con FA y 93 (8.8%) con AA;31.5% internados y 68.5% ambulatorios. La edad fue de 68.6 ± 13.5 años (32.4% ›75 años); 57.5% hombres,73.9% hipertensos,38.3% ex–tbq, 43.7% dislipidémicos y 16.2% diabéticos. El 18.2% tenía historia de valvulopatía,17.9% coronariopatía,7.2% de ACV y 3.5% AIT. El 41% con antecedentes de insuficiencia cardiaca,50.3% alguna miocardiopatía,y entre los 617 con FEVI evaluada,28.6% tenían deterioro moderado o severo de la FSVI. En 386 casos el diagnóstico de FA se realizó en la inclusión; de los restantes, la proporción de FA paroxística, persistente y permanente fue de 19.5%, 12.9% y 67.6%, respectivamente. El score CHADS2 fue 0 en 12.9%, 1 en 30.7% y 2 o más en 56.4%. Las intervenciones previas incluyeron cardioversión farmacológica (28.2%), eléctrica (2.2%), ablación (5.4%), y cirugía de FA (‹1%). A criterio del investigador 21.5% de los pacientes tenía alguna contraindicación para recibir ACO (13.1% edad avanzada, 4.6% limitaciones sociales, 2.2% imposibilidad control RIN). De éstos, el 65.4% recibía antiagregantes plaquetarios. El 67.9% de aquellos sin contraindicaciones recibía ACO y según la categoría CHADS2, 0, 1 ó 2 o más, la proporción era de 51.1%, 65.6% y 73.5%, respectivamente (p‹0.0001). El uso de ACO no difirió entre AA y FA (75.3% vs 67.1,p=0.1),pero sí según el tipo de FA: paroxística (62.4%),persistente (68.1%) o permanente (77.4%),p=0.006.Los predictores independientes asociados al uso de ACO en pacientes sin contraindicaciones fueron HTA (OR=1.94, IC95%=1.4-2.7), valvulopatía (OR=1.59, IC95%=1.1-2.4) y miocardiopatía (OR=1.1,IC95%=1.1-1.2);los predictores de no uso de ACO fueron: edad › 75 años (OR=0.32,IC95%=0.2-0.4), coronariopatía (OR=0.28,IC95%=0.2-0.4) y la estrategia de control de ritmo (OR=0.27,IC95%=0.2-0.4). Las estrategias control de ritmo y de frecuencia se implementaron en 43.9% y 56.1% de los casos; siendo la FC en cada grupo 95.8± 32.1 y 84.4± 22.3 lpm (p‹0.0001). Los predictores independientes del empleo de control de ritmo fueron HTA (OR=3.41,IC95%=2.1-5.6) y FEVI ‹o=40% (OR=1.57,IC95%=1.0-2.4) y las variables predictoras del control de frecuencia fueron la edad ›65 años (OR=2.33,IC95%=1.7-3.3) y sexo masculino (1.87,OR=1.4-2.5).
Conclusiones: Las características demográficas y comorbilidades de los pacientes incluidos en RENAFA son comparables a las de otros estudios observacionales. El control de la frecuencia cardiaca es la estrategia más empleada. La tasa de uso de ACO alcanza a dos tercios de la población sin contraindicaciones y a casi tres cuartos de los pacientes con score CHADS2 de 2 o más. La edad avanzada, como en otras series, constituye uno de los predictores asociados al no uso de profilaxis tromboembólica.

0015 - ROL DEL INDICE ALBUMINA/CREATININA EN LA ESTRATIFICACION DEL RIESGO DE EVENTOS A 6 MESES EN SINDROMES CORONARIOS AGUDOS.

Dr. HIGA, Claudio Cesar | COMIGNANI, Pablo | NOVO, Fedor | CIAMBRONE, Graciana | DONATO, Maria Sol | GAMBARTE, Jimena | NOGUES, Ignacio | RIZZO, Natalia

HOSPITAL ALEMAN

Objetivos: El indice albumina creatinina urinaria (IAC) dosada en una muestra urinaria simple tiene una signficativa correlacion con la microalbuminuria detectada en orina de 24 hs. Su uso es amplio en la actualidad sobretodo en pacientes diabeticos o hipertensos para evaluar el riesgo de nefropatias o eventos vasculares. No existen evidencias del valor aditivo en la estratificación de riesgo del IAC en pacientes con sindromes coronarios agudos (SCA). El objetivo del trabajo es el de evaluar el valor pronóstico del IAC en pacientes con SCA, para predecir eventos relevantes a 6 meses de seguimiento. También el de analizar su valor aditivo a un score de riesgo como lo es el GRACE SCORE.

Materiales y Métodos: Se analizaron pacientes que ingresaron prospectiva y consecutivamente por síndrome coronario agudo –con y sin supradesnivel del segmento ST -, a quienes se les dosó el IAC en una muestra urinaria simple durante las primeras 24 hs de la admisión. El IAC se determinó por método de inmunoturbidimetría. Se construyó un Area bajo de la curva ROC para determinar el valor de corte de IAC para muerte/IAM no fatal a 6 meses. Por medio de un analisis de regresión de Cox se identificaron las variables independientemente asociadas al punto primario. Se compararon las Areas Bajo la Curva ROC para el punto primario con el score de GRACE y otra con el agregado del valor del IAC a dicho score de riesgo.

Resultados: De 470 pacientes con SCA, el 30 % fueron mujeres. La edad media fue de 63 ± 13 años.
El valor de corte de IAC para el punto final primario fue de 20 mcg/mg. Por análisis de regresión de Cox, el IAC, ajustado por edad, sexo, antecedentes de diabetes, creatinina, clearence de creatinina, glucemia de admisión, troponina T y desniveles del segmento ST, resultó ser una variable independientemente asociada a muerte/IAM a 6 meses: OR 5.8 (IC 95% 2-16),Log Rank p < 0.0001.
El Area Bajo la Curva ROC para el score de GRACE fue de 0.69 y del score de GRACE con el agregado del valor de IAC fue de 0.77.

Conclusiones: El IAC fue un predictor independiente de eventos a 6 meses en pacientes con SCA, con un valor aditivo a la información proveniente de un score validado internacionalmente. De esta manera, este marcador simple, accesible y de bajo costo podría convertirse en una herramienta útil para la estratificación en la admision de SCA.

0016 - INTERRELACIÓN ENTRE SCORE CÁLCICO Y PERFUSIÓN MIOCÁRDICA SPECT EN PACIENTES SIN DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CORONARIA: INFLUENCIA DE LA PRESENTACIÓN CLÍNICA Y FACTORES DE RIESGO CONVENCIONALES

Dr. DOS SANTOS BEHERAN, Alfonso | Dr. CASUSCELLI, Jorge Francisco | DAICZ, Mariana | CENDOYA, Oscar | GANUM, Guillermo | CERDA, Miguel | EMBON, Mario | CORTÉS, Claudia

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: Determinar la interrelación entre score cálcico y perfusión miocárdica y valorar la influencia de la presentación clínica y factores de riesgo en los resultados obtenidos.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes (p) sin diagnostico previo de enfermedad coronaria, ingresados en forma consecutiva al Servicio de Medicina Nuclear y Tomografía Computada Multicorte para la realización de un estudio de perfusión miocárdica (EPM) y coronariografía por tomografía multicorte ya sea en forma simultánea o con una diferencia de hasta 6 meses entre ambos estudios. Se estableció el SCA utilizando el método convencional. Se realizó un análisis semicuantitativo de los resultados del EPM utilizando un modelo de 17 segmentos, estableciendo los scores de stress (SSS), reposo (SRS) y diferencia (SDS). Se definió como EPM anormal un SSS >3.

Resultados: Un total de 123 p fueron evaluables, con una media de tiempo transcurrido entre ambos estudios de 66 días. La edad media de la población fue de 59 ±12 años, 75% masculinos, 13% diabéticos. La media de SCA fue de 388 ± 881. Un total de 95 p (77%) presentaron SCA <400, de los cuales 15 (16%) tuvieron EPM anormal, mientras que en los 28 p (33%) con SCA >400 el total de EPM anormales fue de 10 (36%) (p= 0.02). Respecto a la presencia de FRC, 69 p (55%) registraron 0 ó 1 FRC y 54 p (45%) presentaban 2 o más, sin encontrarse relación estadísticamente significativa entre FRC y EPM anormal independientemente del valor de SCA hallado. Al analizar la forma de presentación clínica, un total de 54 p (44%) presentaban síntomas potencialmente atribuíbles a la presencia de enfermedad coronaria, no observándose asociación entre los resultados del EPM y sintomatología en ninguna de las categorías de SCA analizadas.

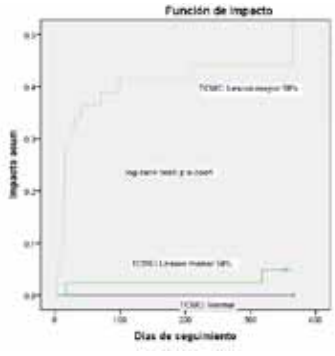
Conclusiones: En la población evaluada, el score cálcico de Agatston se asoció fuertemente a la presencia de anormalidades en la perfusión, con un valor umbral de 400 rigiendo esta relación, la cual que fue independiente de la sintomatología y de los factores de riesgo convencionales. La información complementaria provista por los estudios anatomo-funcionales podría ser de gran utilidad en la toma de decisiones en pacientes con sospecha de enfermedad coronaria.

0017 - UTILIDAD PRONÓSTICA A UN AÑO DE SEGUIMIENTO DE LA TOMOGRAFÍA CORONARIA MULTICORTE EN PACIENTES CON ESTUDIOS DE INDUCCIÓN DE ISQUEMIA NO CONCLUYENTES

Dr. LASAVE, Leandro Ignacio | ROSSI, Maximiliano | POLLICE, Analia | DAMONTE, Anibal | KOZAK, Fernando | ZAPATA, Gerardo | VILLAVICENCIO, Roberto | PICABEA, Eduardo

ICR - INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE ROSARIO SA - SANATORIO PARQUE SA - DIAGNOSTICO MEDICO OROÑO ROSARIO

Objetivos: Caracterizar la presencia o ausencia de enfermedad coronaria en pacientes con estudios de inducción de isquemia no concluyentes y determinar el valor pronóstico de la Tomografia coronaria multicorte (TCMC) a un año de seguimiento.
Materiales y Métodos: Se evaluaron los pacientes sometidos a TCMC ente 2008 y 2009. Se utilizó un tomógrafo multicorte de 64 canales (Brilliance 64, Philips). Se incluyeron los pacientes con estudios de inducción de isquemia no concluyentes. Mediante la TCMC se dividió a las arterias en 16 segmentos y se evaluó la presencia de obstrucción coronaria severa –ECO- (lesión mayor 50%), obstrucción no significativa –ECNO- (lesión <50%) y sin enfermedad coronaria –SEC-. Se realizó un análisis univariado entre los tres grupos y posteriormente un analisis multivariado de regresion logística para determinar las variables capaces de predecir eventos a un año de seguimiento. Los eventos al seguimiento fueron evaluados con una curva Kaplan Meier y comparados mediante el test log-rank.
Resultados: De los 419 pacientes evaluados, se excluyeron 33. Del total analizados, 179 (46.4%) tuvieron estudios no concluyentes los cuales conforman el grupo de análisis. La media de edad fue 59.2±10.3 años, el 72% hombres y 8.9% con diabetes. La FC de inicio del estudio fue 60.4±4 min.



La mediana de score de calcio fue 31 (0-231). Se detectó enfermedad coronaria en 111 (62%) pacientes de los cuales 66 (36.8%) pacientes tuvieron enfermedad significativa. Durante el seguimiento a 12 meses, se observaron 27 eventos en 24 pacientes. En los pacientes con TCMS normal, la tasa de eventos al año fue 0%, comparado con 33.3% en pacientes con ECO y 4.44% en pacientes con ECNO, como se observa en la curva de Kaplan Meier (log-rank test p<0.001). En el analisis multivariado se observó la presencia de obstrucción y de obstrucción severa en Tronco de coronaria izquierda y Descendente anterior como predictores de eventos al año de seguimiento.

Conclusiones: En este grupo de pacientes con sospecha de cardiopatia isquemica y estudio de inducción de isquemia no concluyente, la TCMC demostró tener valor predictivo independiente de eventos al año de seguimiento.

0018 - EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE IMAGEN DE LA MODALIDAD DE ADQUISICIÓN SECUENCIAL DE LA ANGIOGRAFÍA CORONARIA POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA MULTIDETECTOR DE 64 CORTES.

CAPUÑAY, Carlos | Dra. CARRASCOSA, Patricia Marina | Dr. DEVIGGIANO, Alejandro Dario | VALLEJOS, Javier | CARRASCOSA, Jorge

DIAGNOSTICO MAIPU

Objetivos: El objetivo del presente trabajo fue evaluar la calidad de imagen de las modalidad de adquisición secuencial de la angiografía coronaria por tomografía computada multidetector de 64 cortes (ACTCMD-64) en comparación con la modalidad de adquisición helicoidal.

Materiales y Métodos: Cien pacientes con sospecha de enfermedad coronaria y ritmo cardíaco regular a los que se les realizó una ACTCMD-64 fueron evaluado: 50 pacientes con modalidad de adquisición helicoidal y 50 pacientes con modalidad de adquisición helicoidal. Los pacientes de ambos grupos fueron apareados por variables demográficas
La calidad de imagen de ambos grupos fue evaluada en todos los segmentos coronarios en una escala ordinal que fue desde el 0 (no evaluable) al 4 (calidad excelente) por dos observadores. La comparación de la calidad de la imagen se llevó a cabo con los test de Wilcoxon signed-rank y el test de proporciones. La variabilidad interobservados de determinó con el coeficiente de Kappa.

Resultados: Exceptuando la arteria coronaria derecha p=0.03, no hubo diferencias significativas den la calidad de la imagen entre los dos grupos de pacientes en la comparación de los valores medios de la calidad de la imagen en cada arteria coronaria (p> 0.05). Hubo una buena correlación entre los dos observadores independientes k=0.92 (CI 95%: 0.86-0.97). La dosis media de radiación efectiva con la modalidad de adquisición secuancial fue 3.5 mSv.

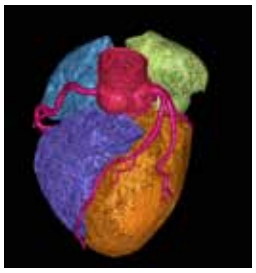
Conclusiones: En nuestra experiencia inicial, la modalidad de adquisición secuencial de la ACTCMD-64 representa una herramienta promisoria en pacientes seleccionados con ritmo cardíaco regular y estable dado que utiliza una menor dosis de radiación y brinda una imagen comparable a la de la modalidad de adquisición helicoidal.

0019 - ANGIOGRAFÍA CORONARIA POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA MULTIDETECTOR DE 256 CORTES: PRIMERA EXPERIENCIA EN LA ARGENTINA.

Dra. CARRASCOSA, Patricia Marina | Dr. DEVIGGIANO, Alejandro Dario | CAPUÑAY, Carlos | CARRASCOSA, Jorge

DIAGNOSTICO MAIPU

Objetivos: La incorporación de equipos de tomografía multidetector con 256 cortes mejoró la evaluación de las arterias coronarias. La rapidez de adquisición y la posibilidad de modificar parámetros que intervienen en la dosis de radiación, han cambiado la modalidad de trabajo utilizada con equipos de menor número de cortes. A la fecha se consideraba que los equipos de 256 cortes generaban dosis de radiación elevada para la actividad asistencial.
El propósito de este estudio es evaluar la modalidad de adquisición, calcular la dosis de radiación así como la dosis del contraste endovenoso de los estudios de angiografía coronaria por tomografía computada multidetector de 256 cortes (ACTCMD-256) en pacientes ambulatorios.
Materiales y Métodos: Entre febrero del 2011 y el 17 de mayo de 2011 fueron estudiados 40 pacientes(ptes) derivados para estudio ACTCMD-256. La ACTCMD se realizó con un equipo de 256 cortes (Brilliance CT; Philips Medical Systems). Se utilizaron las modalidades de adquisición helicoidal (AH) y secuencial (AS) de acuerdo a las características del paciente. Se registraron parámetros técnicos de radiacion: Kv y mSv . Se cuantificó la dosis administrada de contraste no iónico, de solución fisiológica y la duración del estudio. En cada segmento coronario se evaluó la presencia de estenosis. Las lesiones coronarias fueron clasificadas en base al grado de reducción de la luz que generaban: Severas mayor al 70%, moderadas 40-70 %, no-significativas o leves menor al 40%.



Resultados: La edad promedio fue de 59.2 ± 11.0 años, 80% eran hombres. Los motivos del pedido fueron: isquemia 35.0 %, asintomáticos 32.5 %, dolor precordial 25.0 %, angor 5.0 %, miocarditis 2.5 %.
El 65% de los estudios se realizaron con AS. Se repitieron 4 estudios dentro del grupo AS. El tiempo medio de adquisición fue 4,68 segundos. Las dosis media de radiación de la AH fue de 10,34 ± 4.09 mSv. La dosis media de la AS con y sin la inclusión de las adquisiciones repetidas fue 3.20 ± 1,49 y 2.69 ± 0.7 mSv respectivamente. En la AH se utilizó 100 y 120 kv en el 35.7% y 64.3 % de los pacientes respectivamente. En la AS se utilizó 100 y 120 kv en el 42.3% y 57.7 % de los pacientes respectivamente.La dosis media de contraste iodado y solucion fisiológica fue 66.1 ml y 23.8 ml respectivamente. Se observó EC significativa en 7ptes. (17.5 %) , estenosis moderada en 15ptes. (37.5 %) y leve o ausente en 18 (45 %) ptes.
Conclusiones: 1. La dosis de radiación utilizada en el presente trabajo es menor a la reportada inicialmente.
2. Se utilizó en mayor medida la AS que la AH. 3. Se administró una menor dosis de iodo y de solución fisiológica que la utilizada con equipos de menor número de corte. 4. El tiempo medio de adquisición de los estudios fue 4,68 ± 0.7 segundos.

0020 - UTILIDAD DEL TEST DEL FRIO EN UNA POBLACIÓN DE 870 PACIENTES SIN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA DEMOSTRADA. SU IMPLICANCIA A LOS 87 MESES DE EVOLUCIÓN.

Dr. PAUTASSO, Enrique Jose | KORETZKY, Martin | BORREGO, Carlos | MARCON DEL PONT, Alberto | PARDO, Eduardo | PAMPLIEGA, Martin | PANINI, Julio | BATTISTON, Mario

CENTRO DE CARDIOLOGIA NUCLEAR

Objetivos: A pesar de los grandes progresos adquiridos durante las últimas décadas, la enfermedad cardiovascular es aún, la principal causa de muerte en el mundo occidental. La disfunción endotelial es la primera alteración conocida que interviene en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular. La función endotelial en las arterias coronarias puede ser evaluada de varias maneras, uno de los métodos utilizados son los estudios de perfusión miocárdica SPECT con la prueba del frío.
Objetivo: determinar la prevalencia del test del frío positivo en una población de 870 pacientes consecutivos sin cardiopatía isquémica demostrada y estratificar el poder predictivo de eventos coronarios que tiene esta prueba en un seguimiento a 87 meses.
Materiales y Métodos: Se incorporaron 870 pacientes, que fueron derivados por sus médicos de cabecera para realizar un estudio de perfusión miocárdica en reposo y esfuerzo y cuyas imágenes habían evidenciado una perfusión normal. Ningún paciente tenía antecedentes de necrosis miocárdica, cirugía de revascularización miocárdica, angioplastia coronaria, claudicación intermitente ni accidente cerebrovascular. La prueba del frío se efectuó entre el tercer y quinto día de realizado dicho estudio. Se lo considera a este positivo cuando se observa una hipocaptación del radioisótopo en algún segmento que no existía en el estudio previo y negativo cuando no hay cambios en la captación entre ambos estudios.
Se efectuó un seguimiento a 87 meses y se analizaron los siguientes eventos cardiovasculares: mortalidad cardíaca; infarto de miocardio no fatal; procedimientos de revascularización miocárdica en pacientes que se internaron con diagnostico de angina inestable.
El 87.6% de los pacientes fueron localizados a los 87 meses de evolución. El tiempo medio de seguimiento fue de 40 meses. La edad media fue de 59 +/- 10 años con una prevalencia del sexo masculino del 55 %. Los factores de riesgo se observaron en la siguiente proporción: Diabetes 12.7 %, Antecedentes familiares 56.3%, Dislipidemia 71.8%, Hipertensión arterial 63.9%, Obesidad 24.7% (IMC>=30) y Tabaquista 21.1%.
Resultados: El 38.2 % de los p tuvieron un test del frío positivo. No toleraron el frío el 3.4% y el 2.7% debió suspender el estudio por reacción vagal. Los sujetos de sexo masculino e hipertenso tuvieron más probabilidad de tener un resultado positivo en la prueba del frío.
A lo largo de los 87 meses se observó una sobrevida libre de eventos del 98.1% y del 90,4% en los grupos de test del frío negativo y positivo respectivamente (P< 0.0001). Si consideramos únicamente la incidencia de eventos duros, la sobrevida libre de eventos en pacientes con la prueba del frio negativa fue del 99,2% ya que se observaron dos sucesos cardiovasculares después de los treinta meses, mientras que en los individuos con prueba del frio positiva fue del 95,5% debido a siete eventos (P<0.02)
Conclusiones: 1)En esta población la prevalencia del test del frío positivo, en pacientes sin cardiopatía isquémica demostrada fue del 38.2%.2) El test del frío positivo identificaría pacientes que podrían padecer eventos cardiovasculares.
3) Los pacientes con resultado positivo de la prueba del frío tuvieron 4,5 veces más probabilidades de sufrir un evento cardiovascular que aquellos que experimentaron un resultado negativo.

0021 - ¿CUÁNTO SE IRRADIA EL CARDIÓLOGO NUCLEAR? UNA ESTIMACIÓN DE LA DOSIS DE EXPOSICIÓN EN LA PRÁCTICA DIARIA

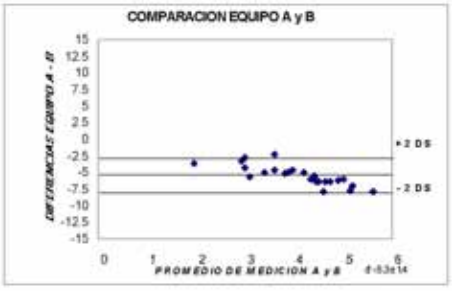
Dr. PASTORE, Francisco Alberto | FERNÁNDEZ, Claudio César | RÍOS, Víctor | BOYER, Mariana | MALVAR, Matías

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS EVA PERON

Objetivos: 1- Evaluar los instrumentos de medición de uso cotidiano para el cálculo de la exposición a radiación ionizante. 2- Estimar la dosis de exposición a que es sometido el cardiólogo nuclear durante la realización del estudio de perfusión miocárdica con Tc 99 Sestamibi en protocolo de 2 días.

Materiales y Métodos: Se efectuaron mediciones de la exposición del operador (cardiólogo nuclear), durante la realización de la prueba de esfuerzo. La exposición fue medida mediante el uso de dos equipos distintos A y B (contador de Geiger-Müller). Se contó con un tercer equipo provisto por la Autoridad Regulatoria Nuclear que se consideró "patron oro" de referencia.
Las mediciones de ambos equipos fueron correlacionadas (Rho de Spearman rs) y comparadas (análisis de Bland y Altman). Se incluyeron 25 pacientes de 55 años, rango entre 40 y 79 años. Se administró una dosis media (X) de = 18.3 mCi (14-22.5), DS 2.25 en el esfuerzo pico. Se consideró un tiempo total de exposición de 6 minutos (m), de los cuales 1.5 m se midieron a una distancia fuente (paciente) -médico de 30 cm y 4.5 m a 120 cm de distancia.

Resultados: Se halló una regular pero significativa correlación entre los valores medidos por ambos equipos (rs = 0.53, p < 0,01) pero en la comparación la media de las diferencias fue -5.3 ± 1,4 uSv/ estudio (ver gráfico).



La dosis X de exposición fue calculada con las mediciones del equipo A, dada su semejanza con el patrón de referencia; así, la dosis media de exposición fue 1,44 uSv/ estudio, DS 0.31, rango 0.87- 2.18. Asumiendo un promedio de 880 estudios anuales el cardiólogo nuclear se expondría a 1267 uSv = 1.26 mSv año.

Conclusiones: 1- La comparación de dos equipos de medición de uso habitual en nuestro medio evidenció diferencias significativas en los valores absolutos medidos.
2- Durante la realización del estudio de esfuerzo el cardiólogo nuclear se expondría a una dosis adicional anual de radiación ionizante de un 50 % con respecto a la población general (radiación basal anual 2,5 mSv año).

0022 - PRIMER REGISTRO NACIONAL DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA

Dra. CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | GOMEZ SANTA MARIA, Hector | BLANCO, Patricia | THIERER, Jorge | HIGA, Claudio | JAIMOVICH, Guillermo | COURTADE, Pablo | VERGNES, Alberto

CONSEJO DE EMERGENCIAS SAC - AREA DE INVESTIGACION SAC

Objetivos: Relevar datos con respecto a factores predisponentes (FR), clínica, métodos diagnósticos empleados, tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) y evaluar predictores de mortalidad hospitalaria.

Materiales y Métodos: Se registraron en forma continua y consecutiva todos los pacientes con esta patología confirmada por algun método complementario durante un año en los diferentes centros participantes. La ficha de registro se realizó en formato electrónico (.pdf). Se analizaron los datos con EPI 2000.
La ETEV consideró dos formas de presentación: tromboembolismo pulmonar (TEP) y trombosis venosa profunda (TVP).

Resultados: Se registraron 181 p en 54 centros: 34% por TEP (n:61), 35% por TVP(n:62) y 32% por la coexistencia de ambas (n:32). Edad (mediana) 66 (53-79). Género femenino: 59%. El área de internación fue en área crítica en el 80% de los casos de TEP y 20% en piso, mientras que en la TVP casi el 60%se internó en piso.
La causa de la internación fue la sospecha de TEP/TVP en el 56% de los casos, mientras que en el resto fue una complicación durante la internación por patología médica (24%), traumatológica-quirúrgica (11%) u otra 12%. Factores de riesgo (%): Reposo >48 hs (%): 47, cancer: 20, historia de TVP-TEP: 10, Ninguno:9. Clínica TEP (%): disnea 88, dolor torácico:29, taquipnea: 31%. Sospecha TEP(Wells): alta: 30%, intermedia:68%, baja 2%. Clinica TVP (%): asimetría y edema miembros inferiores: 85%.Sospecha TVP (Wells,%): alta:18, intermedia:28, baja:54. Métodos diagnósticos: TEP: centellograma V/Q: 16%, TAC helicoidal: 86%. Arteriografia pulmonar: 0,8%. TVP: doppler 100%. Tratamiento: Heparina bajo peso molecular(HPBPM): 70%, heparina IV:40%, trombolíticos: 11%. Evolución intrahospitalaria (%): ARM 9%, Shock: 6%. filtro Vena Cava: 12% La mortalidad global fue del 7%. Se asociaron a mayor mortalidad la edad > 70 años, antecedente de reposo prolongado, antecedente de TEP/TVP previo, taquipnea, hipotensión arterial, shock, Oligoemia en Rx Torax y el no haber recibido tratamiento anticoagulante. Luego de realizar un análisis de regresión logística las variables independientemente asociadas a mortalidad fueron la edad > 70 años (OR 4.6, IC 95% 1.9-23, p = 0.02), el shock (OR 35, IC 95% 7-180, p < 0.01) y la oligeoemia por Rx Tórax (OR 17, IC 95% 7-180, p < 0.0001).

Conclusiones: En la ETEV es frecuente la coexistencia de sus 2 formas de presentación. El reposo prolongado es el FR más prevalente. Casi un 10% no tienen ningún FR conocido. La TAC helicoidal es el método diagnóstico más utilizado para TEP. El doppler venoso fue el único método utilizado para TVP. La HPBPM es la elegida para el tratamiento. En 1/10 p fue empleado trombolítico y filtro de vena cava.

0023 - TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR: RESULTADOS A LARGO PLAZO Y PREDICTORES PREQUIRURGICOS DE MORTALIDAD

Dra. PERADEJORDI, Margarita | SANTOS, Maximo | CANEVA, Jorge | FAVALORO, Liliana | BOUGHEN, Roberto | DIEZ, Mirta | KLEIN, Francisco | FAVALORO, Roberto Rene

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTC) se asocia a elevada morbimortalidad. La tromboendarterectomía pulmonar (TE) es el tratamiento quirúrgico de elección, el cual resulta seguro y efectivo en centros seleccionados.
Objetivo
Analizar variables pronósticas clínicas y hemodinámicas de mortalidad en pacientes (p) con TE a 18 años de seguimiento

Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente 41 p con TE consecutiva entre Noviembre 1992 y Agosto 2010. La angiografía pulmonar selectiva permitió definir la localización, extensión de la enfermedad y factibilidad de la TE. Para el análisis multivariable de predicción de eventos, se aplicó un modelo de regresión logística binaria entrando todas las variables con un valor de p ≤ 0.2. El cálculo de supervivencia libre de eventos se calculó por Kaplan-Meier y la comparación de grupos por Log-Rank Test.

Resultados: La edad media fue de 45 ± 13 años, y el 56% fue de sexo masculino.
Todos los p presentaban disnea o signos de insuficiencia cardiaca derecha, presión arterial pulmonar media > 30mmHg , resistencia vascular pulmonar (RVP) > 300 dinas/seg/cm-5 , obstrucción completa de arteria pulmonar principal , obstrucción proximal de arterias lobares o segmentarias y ausencia de comorbilidades significativas. La mediana de seguimiento fue de 5.7 años (0.2-18). La mortalidad hospitalaria y a 30 días fue del 17 % (7/ 41). La mortalidad alejada fue del 12 % (4/34) y las causas de mortalidad fueron: insuficiencia cardiaca derecha severa (1p), retrombosis pulmonar (1p), muerte súbita (1p) y posoperatorio de cirugia de cadera (1p). En el análisis univariado fueron predictores de mortalidad la CF IV (p 0,008), la ascitis (p 0,05) y la presión arterial media preoperatoria > 50 mmHg (p < 0.02). No se encontraron variables con significancia estadística en el análisis multivariado. La sobrevida global a 1, 5 y 10 años fue del 85, 75 y 71 % respectivamente . Los p en CF IV tuvieron mayor mortalidad hospitalaria (33% vs 4%, p= 0.01) y a largo plazo (95% vs 54% a 5 años, p=0,02)

Conclusiones: En nuestra experiencia la TE es un tratamiento seguro y efectivo en p con HPTC severa. No encontramos predictores de mortalidad en el análisis multivariado, pero la presencia de clase funcional IV , signos de insuficiencia cardiaca derecha y severidad de la HPTC se asoció con peor pronóstico en el análisis univariado. .

0024 - ¿CUAL ES EL VALOR DE PRESION PULMONAR EN UNA POBLACION A 3000 METROS DE ALTURA?

Dr. LESCANO, Adrian Jose | PIERONI, Pablo | OVEJERO, Rodrigo | PEREZ, Gonzalo | METTINI, Silvana | AGUSTIN, Fernandez | GRACIA, Mariana | IGLESIAS, Ricardo

FUNDACION CARDIOLOGICA ARGENTINA

Objetivos: 1) Determinar los valores de presión pulmonar en una población a 3000 metros de altura.
2) Evaluar la prevalencia de hipertensiòn pulmonar en esta poblaciòn, segùn la definiciòn de los consensos.

Materiales y Métodos: Se diseño un estudio observacional, descriptivo, transversal, epidemiológico en la población de Humahuaca (Jujuy, Argentina) realizada por cardiólogos el 22 y 23 de Noviembre de 2010. Se utilizó un ecógrafo Sonosite, Micromax, con un transductor de 2,5 mhz, con el paciente en decubito lateral izquierdo, vistas de 4 cámaras apicales y realizado por 2 operadores. El valor de presión pulmonar sistólica (PPS) se obtiene a través de la sumatoria del gradiente del reflujo tricúspideo y la presión de aurícula derecha (diámetro de vena cava inferior y colapso inspiratorio) según las recomendaciones internacionales. Se excluyeron los pacientes con ausencia de reflujo tricúspideo o inadecuada determinación del jet. La elección del valor de PPS se relaciona con su mayor factibilidad y experiencia por los profesionales. La definición de hipertensión pulmonar con una PPS > 35 mm Hg se seleccionó según la indicación de los Consensos.

Resultados: De 173 ptes evaluados se cuantificó PPS en 161 (91%). Entre las características basales se observa una edad media de 52 años, 68% sexo femenino, 21% con disnea y saturación de oxígeno (SO2) promedio de 92% (31% SO2 < 91%). El valor promedio de PPS fue de 41 mm Hg (24-82 mm Hg) y se estableció el diagnóstico de HP en el 78% (122 ptes) con las definiciones internacionales. El incremento de los valores de PPS > 50 mm Hg (moderado-severo) alcanzó al 11% (18 ptes). En relación al grado de HP se encuentra 24% entre 36-40 mm Hg, 44% entre 41-45 mm Hg, 20% entre 46-50 mm Hg, 8% entre 51-55 mm Hg, 1,5% entre 56-60 mm Hg y 1,5% en > 60 mm Hg.

Conclusiones: En la nuestra población evaluada a 3000 metros de altura los valores de presión pulmonar se encuentran elevados. En relación a las consensos internacionales un alto porcentaje de esta población cumple con critertios de HP (78%). Estos datos deberían ser reevaluados a gran escala para aplicar una definición en la pobalación que habitan en grandes altitudes.

0025 - TROMBOENDARTERECTOMIA PULMONAR : MANEJO POSOPERATORIO Y RESULTADOS

Dra. PERADEJORDI, Margarita | SANTOS, Maximo | VARELA OTERO, Maria Pilar | BARBIERI, Alejandra | ESCARAIN, Carolina | GALLUCCI, Emilce | GOMEZ, Carmen | FAVALORO, Roberto Rene

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: La tromboendarterectomía pulmonar (TE) es el tratamiento quirúrgico de elección en pacientes (p) con hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTCT), sin embargo su realización se asocia con el riesgo de complicaciones posoperatorias graves específicas, por lo cual debe realizarse en centros seleccionados.
Objetivos:
Analizar la eficacia, parámetros hemodinámicoss, morbilidad y mortalidad durante la evolución posoperatoria inmediata en p sometidos a TE.

Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente 41 p consecutivos con TE bilateral entre Noviembre 1992 y Agosto 2010. Se realizó esternotomía mediana , con circulación extracorpórea , hipotermia profunda (17°) , paro circulatorio intermitente y protección cerebral . Se utilizó bajo volumen tidal 6-8 ml/kg , PEEP de 8-10 , reclutamiento, decúbito lateral y balance negativo como prevención y tratamiento de la injuria pulmonar por reperfusión . Los p con bajo gasto cardiaco (GC) requirieron inotrópicos. Todos se anticoagularon con heparina sódica . Se inició óxido nítrico, prostaglandinas y sildenafil para la hipertensión pulmonar residual (HTPr). El cálculo de supervivencia libre de eventos se calculó utilizando un análisis de Kaplan-Meier.

Resultados: El tiempo medio de circulación extracorpórea fue 196 ± 37 minutos, clampeo áortico 112 ± 24 minutos y de paro circulatorio 58 ± 4 minutos. En 21 p se realizaron procedimientos quirúrgicos combinados. En el posoperatorio mejoró significativamente p <0.001 (IC 95%) la presión arterial pulmonar media 53 ± 2 vs 29 ± 2 mmHg, la resistencia vascular pulmonar 857 ± 65 vs 245 ± 25 dinas / seg / cm -5 y el índice cardíaco 2,3 ± 0,1 vs 3 ± 0,1. El índice de trabajo sistólico del ventrículo derecho se optimizó en el intraoperatorio con valores de 17 ± 3 vs 11 ± 2. Presentaron: HTPr 4 p (10%), injuria por repercusión 12 p (29%), bajo gasto cardíaco 18 p (44%), fibrilación auricular 4 p (10%), taponamiento cardiaco 3 p (7%), insuficiencia renal 8 p (19%). Tres p presentaron delirio. La mortalidad hospitalaria y 30 días fue 17 % (7/41). Los p en CF IV tuvieron mayor mortalidad hospitalaria (33% vs 4%, p= 0.01). Las principales causas de mortalidad hospitalaria fueron: shock cardiogénico (1p), distréss respiratorio (1p), neumotórax hipertensivo (1p) y falla multiorgánica en 3 pacientes. A 30 días del alta 1p falleció por embolia pulmonar aguda. La supervivencia global a 1, 5 y 10 años fue del 85, 75 y 71 % respectivamente.

Conclusiones: La TE es un tratamiento efectivo en p con HPTCT, optimizando la hemodinámia pulmonar . En nuestra serie las principales complicaciones del posoperatorio fueron la injuria de reperfusión y el bajo gasto cardíaco. La mortalidad perioperatoria fue mayor en p que ingresaron en CF IV.

0026 - ANÁLISIS DE SOBREVIDA DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

Dra. TALAVERA, Maria Lujan | DIEZ, Mirta | FAVALORO, Liliana | CÁNEVA, Jorge | KLEIN, Francisco | BOUGHEN, Roberto | HUERTA, Clara | FAVALORO, Roberto

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: Evaluar la sobrevida en el seguimiento de pacientes (pts) con hipertensión arterial pulmonar (HAP) y determinar las variables asociadas a muerte o necesidad de trasplante.

Materiales y Métodos: De un total de 210 pts seguidos en el consultorio de Hipertensión Pulmonar (periodo 2004- 2010), se analizaron 96p con diagnóstico de HAP idiopática y asociadas a colagenopatías y cardiopatías congénitas. Dos pts fueron excludios por falta de seguimiento, total analizado: 94 pts. Se analizaron características demográficas, variables ecocardiográficas, funcionales y hemodinámicas. Se consideró significativa una p<0,05. Para el análisis de sobrevida se utilizó el método de Kaplan-Meier.

Resultados: La mediana de seguimiento fue de 32,3 meses (IIC25-75% 15,8-50,1). La edad promedio fue de 38 (+/-15,3) años y el 81,9% de los p eran mujeres. En relación con la etiología, 51p poseían HAP idiopática, 27p asociada a colagenopatías y 16p a cardiopatías congénitas. Se registraron 30 muertes y 3 pts requirieron trasplante. La mediana de tiempo trascurrido desde el inicio de los síntomas a la muerte y/o transplante fue de 45,9 meses (IIC25-75: 21-82,7). La sobrevida libre de muerte y/o trasplante a 12, 24 y 36 meses fue del 95%, 89% y 82%, respectivamente. Las variables basales asociadas a mayor mortalidad o necesidad de trasplante fueron: clase funcional III/IV (47,5% vs 14,2%, p=0,0011) y el deterioro moderado a severo de la función ventricular derecha (48% vs 20,5%, p=0,005); otra variable asociada a mortalidad o trasplante fue la prueba de la caminata de 6 minutos: 288 mts (IIC25-75: 143-372) vs 384 mts (IIC25-75: 267-451, p=0,007). No hubo diferencias significativas según la respuesta a la prueba aguda de vasorreactividad (p=0,8) o según las variables hemodinámicas (p=NS). En la evolución, la internación por insuficiencia cardíaca derecha se asoció a una mayor tasa de muerte y/o trasplante (77% vs 19,1%, p<0,0001).

Conclusiones: La supervivencia global observada fue comparable a la reportada por centros de referencia. En esta población, variables de fácil obtención y reproducción nos permitieron estratificar subgrupos de mayor riesgo de muerte o trasplante en el seguimiento.

0027 - ¿CUAL ES LA PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN ESCLERODERMIA?

Dr. LESCANO, Adrian Jose | GOMEZ, Gaston | BECK, Martin | NITSCHEL, Alejandro | DE VALAIS, Fernando | SALVATIERRA, Alejandro | RIOS, Analia | DAPONTE, Pablo

SANATORIO TRINIDAD PALERMO

Objetivos: Determinar la prevalencia de hipertensión pulmonar en nuestra población con esclerodermia

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, consecutivo, observacional y descriptivo de 46 pacientes (ptes) con diagnóstico establecido de esclerodermia, que asistieron al laboratorio de ecocardiografía por control. Se utilizó un ecografo Esaote my Lab 30 con un transductor de 2,5 mhz, con el paciente en decúbito lateral izquierdo y vistas de 4 cámaras apicales. Se determinó el valor de presión pulmonar sistólica (PPS) a través de la sumatoria del gradiente del reflujo tricúspideo y la presión de aurícula derecha (diámetro de vena cava inferior y colapso inspiratorio) según las recomendaciones internacionales. Se excluyeron los pacientes con ausencia de reflujo tricúspideo, inadecuada determinación del jet o diagnóstico establecido de HP severa. Se definió HP cuando el valor de PPS > 35 mm Hg. Se evaluó función sistólica del ventrículo izquierdo (FSVI) y función diastólica del ventrículo izquierdo (FDVI) por fracción de eyección y flujo transmitral respectivamente. La i9nformación fue cargada y almacenada en programa de Excel.

Resultados: De los 46 ptes evaluados, se incluyeron 43 ptes (factibilidad del 94%). Entre las características basales de la población se observa una edad promedio de 50 años, sexo femenino 84%, hipertensión arterial 26%, tabaquismo 24%, disnea 11% y fibrosis pulmonar 5%. El hallazgo de deterioro de la FSVI y signos de alta presión de fin de diástole se observó en el 2% (1 pte). El valor promedio de PPS fue de 40 mm Hg (25-110 mm Hg) y se estableció el diagnóstico de HP en el 48% (22 ptes). El incremento de los valores de PPS > 50 mm Hg (moderado-severo) alcanzó al 15% (7 ptes). En 3 pacientes se alcanzarón cifras de PPS > 60 mm Hg.

Conclusiones: La prevalencia de hipertensión pulmonar fue elevada (48%) en nuestra población con diagnóstico de esclerodermia. Esta pequeña población analizada nos destaca la importancia del sreening de la presión pulmonar para determinar con mayor certeza el pronóstico.

0028 - REPROGRAMACIÓN CELULAR DE FIBROBLASTOS HUMANOS Y POSTERIOR DIFERENCIACIÓN A CARDIOMIOCITOS

BLÜGUERMANN, Carolina | QUESTA, María | ROMORINI, Leonardo | SOLARI, Claudia | GUBERMAN, Alejandra | SCASSA, María Elida | SEVLEVER, Gustavo | Dr. MIRIUKA, Santiago Gabriel

FLENI - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Objetivos: Reprogramar células adultas (fibroblastos) en células madre pluripotentes inducidas (CMPi), caracterizar su pluripotencia y posteriormente diferenciarlas y obtener cardiomiocitos.

Materiales y Métodos: Se obtuvieron fibroblastos primarios de prepucio de un niño de 3 años de edad. Los mismos fueron posteriormente expandidos por 3 pasajes para su reprogramación. La misma se realizó con un lentivirus conteniendo los factores de transcripción OCT-4, KLF-4, SOX-2 y c-MYC. La construcción fue obtenida del laboratorio del Dr. Gustavo Mostoslavski (Stem Cells 2010; 28:1728). Las partículas virales fueron producidos en células 293T y el sobrenadante fue utilizado en forma directa sobre los fibroblastos. Se realizaron 3 infecciones seriadas durante 48 horas. Posteriormente, a los 5 días de la infección, los fibroblastos fueron pasados a una capa de fibroblastos murinos irradiados. La caracterización de las células reprogramadas se realizó por medio de la determinación de moléculas asociadas a la indiferenciación utilizando PCR en tiempo real y microscopía fluorescente.

Resultados: Aproximadamente a los 7-9 días de la reprogramación se observó la aparición de colonias morfológicamente similares a colonias de células embrionarias humanas. A los 21 días, 50 colonias fueron levantadas mecánicamente y pasadas sucesivamente, seleccionando dos clones para mantenimiento y expansión, aunque solo uno de ellos se mantiene con una morfología estable. Aproximadamente luego de 7-10 pasajes, este clon se caracterizó para pluripotencialidad. Se constato la presencia de los marcadores de indiferenciación tradicionales, incluyendo OCT-4, NANOG, Tra-1-60, Tra-1-81 y SSEA-4. Además, las colonias expresaban una alta actividad de fosfatasa alcalina. Posteriormente se realizó la diferenciación espontánea de las colonias. Luego de 14 días de diferenciación se observó la presencia de marcadores de las tres capas germinales: endodermo (alfa-fetoproteína), mesodermo (actina de músculo liso) y ectodermo (Pax-6), confirmado entonces las características pluripotenciales in vitro. Finalmente, se diferenciaron las CMPi y se observaron zonas espontáneamente contráctiles. La tinción de las mismas para diferentes marcadores cardiacos (troponina C cardiaca, factor natriurético auricular, Nkx2.5) demostró que las mismas corresponden a cardiomiocitos adultos.

Conclusiones: La reprogramación de células adultas (fibroblastos) permite con facilidad obtener células miocárdicas. Las mismas presentan un fenotipo y una funcionalidad similar a cardiomiocitos obtenidos previamente en nuestro laboratorio a partir de células embrionarias humanas.

0029 - ROL DE LOS RECEPTORES ALFA1 ADRENÉRGICOS Y DE LA GSK-3BETA EN EL MECANISMO DE PROTECCIÓN DEL POSCONDICIONAMIENTO ISQUÉMICO

Sr. SIACHOQUE, Nadezda | Dr. BUCHHOLZ, Bruno | Dra. D ANNUNZIO, Veronica Irene | QUIROGA, Ana | Dr. DONATO, Pablo Martin | Dr. GELPI, Ricardo Jorge

INSTITUTO DE FISIOPATOLOGIA CARDIOVASCULAR (INFICA) - UBA

Objetivos: Existe evidencia que demuestra el efecto beneficioso de la activación de los receptores alfa adrenérgicos (alfa1-ARs) antes de un período de isquemia. Además, algunos autores involucraron a estos receptores en el mecanismo del precondicionamiento isquémico. Dado que ciertos mecanismos intracelulares, que se activan en la reperfusión, son compartidos por el precondicionamiento y el poscondicionamiento isquémico (Poscon); sería interesante evaluar el rol de estos receptores durante la reperfusión. Por otro lado, ha sido sugerida la participación de la enzima GSK-3beta en el mecanismo del Poscon. Sin embargo, el efecto de la estimulación de los alfa1-ARs sobre la expresión y fosforilación de esta enzima es desconocido. El objetivo fue evaluar si los alfa1-ARs están involucrados en el mecanismo del Poscon, considerando el tamaño de infarto. Un segundo objetivo fue determinar el efecto del bloqueo de los alfa1-ARs, durante el protocolo de Poscon sobre la expresión y fosforilación de la enzima GSK-3beta

Materiales y Métodos: Se utilizaron corazones aislados de ratas Wistar, perfundidos según la técnica de Langendorff. En G1 (n=6) se realizó una isquemia global de 30 min seguidos por 2 hs de reperfusión. En G2 (n=9), luego de la isquemia global de 30 min se realizaron 6 ciclos de reperfusión/isquemia de 10 seg cada uno (Poscon), seguidos por 2 hs de reperfusión. En G3 (n=6), se repitió el protocolo de G2, pero durante el protocolo de Poscon se administró prazosín (bloqueante selectivo a1-ARs). Se evaluó el tamaño de infarto (TI; %) utilizando cloruro de trifeniltetrazolio. En muestras de ventrículo izquierdo se hicieron determinaciones por Western blot de la expresión de GSK-3beta total y su forma fosforilada. La expresión de Gsk-3beta se muestra en unidades arbitrarias (UA) y como porcentaje de la expresión de la proteína en un grupo de corazones normóxicos.

Resultados: En G1 el tamaño de infarto fue de 58.1±5.1%. El Poscon redujo significativamente el tamaño de infarto a un 40.1±2.9% (p<0.05 vs. G1). La administración de prazosin abolió el efecto beneficioso del Poscon (61.6±4.5%).
La expresión de Gsk-3beta total fue similar en todos los grupos estudiados. La isquemia/reperfusión provoca una disminución en la fosforilación de la proteína (1.01±0.07 vs. 0.36±0.19 UA, p<0.05). Sin embargo, el Poscon indujo una significativa fosforilación de la proteína (0.76±0.14 UA). La administración de prazosín, durante el protocol de Poscon, disminuyó la fosforilación de la proteína (0.43±0.27 UA). *: p<0.05 vs. Basal, #: p< 0.05 vs. G1, X ± ESM.

Conclusiones: El poscondicionamiento isquémico reduce el tamaño de infarto activando los alfa1-ARs e induciendo a través de los mismos la fosforilación de la enzima Gsk-3beta. La fosforilación de esta enzima produce su inhibición, y la no apertura del poro de transición de la membrana mitocondrial, lo que explicaría, al menos en parte, el mecanismo beneficioso del Poscon.

0030 - FISIOPATOLOGÍA DEL ENGROSAMIENTO INTIMAL CORONARIO EN LA CARDIOPATÍA CONGÉNITA

GUERRI GUTTENBERG, Roberto | Dr. GRANA, Daniel Rodolfo | DE MATTEO, Elena | AMBROSIO, Giuseppe | Dr. MILEI, Jose

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CARDIOLOGICAS (ININCA) UBA-CONICET - HOSPITAL DE NIÑOS DR. RICARDO GUTIERREZ

Objetivos: El objetivo de este trabajo es la evaluación de los procesos fisiopatológicos del engrosamiento intimal coronario en pacientes con cardiopatía congénita mediante técnica de inmunohistoquímica.

Materiales y Métodos: Las arterias coronarias de 98 corazones de pacientes con cardiopatía congéntia fueron estudiados (masculinos 58%, femeninos 42%, con reparación quirúrgica del defecto 31%, patología cianótica 54%). Se estudiaron más de 800 segmentos coronarios mediante técnica histológicas (HE, Azul Victoria, tricromico de Masson) e inmunohistoquímica para CD-68 (macrófagos), alfa actina para celulas musculares lisas, factor transformador del crecimiento beta 1 (TGF-beta 1), inhibidor del activador del plasminogeno 1 (PAI-1), apolipoproteina B con reactividad cruzada para B-100 y B-48. Como grupo control de las inmunohistoquímicas se estudiaron 30 pacientes pediátricos sin cardiopatía congénita. Se utilizó el programa de análisis de imagen Image J para la medición del índice intima:media y el puntaje de inmunomarcación.

Resultados: El 61% de los pacientes con cardiopatía congénita presentó engrosamientos intimales siendo estos más frecuentes en aquellos con patología obstructiva del corazón izquierdo (p=0.004) y aquellos con variaciones de origen de la circulación coronaria. Los pacientes intervenidos quirúrgicamente presentaron con mayor frecuencia engrosamientos intimales en comparación con las cardiopatías congénitas no operadas (p<0.0001). La inmunohistoquímica reveló un escaso componente inflamatorio representada por baja poitividad para CD-68 en los engrosamientos intimales. La apolipoproteina B mostró un rol activo en las lesiones. El PAI-1 fue negativo en la mayoría de los casos. No hubo diferencias significativas entre el % de área intimal positivo para TGF-beta 1 y las siguientes variables: edad, sexo, tipo de cardiopatía congénita. La diferencia de la positividad para TGF-beta 1 entre los tres grupos (grupo pediátrico sin cardiopatía, cardiopatía operada y cardiopatía no operada) fue muy significativo (Kruskal-Wallis p<0.0001). Al comparar exclusivamente los pacientes con cardiopatía congénita se encontró una elevada positividad para dicho marcador en los pacientes operados con respecto a los no-intervenidos(Mann-Whitney p=0.0005).

Conclusiones: El factor transformador del crecimiento beta 1 (TGF-beta 1) parece tener un rol clave en la fisiopatología del engrosamiento intimal en los pacientes con cardiopatía congéntia operada, mientras que carece de función en la población pediátrica. Se sugiere que el engrosamiento intimal en este gupo de pacientes posiblemente represente un evento transitorio sin implicancias clínicas, causado por períodos breves de hipoxia endotelial durante la intervención quirúrgica.

0031 - ROL DE LA TIOREDOXINA-1 EN LA INJURIA POR ISQUEMIA Y REPERFUSIÓN EN ANIMALES JÓVENES Y EN EDAD MEDIA DE LA VIDA.

Srta. PEREZ, María Virginia | WULF, Natalia | D´ANNUNZIO, Verónica | GELPI, Ricardo J.

INSTITUTO DE FISIOPATOLOGIA CARDIOVASCULAR (INFICA) - UBA

Objetivos: La tioredoxina (TRX) es uno de los sistemas antioxidantes celulares más importantes conocido hasta la actualidad. Particularmente la TRX-1 ha sido la más estudiada, y es una pequeña proteína (12KD) que tiene efectos anti oxidantes, anti apoptóticos y anti inflamatorios. Por otro lado, ha sido demostrado que la TRX-1 ejerce un efecto protector frente a la injuria miocárdica por isquemia y reperfusión. Sin embargo la mayoría de los trabajos que mostraron protección en modelos que sobreexpresan TRX-1, fueron realizados en animales jóvenes. Sería interesante estudiar que ocurre en este modelo trangénico en la edad media de la vida, donde existe un incremento del estrés oxidativo. Por lo tanto los objetivos de nuestro trabajo fueron: Evaluar el tamaño de infarto y la función ventricular en ratones que sobreexpresan TRX-1, de 3 meses y de 12 meses de edad, sometidos a isquemia/reperfusión, comparados con su control no transgénico (NT). Un segundo objetivo fue evaluar la actividad de TRX-1 en ratones de 3 y 12 meses de edad.

Materiales y Métodos: Se utilizaron corazones aislados e isovolúmicos de ratones que sobreexpresan TRX-1 y sus respectivos no transgénicos (cepa FVB). Estos corazones fueron perfundidos según la técnica de Langendorff. Se realizaron 4 protocolos experimentales: 1) NT 3 meses, 2) NT 12 meses edad, 3) TRX-1 3 meses y 4) TRX-1 12 meses de edad. Los corazones fueron sometidos a una isquemia global de 30 min seguidos por 60 min de reperfusión. Se evaluó la función del ventrículo izquierdo a través de presión desarrollada del ventrículo izquierdo (PDVI), y presión diastólica final del ventrículo izquierdo (PDFVI). Se midió el tamaño de infarto utilizando la técnica de trifenil de tetrazolio y se evaluó la actividad de TRX-1 mediante el ensayo de reducción de insulina para TRX-1 en animales TRX-1 de 3 y 12 meses de edad.

	PDVI (mmHg)	PDVE (mmHg)	PDFVI (mmHg)	PDFVE (mmHg)	Tamaño de infarto	Actividad TRX-1	Actividad TRX-1
Grupos	Basal	60 min reperfusión	Basal	60 min reperfusión	% área del ventrículo izq.	1 min	2.5 min
NT 3 meses	71.900 ± 7.600	21.110 ± 5.900	8.790 ± 0.000	22.800 ± 4.600	42.890 ± 6.060	-	-
TRX-1 3 meses	77.100 ± 11.900	38.500 ± 4.200	18.500 ± 2.100	21.300 ± 5.900	27.640 ± 3.540*	1.800 ± 0.000	3.000± 0.000
NT 12 meses	81.700 ± 8.400	31.300 ± 12.800	9.800 ± 3.700	23.700 ± 4.700	52.600 ± 5.230	-	-
TRX-1 12 meses	72.500 ± 6.500	28.700 ± 6.800	11.400± 1.700	28.800 ± 5.300	46.130 ± 6.370	0.136 ± 0.067#	0.431 ± 0.064#

Conclusiones: La sobreexpresión de TRX-1 reduce el tamaño de infarto sin modificar la recuperación de la función ventricular en ratones de 3 meses de edad, mientras que en los 12 meses de edad no se evidenció el efecto protector. Por otro lado, en los ratones TRX-1 de 12 meses de edad se observó un disminución de la actividad, comparado con los TRX-1 de 3 meses de edad. Nuestros datos sugieren que en los animales en edad media de la vida (12 meses) ,a pesar de presentar un aumento en la expresión de TRX-1, no se evidencia un efecto protector debido a la inactivación de TRX-1.

0032 - RESERVA INOTRÓPICA Y LUSITRÓPICA EN RATONES CON SOBREEXPRESIÓN CARDÍACA DEL RECEPTOR AT1 DE ANGIOTENSINA II

Sr. MATORRA, Luis Federico | Dr. DONATO, Pablo Martin | Dra. D ANNUNZIO, Veronica Irene | REY DEUTSCH, Ana Clara | RANDO, Mariel | BASSO, Nidia | Dr. GELPI, Ricardo Jorge

INSTITUTO DE FISIOPATOLOGIA CARDIOVASCULAR (INFICA) - UBA

Objetivos: Es conocido que la angiotensina II (AII), tiene la capacidad de modificar el estado contráctil, activando el receptor AT1 (RAT1). Sin embargo, no es conocido si la sobreexpresión a nivel cardíaco del RAT1, puede modificar la reserva inotrópica y lusitrópica en ratones. El objetivo del presente trabajo, fue determinar el efecto de la activación del RAT1 sobre la función ventricular basal, la reserva inotrópica y la reserva lusitrópica, en un modelo de ratones transgénicos con sobreexpresión cardíaca específica del RAT1.

Materiales y Métodos: Se utilizaron ratones no transgénicos como grupo control (G1; n=5). En un segundo grupo se incluyeron animales transgénicos con sobreexpresión cardíaca específica del RAT1 (G2; n=6). Finalmente, a un tercer grupo de animales con sobreexpresión cardíaca específica del RAT1 se le administro losartán (LOS) durante 30 días previo a la evaluación de la función ventricular (G3; n=6). Se realizó cateterismo cardíaco y se midió la presión ventricular izquierda, se culculo la +dP/dtmax y el t1/2. Para evaluar la reserva inotrópica (RI) y lusitrópica (RL) se administró un bolo de isoproterenol (56 ng/kg) y se consideró el delta de la +dP/dtmax (+dP/dtmax+ISO - +dP/dtmax basal; mmHg/seg) para la RI y el delta del t1/2 (t1/2+ISO – t1/2Basal; mseg) para la RL. Finalmente, se estudiaron corazones aislados y perfundidos según la técnica de Langendorff. En este modelo, la función ventricular se evaluó considerando los cambios en el delta de la PDVI (PDVI+ISO - PDVI basal; mmHg) y el delta del t1/2 (mseg).

Resultados: La +dP/dtmax disminuyó en G2, respecto de G1 (G1: 5.730 ± 244 vs G2: 3.897 ± 209 mmHg/seg; p<0.05). El tratamiento con losartán (G3) revirtió este cambio alcanzando un valor de 6.826 ± 401mmHg/seg (p<0.05). Se observó una disminución significativa de la RI en G2, respecto de G1 (G1: 3538 ± 400 vs G2: 1721 ± 125 mmHg/seg; p<0.05). El tratamiento con LOS mejoró significativamente la RI (G3: 2704 ± 277 mmHg/seg; p<0.05 vs G2). La relajación isovolúmica basal estuvo deteriorada en G2; esta alteración fue revertida con el tratamiento con LOS (G1 5.7 ± 0.3; G2: 8.4 ± 0.8 y G3: 5.9 ± 0.3 mseg p<0.05 G2 vs G1y G3). Finalmente, no se observaron diferencias en la evaluación de la RL entre los grupos estudiados. La función ventricular in vitro tuvo el mismo comportamiento que el análisis in vivo. Observando, un deterioro en la RI en G2. Así, el delta de la LVDP fue de 43.06 ± 6.71 en G1, y de 11.68 ± 5.03 mmHg en G2 (p<0.05 vs G1).

Conclusiones: La sobreexpresión cardíaca de los RAT1 disminuye el inotropismo e induce alteraciones en la relajación isovolúmica. Además, provoca una pérdida parcial en la RI sin modificar la RL. El tratamiento con LOS revierte estos efectos deletéreos, apoyando la hipótesis de que la estimulación crónica con angiotensina II regula negativamente la función ventricular y esto ocurre a través de un mecanismo intracelular que involucra a los RAT1.

0033 - IMPACTO DEL ESTRÉS OSMÓTICO SOBRE LA ACUAPORINA 1 EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR

Sr. NETTI, Vanina | VATRELLA, Mariana | CHAMORRO, Melina | RYBARCZYK, María José | BUCHTER, Valentín | FELLET, Andrea | BALASZCZUK, Ana María

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA - IQUIMEFA-CONICET

Objetivos: 1) Evaluar si un estado hipovolémico inducido por restricción aguda de agua modifica los niveles proteicos y localización de acuaporina 1 (AQP1) en los tejidos cardíaco y vascular en ratas en etapa de crecimiento; 2) Estudiar los efectos de un período de hidratación posterior.

Materiales y Métodos: Ratas macho Sprague-Dowley de 25 días de edad fueron divididas en los siguientes grupos: R: restricción de agua durante 3 días; C: agua ad libitum por 3 días; Rsol: restricción de agua durante 3 días + sales de hidratación oral (según OMS) por 3 días. Al final de cada período experimental, se determinaron el peso corporal y el agua total (diferencia entre peso seco y húmedo) y se tomó una muestra de sangre para determinar hematocrito, natremia y osmolaridad plasmática. Posteriormente, los animales fueron sacrificados y se extrajeron el ventrículo izquierdo, la aurícula derecha y la arteria aorta para evaluar los niveles proteicos (Western Blot) y localización (Inmunohistoquímica) de AQP1.

Resultados: La tinción inmunohistoquímica de AQP1 en ventrículo y aurícula reveló su presencia en el endotelio vascular y endocardio, mientras que en arteria aorta, se observó tinción tanto en células endoteliales como en músculo liso, siendo este patrón similar entre los diferentes grupos de animales estudiados. La restricción de agua aumentó significativamente los niveles proteicos de AQP1 no glicosilada tanto en aurícula como en ventrículo (p<0.01 vs. C), mientras que la hidratación posterior con sales disminuyó su expresión en los tres tejidos estudiados (p<0.01 vs. C y R), observándose un aumento de AQP1 glicosilada en ventrículo luego del período de hidratación.

Grupo	C	R	Rsol
Peso corporal (g)	86 ± 11	53 ± 7 *	81 ± 11 #
Agua total (ml/100g)	77.5 ± 3.4	70.9 ± 1.3 *	75.3 ± 3.6 #
Hematocrito (%)	43 ± 2	54 ± 3 *	45 ± 2 #
Natremia (mEq/L)	134 ± 2	139 ± 2 *	134 ± 3 #
Osmolaridad (mOsm)	317 ± 7	346 ± 3 *	324 ± 8 #
*p<0,01 vs. C; #p<0,01 vs. R			

Conclusiones: La restricción de agua indujo un estado hipovolémico caracterizado por un descenso del peso corporal y del agua total, reversibles durante la posterior hidratación. Los resultados sugieren que la AQP1 en los tejidos cardíaco y vascular muestra un patrón diferente de expresión proteica en respuesta al estado de hidratación estudiado en nuestro modelo experimental.

0034 - ANEMIA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Dra. MACIN, Stella Maris | VILLEGAS, Esteban | REYES, Laura | PERNA, Eduardo R | INSAURRALDE, Fernando | COMISARIO, Matias | ARISTIMUÑO, Guillermo | ACEVEDO, Pablo

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA JF CABRAL

Objetivos: Evaluar incidencia de anemia y evolución en pacientes (ptes) con STEMI

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional de 458 pacientes (ptes) consecutivos con IAM con ST, ingresados a unidad coronaria del Instituto de Cardiología de Corrientes entre el 01/01/06 al 31/12/09, dentro de 24 horas del inicio de los síntomas. La edad media fue 64,4 ± 12 años. La anemia fue diagnosticada de acuerdo con los criterios de la Organización Mundial de la Salud sobre la base de la hemoglobina (Hb) en los valores de ingreso (<12 g/dL para mujeres, <13 g/dl para hombres)

Resultados: La anemia fue diagnosticada en 55 (12%) pacientes: grupo A. Los pacientes anémicos eran mayores (72 frente a 62 años, p <0,001), tenía menor peso corporal (62 vs 78 kg, p =0,001) y mayor puntuación de riesgo TIMI (5 vs 3, p =0,0001). Tuvieron mayor deterioro renal (filtración glomerular 61,8 vs 76,2 ml / min, p=0,003). No hubo diferencias significativas en la FE y nivel basal y pico de TnTc y CK-MB. Durante el tratamiento, en ambos grupos, se observó una disminución significativa en los niveles de Hb 11,9 a 11,0 g/dl en Grupo A (p <0,0004) y de 14,3 a 13,3 g / dl en grupo B (p <0,001) . Mientras que el FG no cambió significativamente en los anémicos, hubo un aumento significativo en no anémicos 76,2 a 80,9 ml/min (p =0,001). La mortalidad hospitalaria fue de 3.8%(17ptes): 12 (8,2%) en el grupo A, y 5 (0,6%) en el grupo B (p <0,001). El grupo A tuvo mayor incidencia de complicaciones (35% vs 15%, p=0,003). En el multivariado, la edad >70(OR:2.3 IC1.4-3.1,p=0.002), la presión arterial sistólica al ingreso (OR 1.008IC 1.004-1.06,P<0.001)y el recuento de glóbulos blancos >10.000 cel/mm3 (OR1.7 (IC 1.2-2.9,p=0.001)se asociaron con un mayor riesgo de muerte.

Conclusiones: Los pacientes con anemia que presentan STEMI son una población de alto riesgo con mayor mortalidad hospitalaria. La anemia al ingreso debe ser tratado como un factor de riesgo adicional.

0035 - HIPERGLUCEMIA AL INGRESO EN EL IAM : ¿ EXPRESIÓN DE UN TRASTORNO METABÓLICO PREEXISTENTE?

Dra. CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | CHARASK, Adrian | MAURO, Victor | GARCIA AURELIO, Mauro | Dra. MEDUS, Maria Jorgelina | FAIRMAN, Enrique | SORASIO, Guillermina | BARRERO, Carlos

CLINICA SANTA ISABEL - CLINICA BAZTERRICA

Objetivos: La hiperglucemia al ingreso (HG-i) en los pacientes (p) que cursan un infarto con elevación del ST (IAMST) es un hallazgo frecuente. En este escenario, la hemoglobina glicosilada (HbA1C) al ingreso podría identificar p diabéticos (DBT) previamente desconocidos.
Objetivos: 1) Evaluar la correlación existente entre la glucemia al ingreso, HbA1C y antecedentes de DBT. 2) Evaluar si la HbA1C permite identificar p con DBT preexistente no conocida.

Materiales y Métodos: Se analizó el perfil de glucemia de p con IAMST ingresados a UCO en forma consecutiva y con dosaje de HbA1C y glucemia al ingreso(glu-i). Se definió HG-i a >140 mg/dl. DBT preexistente: HbA1C > 6,5% en pacientes no DBT.
Resultados:
Se incluyeron 145 p. Hombres 85%, edad (mediana) 59a (51-66). Diabéticos: 20%. KK-A: 79%. Reperfundidos: 90%. Glu-i (mediana):144(126-181)mg/dl. Glucemia en ayunas (mediana):128(108-160)mg/dl. HG-i: 52% (n=76p). HbA1C mediana: 5,6%(5,3-6,1). HbA1C >6,5: 17,2% (n=25p).

Resultados: tabla

	DBT(n:29)	no-DBT(n:116)	p	no-DBTconHG-i(n:50)	no-DBTsinHG-i (n:63)	p
HG-i(%)	86	44	0.001	100	0	-
Glu-i(med)(mg/dl)	211(178-281)	136(120-163)	0.001	169(152-189)	124(110-132)	<0.001
HbA1C(med)(%)	7,2(6,4-8,2)	5,4(5,2-5,7)	0.001	5,6(5,3-6)	5,4(5,2-5,6)	<0.001
HbA1C>=6,5(%)	65,5	5	0.001	12	0	<0.001

Conclusiones: La HG-i es un hallazgo frecuente, tanto en diabéticos como en no diabéticos. Se diagnosticó DBT preexistente sólo en el 5% de los pacientes sin antecedentes DBT, e incluso en el subgrupo de éstos con HG-i no superó el 12%. Implicancia clínica: La hiperglucemia al ingreso en los pacientes no diabéticos no parece depender de un trastorno preexistente de la glucosa, sino más bien de condiciones impuestas por el infarto agudo de miocardio.

0036 - LA HIPERGLUCEMIA AL INGRESO DE UN INFARTO: ¿TIENE IMPORTANCIA EN LOS PACIENTES NO DIABÉTICOS?

Dra. CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | MAURO, Victor | CHARASK, Adrian | FAIRMAN, Enrique | PALACIO, Soledad | FERNANDEZ, Alejandro | GARCIA AURELIO, Mauro | BARRERO, Carlos

CLINICA SANTA ISABEL - CLINICA BAZTERRICA

Objetivos: La hiperglucemia al ingreso (HG-i) en pacientes (p) no diabéticos con infarto con elevación del ST (IAMST) podría constituir una variable de mal pronóstico en la etapa hospitalaria debido a una mayor liberación de mediadores inflamatorios, catecolaminas, cortisol o resistencia periférica a la insulina. Objetivos: 1) Analizar los valores de glucemia al ingreso (Glu-i) en los p ingresados a UCO por IAMST. 2) Correlacionar la presencia de HG-i con eventos agudos .

Materiales y Métodos: Se incluyeron p consecutivos no diabéticos que ingresaron a UCO en el periodo 2008- 2010 con diagnóstico de IAMST. Se definió HG-i a > 140 mg/dl. Evento combinado hospitalario(EC): muerte + reinfarto + insuficiencia cardiaca de ingreso o evolutiva (KK>A). Se realizó un análisis multivariado para establecer el valor predictivo para EC de la HG-i.Resultados: Se incluyeron 195 p. Hombres 84%, edad (mediana) 58a (50-66). Tiempo de evolución IAMST (mediana) 2,5 hs. KK >A:20%.Reperfundidos: 86% (80% con ATC 1°). Glu-i: (mediana): 134mg/dl (117-158), HG-i: 41% de los p. En el análisis univariado, los p con HG-i eran más añosos (60 vs 57a; p: 0.03), y con mayor reperfusión(+) (91 vs 81%, p:0,04). Mortalidad 4,6%.EC 26%.El análisis multivariado incluyó edad, género, HG-i, reperfusión e infarto anterior: Fueron variables predictoras independientes de EC el infarto anterior (OR 2,26. IC 95% 1,13-4,5; p=0.021) y la HG-i (OR 2,37 IC 95% 1,18-4,73; p=0.014).

Resultados: tabla

	HG-i (n:80)	no HG-i (n:115)	p
Glu-i (mediana, mg/dl)	171 (153-193)	121 (108-131)	<0.01
muerte (%)	11	0	<0.001
KK>A (%)	25	16,5	0.07
EC (%)	36	19	<0.001

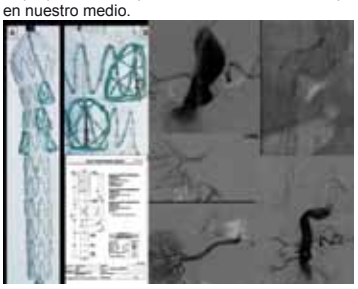
Conclusiones: La HG-i es un hallazgo frecuente en pacientes no-diabéticos y aumenta el riesgo de mala evolución en la fase aguda del IAMST ya sea como expresión de una mayor extensión del infarto o bien de un efecto deletéreo per se.

0037 - TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LOS ANEURISMAS AÓRTICOS COMPLEJOS: EXPERIENCIA INICIAL CON ENDOPRÓTESIS FENESTRADAS Y RAMIFICADAS

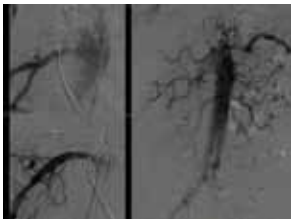
Dr. FERREIRA, Luis Mariano | ESCORDAMAGLIA, Sergio | DE PAZ, Martín | ROSEMBERG, Julio | LA MURA, Ricardo

CLINICA LA SAGRADA FAMILIA

Objetivos: La ausencia de un cuello proximal aórtico adecuado para el anclaje representa hoy en día la principal causa anatómica de exclusión de pacientes para el tratamiento endoluminal del AAA. Desde hace varios años se vienen desarrollando en Australia, Europa y los EUA unos injertos especialmente diseñados que permiten anclar la endoprótesis a nivel de las arterias viscerales, mediante endoprótesis con fenestraciones (aberturas en la prótesis). Cuando por el contrario, se trata de aneurismas con compromiso toracoabdominal, la solución implica la utilización de endoprótesis ramificadas. Dicho abordaje no solo es consecuencia de una anatomía distinta, sino que implica materiales, técnicas y tecnología diferente a la que solemos utilizar en el tratamiento endovascular del aneurisma infrarrenal. El propósito de la presentación es mostrar la posibilidad técnica de este nuevo abordaje en nuestro medio.



Materiales y Métodos: Se presenta la experiencia inicial de nuestro Centro en la utilización de endoprótesis producidas a medida para el tratamiento de los aneurismas yuxta o toracoabdominales. Dichas endoprótesis fueron construidas en Australia en base a información extraídas de imágenes de alta definición tomográfica
Resultados: Se presentan los primeros cinco pacientes tratados con esta técnica. Todas las endoprótesis fueron implantadas con éxito sin pérdida de ninguna rama visceral. Fueron respetados 16 vasos viscerales (media, 3 por paciente) y con mayor frecuencia se incluyeron ambas arterias renales y la arteria mesentérica superior. No hubo mortalidad a 30 días. No se realizaron reintervenciones y en el primer control tomográfico se constataron permeables todos los ramos preservados. No se detectaron endoleaks.



Conclusiones: El tratamiento endovascular de los aneurismas de aorta yuxta- o toracoabdominal mediante endoprótesis fenestradas o ramificadas requiere de una mayor tecnología, entrenamiento, materiales específicos y cuidados perioperatorios que superan al tradicional tratamiento endoluminal de los aneurismas de aorta.

0038 - TENDENCIAS TEMPORALES EN LA MORTALIDAD POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO E INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA: DATOS DEL REGISTRO EPI-CARDIO.

Dr. MARIANI, Javier | DE ABREU, Maximiliano | POMÉS IPARRAGUIRRE, Horacio | MOROS, Claudio | SILBERSTEIN, Alejandro | GAGLIARDI, Juan | DOVAL, Hernán | TAJER, Carlos

Grupo GEDIC

Objetivos: Evaluar las tendencias temporales en la mortalidad intrahospitalria por infarto de miocardio (IAM) e insuficiencia cardíaca (IC) descompensada de los pacientes (p) del registro Epi-Cardio.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en los análisis pacientes internados con IAM o IC que tuvieran datos disponibles. La mortalidad se evaluó utilizando 4 períodos de tiempo (hasta 2007, 2008, 2009 y 2010-2011), formando de esta manera cuatro grupos con un número similar de p. La mortalidad entre los períodos fue analizada mediante chi2 para tendecias y para ajustar posibles confundidores se utilizaron modelos de regresión logística. Los pacientes con IAM e IC fueron analizados de forma independiente.

Resultados: De 54.055 p provenientes de 55 centros del registro Epi-Cardio, 6.201 p tenían datos necesarios disponibles y fueron incluidos en los análisis, 2.855 (46%) con diagnóstico de IAM y 3.346 (54%) de IC. La media de edad fue de 66,3 años (±14,2) años, siendo mayor en los p con IC (70,9 vs 60,8 años, p<0,01); 4.142 p fueron varones, con mayor frecuencia de sexo masculino entre los p con IAM (76,7% vs 58,3%, p<0,01). Los cuatro períodos analizados estuvieron conformados por 1.596 p el primero (de 2.005 a 2.007; 839 con IC y 757 con IAM), 1.488 p el segundo (875 con IC y 613 con IAM), 1.734 p el tercero (893 con IC y 841 con IAM) y 1.383 p el cuarto (739 con IC y 644 con IAM). La mortalidad entre los p con IC fue de 5,5% (185 p), sin diferencias entre los 4 períodos considerados (5,4%, 6,4%, 5,8% y 4,3%; p para tendencias = 0,31). La mortalidad fue mayor entre los p con cuadros de IC anterógrada que en los p con IC con congestión predominante (8,6% vs 1,9%, p<0,01). La mortalidad fue similar en los cuatro períodos en los p con IC anterógrada (p tendencias =0,75), descendió en los p con IC retrógrada (p tendencias = 0,03) y fue en los 4 períodos menor en los p con IC retrógrada (OR ajustado por el período 0,21; IC95% 0,14 a 0,31; p<0,01). Entre los p con IAM la mortalidad fue de 5,4% (155 p) y descendió temporalmente (7,7%, 6,5%, 3,8%, 3,9%, p para tendencias <0,01). La menor mortalidad registrada fue a expensas de los p con IAM y compromiso hemodinámico (Killip 3 y4) (55,2%, 41,7%, 22,6% y 19,7%, p tendencias <0,01), sin diferencias en los p sin compromiso hemodinámico (3,0%, 2,7%, 2,5% y 2,0%, p tendencias 0,23). La diferencia en mortalidad entre los períodos se mantuvo después de ajustar para diferencias epidemiológicas e intervenciones (incluida la terapia de reperfusión) durante la internación (OR ajustado 0,75; IC95% 0,64 a 0,88; p<0,01).

Conclusiones: En el presente análisis del registro Epi-Cardio se observó una tendencia temporal a menor mortalidad en el IAM a expensas de los p con cuadros más graves. La mortalidad por IC permaneció relativamente estable, aunque fue evidente un modesta reducción entre los p de menor riesgo. En el análisis la variable “período” se comportó como una variable instrumental que permaneció estable a posibles modificaciones epidemiológicas y de tratamiento medidas. Dada la naturaleza del registo, posiblemente parte de las tendecias mencionadas en la mortalidad se puedan atribuir a sesgos o factores de confusión.

0039 - WIN (WOMEN IN INNOVATION) ANGIOGRAFICO: REGISTRO PROSPECTIVO, OBSERVACIONAL, MULTICENTRICO EN ARGENTINA

Dra. ETCHEVERRY, Maria Carolina | RUBILAR, Viviana | ROLANDI, Florencia | AGATIELLO, Carla | MANAVELLA, Bibiana Del Valle | ESTEBANEZ, Maria Jose | MOHAMED, Gloria | GRINFELD, Liliana

FUNDACION CARDIOLOGICA ARGENTINA - VARIAS

Objetivos: Diversos registros internacionales han revelado que existen diferencias en las características y manejo de los pacientes derivados para angiografía coronaria según el género. Se disponen de pocos datos acerca de la relevancia de la historia ginecológica en el perfil de riesgo de la población femenina. Objetivos:1.Comparar según el género la demografía, presentación clínica, manejo y evolución hospitalaria de una cohorte local, no seleccionada de pacientes derivados para angiografía coronaria. 2.Evaluar características propias de la población femenina, como la historia ginecológica, y su relación con el perfil de riesgo.
Materiales y Métodos: Estudio observacional de cohorte, prospectivo, llevado a cabo en 10 centros del país por integrantes del grupo WIN. Se relevaron datos sobre demografía,antecedentes ginecológicos, hallazgos angiográficos, manejo terapéutico (según práctica habitual del centro) y evolución intrahospitalaria de pacientes ingresados a hemodinamia para la realización de una angiografía coronaria. Se realizaron comparaciones según el género y en las mujeres se estudiaron posibles asociaciones con variables relacionadas a la historia ginecológica.
Resultados: Entre julio 2010 y enero 2011 se incluyeron consecutivamente 317 pacientes: 103 mujeres (32.5%) y 214 hombres (67.5%). Los motivos de admisión no difirieron en ambos grupos. Las mujeres eran más añosas que los hombres (65.9±13.3 vs. 62.8±11.0, p=0.03) y tenían menor prevalencia de ex tabaquismo (24.3% vs. 47.2%, p=0.0001), infarto previo (14.6% vs. 28.9%, p=0.005) y revascularización previa (16.5% vs. 29.4%, p=0.01). No se observaron diferencias en la proporción de hipertensión, diabetes, dislipidemia, sobrepeso, antecedentes familiares de enfermedad coronaria, angina previa, insuficiencia renal crónica, enfermedad vascular periférica ni ACV previo. La edad promedio de menarca era de 12.8±1.4 años y la de menopausia (82.7%) de 48.3 ± 5.2 años; el 23.9% había recibido anticonceptivos orales y el 9.0% terapia de reemplazo hormonal. El 3.3% tenía historia de cáncer de mama, 3.3% de otras neoplasia ginecológicas, 8.1% de depresión post parto y 12.1% de abortos recurrentes. Si bien sin alcanzar la significación estadística, las mujeres diabéticas tenían más antecedentes de diabetes gestacional que las no diabéticas (8.7% vs. 1.6%) y más mujeres hipertensas referían haber padecido pre eclampsia o eclampsia comparadas con las no hipertensas (8.3% vs. 0%). El tratamiento médico previo al ingreso era similar en hombres y mujeres. La angiografía reveló mayor prevalencia de coronarias normales y enfermedad coronaria no significativa en las mujeres que en los hombres (27.2% vs. 12.6%, p=0.001 y 33.9% vs. 15.4%, p=0.0001) y este hallazgo, dentro de la población femenina se asoció al antecedente de depresión post parto (OR=6.4, IC95%=1.2-35.9, p=0.03) y de pre-eclampsia o eclampsia (OR=12.4, IC95%=1.4-111, p=0.03). No se observaron diferencias en la proporción de enfermedad de TCI y/o 3 vasos, como tampoco en el tratamiento farmacológico instituido, la tasa de angioplastia, el uso de DES y en la revascularización quirúrgica (aún al analizar solo aquellos con enfermedad coronaria significativa). La tasa de eventos intrahospitalaria fue baja y similar en hombres y mujeres: muerte (1.5% vs. 1.0%), infarto (1.5% vs. 2.0%), ACV (0%) y sangrado mayor (1.0%).
Conclusiones: Los resultados de esta cohorte, si bien pequeña, permiten hipotetizar que la historia ginecológica puede estar asociada al perfil de riesgo y los hallazgos angiográficos en las mujeres derivadas a hemodinamia. Si bien los hombres presentaron más frecuentemente enfermedad coronaria, no se encontraron diferencias significativas en el manejo terapéutico.

0040 - HABITOS ALIMENTARIOS RELACIONADOS CON EL DESAYUNO Y COMPARACIÓN DE SU CONTENIDO SEGÚN GRUPO ETARIO EN UNA POBLACIÓN ESCOLAR (PROGRAMA PREVECARDIO)

Dr. BARATTA, Sergio Juan | Dra. BUSTAMANTE, Julieta Maria | Dr. IACOMETTI, Gilbert M. | Dr. FERRONI, Fabian Edie | Dr. FERNANDEZ, Horacio Enrique | Dr. BONORINO, Jose Maria | Dr. TURRI, Domingo | Dr. HITA, Alejandro

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Objetivos: Evaluar los hábitos alimentarios relacionados con el desayuno y compararlo según grupo etario.

Materiales y Métodos: Estudio con diseño prospectivo, observacional y transversal. Se seleccionaron 28 colegios y se recolectaron 6313 encuestas (63% colegios públicos). Se dividió la muestra en 3 grupo (G1: ≤ 9 años (20,8%), G2: > 9 y <14 años (28,3%), G3 ≥ 14 años (50,9%) y se evaluó el porcentaje del tipo de ingesta líquida y sólida durante la semana .

Resultados: La edad promedio (DS) fue 13 +- 3,6años (42% hombres). Desayunaban 6-7 veces/semana (v/s) el 65,9%, 4-5 v/s 13,4%, 1-3 v/s 13,7% y nunca el 7%. Se observó menor tasa de desayuno en el grupo 3 (6-7 v/s: G1 79,6%, G2 74,3%, G3 55,6%, p<0,001). En relación a la ingesta de líquidos algún día de la semana, la prevalencia fue: leche 58,9%, mate 22,3%, café 24,4%, té 39,5%, mate cocido 28,4%, jugos 9,6%, yogurt 2,8%. En el grupo 1 fue más prevalente la ingesta de leche (73,5% p<0,001), de mate cocido (p<001), menos prevalente la de mate (p<0,001), café (p<0,001), té (p: 0,03). y sin diferencias en la de jugos (p:0,29). Con respecto a los sólidos, consumían facturas 23,3%, pan 65,2%, galletitas 62,2%, alfajores 11,2%, manteca 31,1%, dulces 32,2%, queso 13,8%, cereales (0,6%), tostadas (0,5%), fiambres 7,3%, frutas 15,6%. En el grupo 1 fue más prevalente la ingesta de pan (p<0,001), de galletitas (p<001), manteca (p<0,001), dulces (p<0,001), queso (p: 0,03), menor la de fiambres (p:0,002), sin diferencias en el consumo de facturas (p:0,43), alfajores (p:0,55), cereales (p:0,25), frutas (p:0,11) ni tostadas (p:0,06). Endulzaba con azúcar el 93,6% sin diferencias entre grupos (p:0,15). A media mañana comen golosinas el 16,9% y gaseosas 6,5%, siendo más frecuente en el grupo 3 (p<0,001). El uso de sal en la mesa en cualquiera de las comidas diurnas era de 48,5% siendo más frecuente en forma creciente en los grupos 2 y 3 (35,4%, 42,), 57%, p<0,001). No se observaron diferencias significativas entre el ingreso paterno, tener padre o madre con trabajo estable y la educación de los padres con la frecuencia del desayuno.

Conclusiones: Un alto porcentaje de la muestra no desayuna todos los días y la tasa es mayor en los alumnos mayores. La ingesta de lácteos en los grupos más jóvenes supera el 70%. Se observa un alto consumo de hidratos de carbono en general y bajo de cereales, jugos naturales y frutas. Si bien se observaron diferencias en el tipo de alimentación en los diferentes grupos etarios, el contenido del desayuno no cumplen con las guías alimentarías. Nuestro mensaje es que debemos empezar a educar desde la infancia e inmediatamente posterior a la lactancia.

0041 - CARACTERÍSTICAS Y DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD CARDIOVASCULAR DE 20 A 64 AÑOS, ARGENTINA, 2009

Dr. BOSSIO, Juan Carlos | Dr. ARIAS, Sergio | DEZAR, Gimena

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL - FACULTAD DE BIOQUÍMICA Y CIENCIAS BIOLÓGICAS

Objetivos: Describir la magnitud de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (ECV) de 20 a 64 años de Argentina en 2009 y las diferencias por edad, sexo causa, lugar de atención, atención médica recibida y jurisdicción de residencia.
Materiales y Métodos: Las muertes por ECV (Capítulo IX de la CIE-10) se obtuvieron de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación para 2009. Se calcularon tasas por 100.000 por grupos de edad y sexo utilizando estimaciones de población del INDEC y tasas ajustadas mediante el método directo. El análisis se realizó mediante razón de tasas por edad y sexo, comparación de proporciones por chi cuadrado y su intervalo de confianza del 95% y el índice de Gini para desigualdad entre jurisdicciones. Para la variación promedio de las tasas por edad se utilizó Regresión Lineal de los Logaritmos con intervalo de confianza del 95%.
Resultados: Las ECV son la principal causa de muerte en Argentina: 89.916 muertes en 2009 (32% del total de muertes). En población de 20 a 64 el peso fue menor: 16.801 muertes en 2009, 22,9%; y una tasa de 74,99 por 100.000. La tasa aumenta con la edad de 5,26 por 100.000 de 20 a 24 años a 370,51 de 60 a 64 años. El aumento promedio entre grupos quinquenales de edad fue 11,96% (IC 95% 10,96 - 12,97). Se observan diferencias por sexo, siendo mayor la mortalidad en varones (11.494, 68,4%) que en mujeres (5.290, 31,4%). La tasa en varones tiene un mayor aumento por edad que en mujeres. Las principales causas de muerte por ECV de 20 a 64 años fueron Otras formas de cardiopatía (I30-I52, CIE 10): 6.164 (36,7%), Enfermedades Cardíacas Isquémicas (I20-I25, CIE 10): 4.656 (27,7%) y Enfermedades Cerebrovasculares (I60-I69, CIE 10): 4.130 (24,58%). Las Otras formas de cardiopatía fluctúan con la edad descendiendo hasta los 40 a 44 años y aumentando posteriormente, las cardiopatías isquémicas aumentan con la edad y las enfermedades cerebrovasculares disminuyen con la edad entre los 20 y 64 años. El 60,2% de las muertes ocurrió en establecimientos de salud (públicos, 34,6%, y privados, 25,6%) y el 39,8% en otro lugar (domicilio, vía pública, hogar de ancianos, etc.) sin variaciones por edad. El 94,8% (11.593) tuvo atención médica, observándose un descenso a medida que aumenta la edad. La tasa cruda de 20 a 64 fue de 37,8 por 100.000 en Neuquén a 83,7 por 100.000 en provincia de Buenos Aires: razón de tasas de 2,21, el doble de riesgo de morir por estas causas. La desigualdad en la mortalidad presenta un índice que Gini de 0,077. El ajuste de las tasas por edad y sexo no mostró diferencias en el rango y la desigualdad pero modificó la posición relativa de algunas jurisdicciones.
Conclusiones: Las ECV son la principal causa de mortalidad general en el país y, entre las personas de edad productiva, producen una cantidad importante de defunciones. Las causas que producen la mayor mortalidad son las mismas de todas las edades, aunque el peso de las Isquémicas y las Cerebrovasculares es mayor. La mayoría de las muertes ocurren en establecimientos de salud, principalmente públicos, y un tercio son domiciliarias. La mayoría recibió atención médica pero esto varió con el local de ocurrencia.
Existen diferencias entre provincias y no se modifican al ajustar las tasas por edad y sexo, por lo que no son atribuibles a diferentes estructuras de población y podrían relacionarse con otros factores que sería importante analizar. Existen intervenciones para prevenir o retrasar la muerte por ECV de 20 a 64 años, y el estudio de la distribución y factores asociados a estas muertes será de utilidad para la toma de decisiones de salud pública que reduzcan la mortalidad.

0043 - ANALISIS COMPARATIVO ENTRE FIBRILACION AURICULAR Y ALETEO AURICULAR. REGISTRO NACIONAL DE FIBRILACIÓN Y ALETEO AURICULAR (RENAFA).

Dr. FITZ MAURICE, Mario Daniel | Dr. DI TOMMASO, Fernando Ariel | GENNA, Carina | SZEJNFELD, Mario | GONZALEZ, Silvia | FARINELLI, Carlos | TINETTI, Jorge | IGLESIAS, Ricardo

DISTRITOS REGIONALES SAC

Objetivos: Análisis comparativo de datos demográficos, comorbilidades y estrategias de manejo terapéutico, en una población no seleccionada de pacientes con FA o AA.
Materiales y Métodos: Se realizó análisis comparativo entre FA y AA, con datos de un registro prospectivo multicéntrico a nivel nacional desde agosto de 2010 a febrero de 2011, con datos provistos por médicos cardiólogos de los Distritos de la Sociedad Argentina de Cardiología, de pacientes con diagnóstico de FA o AA (Registro Nacional de Fibrilación Auricular o RENAFA). Se excluyeron los pacientes con FA de causa secundaria, FA postquirúrgica y FA o AA diagnosticados en los 3 meses previos a la inclusión. Se compararon las características entre estas dos arritmias.
Resultados: Se incluyeron consecutivamente 1052 pacientes: 959 (91.2%) con FA y 93 (8.8%) con AA; 31.5% internados y 68.5% ambulatorios. La edad en los pacientes con FA fue de 69.4 ± 13.3 años y de 63.2 ± 14.2 años con AA p=0.0001. El 69.6% de los pacientes con FA eran mayores de 65 años y el 34.2% mayores de 75 años, en los que presentan AA el 41.9% y 13.9% tenían mas de 65 y 75 años respectivamente (p=0.0001 en ambos); La cantidad de hombres, hipertensos, diabéticos, tabaquistas y ex–tabaquistas, no mostró diferencias estadísticas. No hubo diferencias al evaluar la función sistólica o la ausencia de cardiopatía. Tampoco en la presencia de valvulopatía (17.9% y 20.4% en FA y AA respectivamente; p=0.6). 8 pacientes con AA (9.2%) tenían miocardiopatía chagásica, y 23 FA (2.5%) (p=0.0001). La frecuencia cardíaca fue similar en ambos grupos (FA=89.3 ± 27.4 lpm, AA=84.6 ± 24.8 lpm; p=0.11). Las intervenciones previas planificadas se distribuyeron de la siguiente manera: a) Cardioversión farmacológica en los pacientes con FA se realizó en 272 (28.4%) y en 25 pacientes con AA (26.9%), p=0.8. b) Cardioversión eléctrica en 14 pacienes con FA (1.5%) y en 9 con AA (9.7%), p=<0.0001. c) Ablación con radiofrecuencia en 30 pacientes con FA (3.1%) y en 27 con AA (29.0%), p=<0.0001. La estrategia de control del ritmo fue más frecuente en el AA, 57 pacientes (61.3%), que en la FA, 404 pacientes (42.2%)(p=<0.0001). La estrategia control de la frecuencia cardíaca fue más frecuente en la FA, 554 pacientes (57.8%), que en el AA, 36 pacientes (38.7%) (p=<0.0001). El score CHADS2 0, 1 y 2 o más se observó en el 12.9%, en el 28.9% y en el 58.2% en los pacientes con FA y en 12.9%, en el 49.5% y en el 37.6% en los pacientes con AA. El análisis comparativo de anticoagulación entre estas dos arritmias se muestra en las siguientes tablas:

Conclusiones: Las características demográficas y comorbilidades de los pacientes incluidos en RENAFA son comparables entre FA y AA, con características tambien similares a las de otros estudios observacionales. Se incorporaron 10 pacientes con FA por cada uno con AA. Los pacientes con FA son de edad mas avanzada, independientemente del corte, >65 años o >75 años. La presencia de miocardiopatía chagásica es porcentualmente mayor en pacientes con AA, aunque la presencia de chagas es baja en ambos grupos. El control de la frecuencia cardiaca fue adecuada en ambos grupos. Se optó mayormente por control de la frecuencia cardíaca en la FA y por control del ritmo en el AA. La cardioversión eléctrica previa fue mas utilizada en el AA, pero el uso fue bajo en los dos grupos. Uno de cada tres AA tenía un intento frusto de ablación con radiofrecuencia. La anticoagulación en pacientes con CHADS2 de 2 o más fue menor en los pacientes con AA. En los pacientes sin contraindicaciones (CI) para anticoagulación, los cardiólogos anticoagulamos al 60% de los AA.

0042 - EVALUACIÓN DE BARRERAS PARA LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR E IMPLEMENTACIÓN DE LA GUÍA DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR DE LA OMS EN ARGENTINA

Dr. FERRANTE, Daniel Carlos | BRUNO, Linetzky | MACCHIA, Alejandro | VARINI, Sergio | NUL, Daniel | DOVAL, Hernan | GRANCELLI, Hugo | TAMBUSSI, Ana

FUNDACIÓN GESICA

Objetivos: 1) evaluar las barreras para una realización adecuada de una estratificación de riesgo cardiovascular y manejo de factores de riesgo en la atención primaria, 2) Implementar y evaluar el impacto de una intervención multidimencional para la mejora de la calidad en la prevención cardiovascular.
Materiales y Métodos: En 5 Centros de Atención Primaria de la Salud Publica (CAPS) se realizó un análisis de barreras para la prevención cardiovascular a través de entrevistas semiestructuradas de gestores de salud, médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud.. Las barreras se categorizaron en: 1) actitudinales (desmotivación, ausencia de registros clínicos, falta de articulación en el equipo de salud, 2) barreras externas (barreras de acceso, disponibilidad de recursos, priorización de condiciones agudas y aceptación por los pacientes, falta de oportunidades y tiempo para capacitación profesionales de la salud, 3) barreras de conocimiento: desconocimiento de las recomendaciones y dificultad en su acceso. Adaptado al tipo de barreras halladas, se diseñó una intervención multidimensional sobre: aspectos organizativos de los CAPS (historia clínica unificada, planillas turnos programados, planillas de registro de factores de riesgo y controles), detallado académico (capacitación personalizada y en el lugar de trabajo del equipo de salud), acceso a información y recordatorios para el equipo de salud, intervenciones hacia los pacientes, y auditoria y feedback. Se estimó la necesidad de obtener una muestra aleatorizada de pacientes mayores de 40 años previo a la intervención (n estimado 250), y otra muestra independiente luego de la intervención con el mismo tamaño muestral, para contar con un poder del 80% para encontrar diferencias en los indicadores de desempeño establecidos por la Guía. La Guía fue adoptada por el Ministerio de Salud de la Nación como lineamientos de prevención cardiovascular.
Resultados: Se realizaron en los 5 CAPS visitas académicas para abarcar las barreras de conocimiento, se instalaron recordatorios en consultorios e historias clínicas, se implementaron planillas de registro para afrontar las barreras actitudinales, se realizó feedback de resultados durante la implementación como incentivo, y se realizaron acciones de comunicación y la entrega de un carnet para cada paciente que requiriera luego de la estratificación de riesgo seguimientos adicionales. En la comparación pre (n=226)-post (=234), respectivamente se observaron los siguientes indicadores: rastreo y diagnóstico de diabetes 25.5% vs. 57.3%, p<0.001, preguntar sobre tabaquismo e intervención breve de cesación 20.4% vs. 56.1% p<,0.001 control del índice de masa corporal 11.3% vs. 41.3% p<0.001, control de presión arterial y seguimiento de recomendaciones según la guía 44.3% vs. 72.6% p<0.001, medición de colesterol y seguimiento de recomendaciones según la guía 20.7% vs. 49.7% p<0.001, estratificación de riesgo utilizando el riesgo absoluto cardiovascular: 0% vs. 45.1%, p<0.0001.
Conclusiones: A pesar que con esta experiencia no se evaluaron puntos finales clínicos, se implementaron diversas intervenciones para la implementación de una guía de prevención cardiovascular, cuando en nuestro medio habitualmente estas solo se difunden sin un protocolo de implementación, aspecto que ha limitado su impacto en la practica cotidiana. La línea de base muestra que en el primer nivel de atención publico de Argentina la prevención cardiovascular no esta instaurada, pero a través de esta intervención se logro mejorar indicadores de proceso relacionados ulteriormente con un mejor control de los factores de riesgo.

0044 - IMPLICANCIA CLINICA DE LA PRESION PULMONAR EN PERSONAS QUE VIVEN EN LA ALTURA

Dra. METTINI, Silvana | ELEIT, Guillermina | PAZ, Sebastian | FERNANDEZ, Agustin | ALLIN, Jorge | PIERONI, Pablo | LESCANO, Adrian | IGLESIAS, Ricardo

CONSEJO ARGENTINO DE RESIDENTES DE CARDIOLOGIA - FUNDACION CARDIOLOGICA ARGENTINA

Objetivos: Evaluar en personas que viven a 3000 snm, con distintos grados de presión sistólica de la arteria pulmonar (PPS), la presencia de disnea y otros parámetros objetivos como saturación transcutanea de O2 (sat) y espirometría (ESP), como asi también la presencia de alteración de la función sistólica de ventrículo derecho (FSVD).
Materiales y Métodos: Se trata de un estudio observacional, descriptivo, a 173 personas (p) que concurrieron al Hospital de Humahuaca, Jujuy (3000snm) para control médico el 22 y 23 de noviembre de 2011. Se interrogo al total de p sobre el antecedente de disnea. Se obtuvo sat por medio de saturómetro transcutáneo portátil a 163 p. Se realizo ESP con equipo portátil a todos las p, cuyo resultado fue informado por neumonólogos. Se realizo ecocardiograma con ecógrafo Sonosite, Micromax, con un transductor de 2,5 mhz. El valor de PPS se obtiene a través de la sumatoria del gradiente del reflujo tricuspideo y la presión de aurícula derecha (se excluyeron 12 personas con ausencia de reflujo tricuspideo o inadecuada determinación del jet); se dividieron las p en 3 grupos según si la PPS era <35 mmHg (PPS1), entre 36 y 49 mmHg (PPS2) y >50 mmHg (PPS3). También se determino la FSVD.

	PPS1	PPS2	PPS3	p
Disnea	35,3%	16,7%	16,7%	<0,04
Sat >95%	35,3%	31,5%	16,7%	NS
Sat >92	55,6%	60,2%	66,7%	NS
Sat <92%	38,2%	33,3%	33,3%	NS
ESP normal	20,6%*	39,8%*	27,8%	*<0,03
FSVD alterada	2,9%	0	16,7%	NS

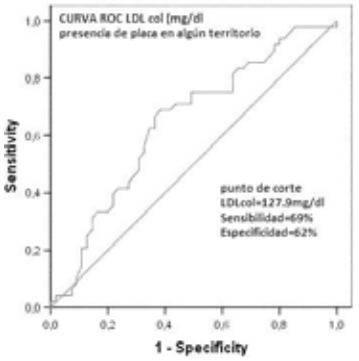
Conclusiones: Se encontró alta incidencia de personas asintomáticas, aun con PPS alterada (> 35 mmHg). En personas con alteraciones de la PPS se hallo alta incidencia de ESP normal. Encontramos baja incidencia de alteración de FSVD, aun con PPS aumentada.
Por todo esto, creemos que no existe una clara relación entre la presencia o no de PPS aumentada en personas que viven en la altura, y parámetros clínicos como disnea, saturación de O2 o espirometría anormal.

0045 - DEBIERA SER MÁS BAJO EL VALOR DE LDL COLESTEROL EN PREVENCIÓN PRIMARIA?

Dr. GIORGI, Mariano Anibal | CARNEVALINI, Mariana | MAUR, Romina | SAN MIGUEL, Lucas | GOIN, Ana | CASSO, Norberto | LAGOS, Roberto | COHEN ARAZI, Hernán

FLENI

Objetivos: según el ATPIII el valor recomendado como óptimo / cercano al óptimo para LDL colesterol es <130mg/dl en adultos en prevención primaria. Sin embargo, a pesar de cumplir estas metas, los pacientes (p.) con placas ateromatosas subclínicas (P), tendrían mayor riesgo y podrían requerir tratamiento farmacológico. El objetivo es determinar la prevalencia de placas, el valor de LDL que mejor se asocia a su presencia y definir que variables se relacionan con las mismas.
Materiales y Métodos: se incluyeron pacientes de 40 o más años sin antecedentes conocidos de enfermedad cardio o cerebrovascular, que concurrieron a la Unidad de Prevención de nuestro centro. Se realizó dosaje de lípidos plasmáticos (con 8 a 10 hs de ayuno entre las 8 y las 9 AM). Se determinó por curva ROC el valor de LDL con mejor sensibilidad(S) y especificidad (E) para presencia de placas evaluadas por ultrasonido en, al menos, un territorio (carotídeo, aorta abdominal o miembros inferiores). Se compararon las características de los p. con y sin placas.
Resultados: se incluyeron 103 p, edad media 49.2(±8.7) años, sexo femenino 35p(34%). 48p(46.6%)tenían P en algún terrirorio. La presencia de P se asoció a alto riesgo por Framingham Score [p=0.003;OR(IC95) 6.44(1.71-24.8)], dislipemia previa [p=0.0009;OR(IC95) 2.87(1.28-6.45)], mayor edad [56.3(±9.3) vs 43.1(±2.1); p=0.001], colesterol total [218.5(±32.7) vs 202.3(±37.9); p=0.028], LDL [140.53(±35.2) vs 124.1(±35.3); p=0.021]. Por curva ROC el valor de LDL que mejor se asoció con presencia de placas fue 127.9mg/dl (gráfico). Los p. con LDL>=127.9mg/dl tenían mayor prevalencia de placas en algún territorio [61.8% vs 29.2%; p=0.001;OR(IC95) 3.93(1.70-8.98)], a expensas del territorio carotídeo [47.3% vs 25%; p=0.01;OR(IC95) 2.69(1.16-6.23)], no habiéndose detectado diferencias en aorta abdominal ni miembros inferiores



Conclusiones: En nuestro estudio aproximadamente el 50% de la población estudiada tenía placas ateromatosas en algún territorio. El valor de LDL que mejor se asoció a presencia de placas (127.9 mg/dl) se encuentra dentro del límite recomendado en prevención primaria. La presencia de valores >= a 127.9 mg/dl de LDL se asocia con casi 4 veces más probabilidad de tener placa, especialmente en territorio carotídeo. Estos hallazgos podrían sugerir que el valor de LDL recomendado debiera ser reevaluado para incluir a estos pacientes con más riesgo.

0046 - EVOLUCION A LARGO PLAZO DEL DETERIORO COGNITIVO Y LA FUNCIONALIDAD EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR Y ADECUADO CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO.

Dra. ORTEGA, Fabiana Mònica | Dra. ZURRU, Maria Cristina | Dra. BRESCACIN, Laura Estela | Dra. ALONZO, Claudia Beatriz | Dra. BRIENZA, Silvina Edith | Dra. MARTÍNEZ, Rocío | CAMERA, Luis Alberto | Dr. WAISMAN, Gabriel Dario

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Evaluar el deterioro cognitivo y la funcionalidad en pacientes con ACV incluidos en un programa de mejora de la calidad para la prevención secundaria

Materiales y Métodos: Los pacientes incluidos en el programa PROTEGE-ACV fueron evaluados al mes y al año. La evaluación incluyó: identificación y control de los FRV, estado cognitivo(minimental test (MMT) ajustado por edad y años de educación y el test del reloj (TR), el cuestionario de Yesavage para depresión y escalas de funcionalidad (Barthel y Rankin modificado). Los pacientes con demencia o discapacidad severa (Rankin > 4) o expectativa de vida menor a tres años fueron excluidos.

Resultados: En marzo del 2010, 171 pacientes de 413 incluidos en el programa ,tenian 2 años de seguimiento . La edad promedio fue de 79±11 años, 52% mujeres. El perfil de FRV fue el siguiente: hipertensión arterial 87%, dislipidemia 88%, síndrome metabólico 50%, obesidad 50%, diabetes 17%, tabaquismo o ex tabaquismo 46%, antecedente de ACV o accidente isquémico transitorio (AIT) 26%, coronariopatía 15%, arteriopatía periférica 12%, fibrilación auricular 15% e insuficiencia renal crónica 10%. El grado de funcionalidad, deterioro cognitivo y depresión entre las evaluaciones realizadas al mes y al año del evento ver Tabla.

Variable	1 mes del ACV	1 año del ACV	P
Depresion	19%	9%	0.01
Escala de Rankin modificada	71%	87%	0.004
Barthel index > 60	80%	85%	0.01
DC por MMSE	13%	11%	0.3
TR patológico	36%	19%	0.004

Conclusiones: El TR fue más sensible en comparación con el MMT para la detección del deterioro cognitivo, esto se debe a que el compromiso de las funciones ejecutivas generalmente afectadas en el deterioro cognitivo vascular, pueden ser subestimadas por el MMT. Al año las funciones cognitivas, la depresión y la funcionalidad mejoraron El adecuado control de los FRV, el tratamiento antidepresivo y la rehabilitación pueden ser determinantes para disminuir la discapacidad.

0047 - UTILIDAD DE LOS ESTUDIOS DE PERFUSIÓN MIOCÁRDICA Y LA PRUEBA DEL FRIO PARA ESTRATIFICAR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS.

Dr. PAUTASSO, Enrique Jose | MARCON, Leopoldo | MARINI, Jorge | AIUB, Jorge | ALMIRON, Norberto | BOSCARO, Marcelo | RUBINICH, Alejandro | VIEYRA, Gustavo

CENTRO DE CARDIOLOGIA NUCLEAR

Objetivos: Existe en la literatura numerosos estudios que demuestran que los pacientes diabéticos tienen alta incidencia de eventos cardiovasculares. Sin embargo, no todos, padecen estas complicaciones.
Nuestro objetivo es identificar con los estudios de perfusión miocárdica y la prueba del frio la probabilidad que tienen los pacientes diabéticos de padecer eventos cardiovasculares. Para ello se realizo un seguimiento a 118 meses.

Materiales y Métodos: ingresaron 232 pacientes (p) diabéticos que fueron derivados a un servicio de medicina nuclear para realizar un estudio de perfusión miocárdica tomográfico (SPECT) y cuyo resultado ante el ejercicio reveló una captación uniforme del radiotrazador grupo I (142p) o una alteración de la captación que podía ser reversible o no grupo II (90p). Entre dos y cinco dias después se efectuó el test del frío a todos aquellos que pertenecían al grupo I observando un resultado negativo en 65p, (grupoIA) positivo en 64p (grupoIB) y en 13 no se realizo por intolerancia o reacción vagal. Se considero a la prueba del frio positivo cuando se observo una hipocaptación del radioisótopo en algún segmento que no existía en el estudio previo y negativo cuando no había cambios en la captación entre ambos estudios. El seguimiento promedio fue de 33 ±27 meses habiendo localizado el 88.8% de la población. En eventos se analizaron: mortalidad cardiaca, infarto de miocardio no fatal y procedimientos de revascularización cuando evolucionaba a angina inestable. La edad media fue de 63 +/- 10 años con una prevalencia del sexo masculino del 74,6%. Los factores de riesgo prevalecieron en la siguiente proporción: Antecedentes familiares 49.6%, Dislipidemia 83.4%, Hipertensión arterial 81.4%, Obesidad 37% (IMC>=30) y Tabaquista 11.2%. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de los factores de riesgo coronarios en los tres grupos excepto que el grupo II era más añoso y en el grupo IA había más mujeres. La prevalencia de los procedimientos de revascularización miocárdica previo y posteriores al estudio de perfusion fueron del 34,4% en el grupo II mientras que se observo solo el 7,75% en el grupo I (P<0.0001).

Resultados: A lo largo de los 118 meses se observó una sobrevida libre de eventos del 92% y del 69,2% en los grupos IA y IB respectivamente (P< 0.02). Los pacientes que pertenecen al Grupo II tuvieron una sobrevida libre de eventos intermedia (86.3%) probablemente porque este grupo fue mucho mas revascularizado, mostrando diferencia estadísticamente significativa únicamente con el grupo IB (P<0.03).

Conclusiones: Los pacientes diabéticos de mayor riesgo de evento cardiovascular en esta población fueron aquellos sin cardiopatía isquémica demostrada pero con disfunción endotelial evidenciada por el resultado positivo de la prueba del frio.
Los individuos del grupo IA tuvieron menor riesgo de evento cardiovascular.
Los pacientes que reflejaron una alteración de la perfusión miocárdica tuvieron un riesgo intermedio debido probablemente a un mayor procedimiento de revascularización miocárdica realizado.

0048 - ASOCIACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y LA DETECCIÓN DE ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA CAROTÍDEA

Dr. SINIAWSKI, Daniel Alberto | MASSON, Walter | VITA, Tomás | FERNANDEZ, Germán | DEL CASTILLO, Santiago | VALLE, Juan | KRAUSS, Juan | CAGIDE, Arturo

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: El incremento en el índice de masa corporal (IMC) se asocia con mayor incidencia y aparición temprana de enfermedad coronaria. El incremento en el espesor íntima media (EIM) carotídeo y el diagnostico de placa aterosclerótica carotídea (PAC) son puntos finales subrogados y predictores independientes de eventos coronarios. Los objetivos del estudio fueron comparar el EIM y la prevalencia de PAC entre sujetos con o sin sobrepeso u obesidad.

Materiales y Métodos: Se incluyeron individuos que se encontraban en una estrategia de prevención primaria. Se definió como sobrepeso a un IMC entre 25 y 29,9 kg/m2, y obesidad un IMC>=30 kg/m2. Se midió el EIM 1 cm antes de la bifurcación, en la bifurcación y 1 cm luego de la bifurcación mediante un eco-doppler carotídeo, tomando para este análisis el valor máximo hallado. Se diagnosticó PC cuando el EIM era >=1.5mm. Se efectuaron análisis uni y multivariados.

Resultados: Se incluyeron 410 pacientes (edad media: 48±11 años, hombres: 54%, tabaquistas 20%). Según el score de Framingham, el 79% de la población era de bajo riesgo. Los pacientes con sobrepeso y obesidad mostraron un mayor EIM (normopeso: 0.98±0.41mm; sobrepeso: 1.15±0.55mm; obesidad: 1,25±0.58 mm, p<0.005) y una mayor prevalencia de PAC (normopeso: 18%; sobrepeso: 30%; obesidad 41%, p<0.005) que los sujetos con normopeso. Independientemente del sexo, la edad, la prevalencia de tabaquismo, el nivel de colesterol total y de C-HDL, los pacientes con sobrepeso y obesidad tuvieron en promedio 0.14 y 0.22 mm más de EIM que los sujetos con normopeso (p<0.05). Ajustado por las mismas variables, el sobrepeso y la obesidad aumentan significativamente la chance de presentar PAC (sobrepeso: OR 1.98, IC95% 1.05-3.74; obesidad: OR 3.56, IC95% 1.68-7.39).

Conclusiones: En esta población en prevención primaria, el diagnóstico de sobrepeso u obesidad se asoció con incremento del EIM y mayor prevalencia de PC. Estos resultados refuerzan la necesidad de pesquisar ateroesclerosis subclínica e implementar estrategias de prevención más intensivas en sujetos con un IMC elevado.

0049 - VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO Y SU RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ADULTOS ASINTOMÁTICOS EN PREVENCIÓN PRIMARIA.

Dr. GIORGI, Mariano Anibal | MAUR, Romina | GOIN, Ana | MANGANIELLO, Cora | CASSO, Norberto | ZUK, Carlos | LAGOS, Roberto | COHEN ARAZI, Hernán

FLENI

Objetivos: la inflamación es uno de los determinantes de la fisiopatología de la aterosclerosis. Múltiples factores de riesgo (FDR) se han asociado a elevación de marcadores inflamatorios. El Volumen Plaquetario Medio (VPM) incrementado es un reconocido marcador de inflamación sistémica de baja / moderada inetnsidad (como ante la presencia de algunos FDR) mientras que el VPM reducido se observa en inflamación intensa (por ejemplo en el infarto). La relación del VPM con los FDR no es lineal. El objetivo de este trabajo es evaluar la relación entre VPM y FDR en adultos asintomáticos en prevención primaria

Materiales y Métodos: se incluyeron pacientes de ≥40 años sin antecedentes conocidos de enfermedad cardio o cerebrovascular, que concurrieron a la Unidad de Prevención de nuestro centro para evaluación de riesgo cardiovascular global. Se realizó medición de tensión arterial, dosaje en plasma (con 8 a 10 hs de ayuno entre las 8 y las 9 AM) lípidos plasmáticos, apolipoproteínas, glucemia. El VPM se midió con el contador SYSMEX-XS-1000i con valores normales de 8 a 12fl). Para evaluar la correlación entre FDR y VPM se calculó el coeficiente r de Pearson, la significación estadística y el r2. El riesgo global se calculó por los scores Europeo (para países de alto riesgo) (ESC), de Framingham (FRS), y OMS (países de región B de Las Américas).

Resultados: se incluyeron 103 p, edad media 49.2(±8.7) años, sexo femenino 35p(34%). El VPM medio fue 10.8(±1.3)fl. Sólo se observó correlación estadísticamente significativa negativa entre VPM con valores de LDLcolesterol, Colesterol Total y relación ApoB/ApoA1 (r=-0.28, -0.28 y -0.22) y positiva con valores de glucemia y TA sistólica (r=0.27 y 0.23). Los pacientes con alto riesgo estimado por los scores presentaron mayores valores de VPM comparados con aquellos con riesgo moderado o bajo [ESC:13.6(±2.2) vs 10.8(±1.2), p=0.003; FRS: 11.9(±1.6) vs 10.7(±1.2), p=0.0001; OMS: 12.8(±1.9) vs 10.7(±1.2), p=0.001]. La presencia de placa en, al menos un territorio vascular, no se asoció a incremento en el VPM.

Conclusiones: la correlación observada condice con lo reportado en la literatura. La hipercolesterolemia y la presencia de placas ateromatosas no presentan una relación directa con el VPM. El VPM se correlaciona con la TAS y la glucemia, reflejando el efecto inflamatorio crónico de bajo grado de estas variables sobre las plaquetas. Asimismo, el VPM es significativamente mayor en las categorías de alto riesgo de los scores utilizados. El valor del VPM como marcador de riesgo debe ser evaluado a mayor escala.

0050 - ESTEATOSIS HEPÁTICA NO ALCOHÓLICA Y SU ASOCIACIÓN CON EL SÍNDROME METABÓLICO.

Dr. STAMPONE, Gustavo | LYNCH, Santiago | ESTOFAN, Mariano | PEYRANO, Joaquin | DE LA MATA, Luis | DOS SANTOS, Alfonso | RODRIGUEZ ACUÑA, María Isabel | GABE, Eduardo

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: Evaluar asociación entre esteatosis hepática no alcohólica y síndrome metabólico.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó 1655 pacientes (p) supuestamente sanos, mayores de 40 años, que concurrieron durante el año 2009 a un centro de prevención. Se evaluó la presencia de esteatosis hepática mediante ecografía abdominal, y se descarto la ingesta de alcohol mediante interrogatorio en la consulta. Se evaluaron presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRC) y síndrome metabólico (SM) según la definición de la asociación americana de endocrinología (AACE). Las variables continuas se expresan por media [desvió estándar (SD)] y compararon mediante prueba de Suma de Rango de Wilcoxon. Las variables categóricas se expresaron por porcentaje y se compararon mediante Chi 2 (corrección Yates) o Exacta de Fisher. La variables con diferencias significativas (p <0,05) se incluyeron en un modelo multivariado por regresión logística escalonada hacia atrás, se forzaron la edad y el sexo dentro del modelo.

Resultados: Se incluyeron 1655 p, edad 47 años (RI: 43-54), sexo masculino 1033 p (62,4 %). Presentaron EHNA 576 p (34,8 %), siendo de grado severo en 68 p (4%). En el análisis univariado la asociación con SM fue significativa. También fueron significativas las asociaciones con índice de masa corporal (IMC) , el peso, sexo masculino, edad, glucemia en ayunas alterada, nivel HDL, nivel de triglicéridos y antecedente de hipertensión arterial (HTA). Se encontró asociación con el habito tabáquico en el pasado pero no con el actual. Mediante el modelo multivariado se encontró asociación independiente entre EHNA y niveles de glucemia (p 0,003 OR 1,017 IC 1,006 – 1,028), IMC elevado (p <0,001 OR 1,22 IC 1,16 – 1,29), hipertrigliceridemia (p 0,001 OR 1,22 IC 1,16 – 1,29) y el sexo masculino (p <0,001 OR 2,93 IC 2,07 – 4,15). Si se seleccionan solo aquellos con EHNA severa se asocian a niveles de HDL bajos (p 0,011 OR 0,95 IC 0,92 – 0,99) e IMC elevado (p <0,001 OR1,17 IC 1,09 – 1,25).

Conclusiones: No hallamos asociación independiente entre la EHNA y la presencia de SM, sí la encontramos con los niveles de glucemia, HDL y triglicéridos, el IMC, y el sexo masculino.

0051 - UTILIDAD DE LA MEDICIÓN DEL SCORE DE CALCIO CORONARIO PARA CATEGORIZAR EL RIESGO EN SUJETOS SIN ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES. INFORME PRELIMINAR.

Dr. MASSON JUAREZ, Walter Mauricio | SINIAWSKI, Daniel | KRAUSS, Juan | CAGIDE, Arturo

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Los scores tradicionales generan incertidumbre en la selección de estrategias preventivas en poblaciones de bajo o moderado riesgo. La medición del score de calcio coronario (SCC) es un predictor independiente de eventos coronarios. Recientemente se ha diseñado una función de riesgo ajustada por el valor de SCC. El objetivo de este estudio es analizar la aplicabilidad clínica de esta nueva función en una población en plan de prevención primaria.

Materiales y Métodos: Se determinó el SCC por tomografía computada de 64 pistas en una población sin antecedentes cardiovasculares. Se calculó el riesgo coronario a 10 años mediante el score de Framingham (SF). Se estimó la edad vascular según el SCC y el SF ajustado por la edad vascular (SFca). Para tal fin se utilizaron las fórmulas disponibles en el sitio web del estudio MESA (Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis). Se calcularon las diferencias entre la edad cronológica y la edad vascular (delta_edad) y entre el SF y el SFca (delta_F). Se analizó la concordancia entre ambos scores para clasificar a los pacientes como de alto o “no alto” riesgo.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes consecutivos (58+/-9 años, índice de masa corporal 27,5+/-4,5, 53% mujeres, tabaquistas 9%, tratamiento antihipertensivo 46%, estatinas 33%, diabetes 10%). El SCC medio fue 168+/-406 (mediana 7), la edad vascular 61+/-18 años, el delta_edad 2.7+/-15 años, el SF 7.4+/-6.5% y el SFca 12+/-11%. El 7% y 35% de la población fue categorizada como de riesgo alto mediante el SF o el SFca respectivamente. La concordancia entre el SF y el SFca fue pobre (kappa 0.16). El SFca reclasificó el 39% de la población, observándose el impacto más elevado en grupo de riesgo intermedio en el que se reclasificó el 75% de la población (62% a la categoría de alto riesgo y 13% a la categoría de bajo riesgo).

Conclusiones: En esta población en plan de prevención primaria la concordancia entre el SF y el SFca para clasificar a los individuos como de alto o no alto riesgo fue pobre. El SFca reclasificó un gran número de pacientes, principalmente en el grupo de riesgo intermedio. En sujetos que a pesar de ser portadores de factores de riesgo coronario son categorizados como de bajo o moderado riesgo por el SF, la utilización del SFca podría agregar información pronostica.

0052 - DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN MODELO DE DECISIÓN MÉDICA DE ESTRATEGIA INVASIVA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN ST

Dr. DE ABREU, Maximiliano | SILBERSTEIN, Alejandro | MARIANI, Javier | GAGLIARDI, Juan | DOVAL, Hernán | TAJER, Carlos

GEDIC

Objetivos: Existe discrepancia entre el riesgo estimado por los scores convencionales al ingreso y la decisión de estrategia invasiva inicial (EI) en pacientes con síndrome coronario agudo sin ST elevado (SCA-noSTE). Varios registros muestran escasa asociación, e incluso relación inversa entre el riesgo inicial y la indicación de cateterismo cardíaco y procedimientos de revascularización. El objetivo del estudio es determinar los criterios utilizados para la decisión de EI en pacientes con SCA-noSTE en el mundo real y compararlos con la conformación del TIMI Risk Score (TRS).
Materiales y Métodos: Se analizaron pacientes ingresados consecutivamente a un registro nacional de 49 unidades coronarias, con diagnóstico de SCA-noSTE. Los primeros pacientes incorporados conformaron la cohorte de desarrollo de un modelo de decisión médica, y los siguientes conformaron la cohorte de validación de dicho modelo. El mismo se constituyó por variables clínicas, serológicas, estructurales y de evolución, asociadas significativamente con la decisión de EI por análisis de regresión logística. Se realizaron curvas ROC para evaluar la asociación entre este modelo y el TRS con la EI, y se compararon ambas curvas estadísticamente. Se evaluó cualitativamente la conformación de ambos modelos (decisión clínica vs. TRS) para determinar que variables justifican la diferencia de asociación con EI.
Resultados: Se incluyeron 3187 pacientes, 1396 (2005-2007) en la cohorte de desarrollo y 1791 (2008-2010) en la de validación. Edad: 63 años (IIC 54-73), hombres 70,6%. Se indicó EI al 53,2% de los pacientes en la cohorte de desarrollo y 52% en la de validación. Se asociaron significativamente con EI en el análisis multivariado: en forma negativa la edad (OR 0,98/año, IC 95% 0,98 a 0,99; p=0,001), insuficiencia cardíaca previa (OR 0,40, IC 95% 0,24 a 0,67; p<0,001), y cirugía de revascularización miocárdica previa (OR 0,65, IC 95% 0,45 a 0,96; p=0,03), y en forma positiva: angioplastia previa (OR 1,6, IC 95% 1,21 a 2,19; p=0,001), hipercolesterolemia (OR 1,4; IC 95% 1,09 a 1,71; p<0,01), cambios ST (OR 1,49, IC 95% 1,16 a 1,92; p<0,01), marcadores elevados (OR 1,42, IC 95% 1,11 a 1,82; p<0,01), recurrencia anginosa (OR 3,45, IC 95% 2,32 a 5,14, p<0,0001), y disponibilidad de hemodinamia en el centro (OR 1,7, IC 95% 1,33 a 2,16; p<0,0001). El área bajo la curva ROC del modelo de decisión médica para predecir EI fue 0,68 vs. 0,55 del TRS; p<0,0001 en la cohorte de desarrollo y 0,68 vs. 0,58, respectivamente, en la de validación; p<0,0001. Un análisis considerando sólo las instituciones con laboratorio de hemodinamia arrojó similares resultados.
Conclusiones: El TRS mostró una baja predicción de estrategia invasiva, superada por el modelo clínico desarrollado y validado. Las variables no incorporadas en el TRS que conformaron el modelo (variables de evolución clínica, respuesta al tratamiento y estructurales, como la disponibilidad de laboratorio de hemodinamia) y en particular la relación inversa entre estrategia invasiva con la edad pueden justificar en parte la falta de asociación entre los scores de riesgo y la indicación de EI. Contra las afirmaciones habituales en la literatura, esta discrepancia entre scores y conducta no indica necesariamente fallas en la conducta médica sino limitaciones en la concepción clínica del score.

0053 - EXPERIENCIA A 1 AÑO DEL PROGRAMA DE TELEMEDICINA EN UNA RED DE HOSPITALES PARA EL TRATAMIENTO DEL INFARTO.

Dr. SILBERSTEIN, Mario Alejandro | MARIANI, Javier | DE ABREU, Maximiliano | GURIDI, Cristian | VILLAMONTE, Gabriel | COGNINI, Luciano | CORNELI, Mariana | TAJER, Carlos

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EL CRUCE

Objetivos: En la red de cinco hospitales vinculados al Hospital El Cruce de alta complejidad no se cuenta con cardiólogos de guardia, y hemos observado dificultades en el diagnóstico precoz de los cuadros coronarios agudos.

Materiales y Métodos: Se instalaron a partir de julio del 2010 equipos de telemedicina desarrollados localmente con equipos basados en PC y un software específico, en los Hospitales Evita de Berazategui, Oñativia de Almirante Brown, Iriarte de Quilmes, Melendez de Almirante Brown, Unidad Sabato de Berazategui, Hospital Oller de Quilmes, Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela y Centro Don Orione de la provincia de Bs. As, funcionando activamente en 5 centros hasta la fecha. El ECG es efectuado en una PC del centro periférico y se envía por web al Hospital el cruce junto a una planilla con los datos clínicos, generando por software una alarma en Unidad Coronaria, donde el cardiólogo interpreta el cuadro y se comunica con el centro dentro de los 10 minutos por la web o por contacto telefonico.

Resultados: Se recibieron un total de 326 trazados electrocardiograficos, que corresponden a 179 pacientes, 112 estudios patologicos (62,6%), 51 con supradesnivel del ST, 33 con otros cambios isquémicos, 28 con cuadros arritmicos (Fibrilacion Auricular, Taquicardia ventricular, Bloqueo Auriculoventricular completo) y 66estudios normales.
Se derivaron al hospital 40 pacientes (22,3%), 32 con supraST y 8 sin supraST, para la realización de procedimientos de revascularización.

Conclusiones: El sistema de telemedicina evaluado en su etapa inicial en una red de hospitales públicos demostró su factibilidad como apoyo a las guardias y sistemas de emergencia permitiendo un aporte para el diagnóstico precoz, con equipos de bajo costo y la colaboración de médicos durante sus guardias. En esta segunda etapa se corregirán los inconvenientes surgidos y se trabajara para mejorar la rapidez en el diagnostico mediante algoritmos que serán desarrollados en forma conjunta con los centros lo que permitirá que el paciente sea diagnosticado y tratado mas prontamente en el centro o derivado a otro centro de mayor complejidad de forma inmediata.

0054 - RELACION ENTRE EL NIVEL EDUCATIVO Y EL INFARTO DE MIOCARDIO

Dr. ROSENDE, Andres | Dr. FAILO, Matias | PEREZ, Gonzalo Emanuel | GONZALEZ, Nicolás | COSTABEL, Juan Pablo | BORRACCETTI, Mariela | GARCIA, Pablo | IGLESIAS, Ricardo Mario

CONSEJO ARGENTINO DE RESIDENTES DE CARDIOLOGIA

Objetivos: Determinar si el nivel educativo del paciente se asocia con peor evolución intrahospitalaria en el contexto del infarto agudo de miocardio (IAM).

Materiales y Métodos: Estudio observacional, de cohorte prospectivo, multicéntrico. Se incluyeron 1181 pacientes con diagnóstico de IAM ingresados a unidad coronaria de centros de Argentina con residencia médica, desde diciembre de 2009 hasta agosto de 2010. Se realizó un seguimiento hasta el alta hospitalaria (promedio=6.8 días). Se distribuyó la muestra en dos grupos según tuviesen nivel educativo básico (primario o ninguna escolaridad; n=487) o avanzado (secundario o universitario; n=695). Se valoraron en cada grupo los factores de riesgo, los antecedentes cardiovasculares, el tiempo de retraso hasta la consulta, el porcentaje de métodos de reperfusión implementados con sus tiempos y la mortalidad intrahospitalaria. Se utilizaron el test de Chi cuadrado y el test de Student, dependiendo de la variable considerada. Se estableció como diferencia estadísticamente significativa un valor de p<0.05.

Resultados: Los pacientes con nivel educativo azanzado fueron más jóvenes y tuvieron mayor prevalencia de sexo masculino,dislipemia, tabaquismo y factores psicosociales en forma significativa. El grupo de pacientes con nivel educativo básico tuvo mayor prevalencia de diabetes y un tiempo mayor de demora hasta la consulta con una tasa de complicaciones intrahospitalarias mayor, en forma estadísticamente significativa. Se observó una tendencia no significativa de mayor mortalidad (ver Tabla)

Variables	Nivel básico (n=487)	Nivel avanz. (n=695)	p
Edad (años)	66.3 (+/-12.0)	61.1 (+/-12.8)	0.02
Hombres	68.6% (334)	80.1% (557)	0.000
Dislipemia	51.9% (253)	58.3% (405)	0.03
Tabaquismo	60.6% (295)	66.2% (460)	0.04
Hipertensión	69.2% (337)	67.8% (471)	0.60
Diabetes 2	26.3% (128)	20.1% (140)	0.01
Sedentarismo	52.1% (254)	49.3% (343)	0.34
Fact. Psicosociales	24.8% (121)	30.6% (213)	0.03
Antecedentes CV	44.3% (216)	40.1% (279)	0.14
Inicio dol/cons (hs.)	12,3	6,1	0.001
Reperfusión	49.7% (242)	51.4% (357)	0.57
Puerta/Aguja	58	53	0.33
Puerta/Balón	125	112	0.06
Alguna complicación	39.0% (190)	31.0% (216)	0.004
Muerte	9.0% (44)	6.5% (45)	0.10

Conclusiones: El nivel educativo de la población es un determinante fundamental en la evolución de los IAM ya que quedó establecida una fuerte asociación entre el tiempo de inicio del dolor y la consulta y a una mayor tasa de complicaciones. A su vez, se observó una tendencia no significativa a mayor mortalidad en este subgrupo.

0055 - INDICE LEUCO-GLUCEMICO EN LA ESTRATIFICACION TEMPRANA DEL RIESGO EN LOS SINDROMES CORONARIOS AGUDOS SIN ELEVACION DEL SEGMENTE ST

Dr. ZAPATA, Gerardo | CHICHIZOLA, Nicolas | TABORRA, Sebatian | ESCALANTE, Juan Pablo | Dr. HOMINAL, Miguel

ICR - INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE ROSARIO SA

Objetivos: Evaluar la utilidad del índice leuco-glecémico (ILG) como predictor de eventos cardiovasculares a corto plazo en pacientes no diabéticos con síndrome coronario agudo sin elevación persistente del segmento ST (SCASST).

Materiales y Métodos: Se incluyeron todos los pacientes no diabéticos ingresados con SCASST desde enero de 2001 hasta octubre de 2010. Se calculó a todos el ILG, a partir de un laboratorio al ingreso, multiplicando la glicemia (mg/dl) por el recuento leucocitario (GB/1000). Se identifico el punto de corte de mayor sensibilidad/especificidad para eventos cardiacos combinados, mediante análisis del área bajo la curva ROC, calculado en mayor a 1176 (S=63, E=80). Utilizando este punto de corte se dividió la población en dos grupos (Grupo I: ILG bajo; Grupo II: ILG alto). Se analizaron las características de las poblaciones y los eventos a 30 días(IAM, muerte y necesidad de revascularización). Se realizó un analisis multivariado para determinar la independencia de las variables con los eventos. Programa para análisis de datos PAWS Statictics 18.

Resultados: N= 743 pacientes, de ellos el 76,5% (n=562) fueron asignados al grupo I y el 24,4% (n=181) al grupo II. Sexo masculino (GI 70,6% vs. GII 82,3%; p=0,002), con edad media de 63,12 ± 12 (43,1% mayores de 65 años) sin diferencias entre grupos. Alteraciones del ST por ECG de ingreso GI 26,2% vs. GII 31,5%; p=0. 16) y troponina T positiva GI 46,4% vs. GII 63,5%; p< a 0,0001). Sin diferencias en factores de riesgo. Se evaluaron los pacientes mediante cinecoronariografía: GI 68,5% vs. GII 70,2%. Sin diferencias en la función ventricular sistólica por ECO en ambos grupos. Eventos cardiovasculares: IAM GI 4,1% vs. GII 21,5%; p<0,0001, muerte en 1,3% (GI 0,5% vs. GII 3,9%; p=0,001) y eventos combinados en 9,4% (GI 4,6% vs. GII 24,3%; p<0,0001). Se realizó análisis multivariado, despejando las variable troponina T positiva e ILG alto como predictoras de eventos cardiovasculares intrahospitalarios independientes.

Conclusiones: El ILG puede constituirse una herramienta simple, útil, de bajo costo y con disposición universal para estratificar precozmente el riesgo, en pacientes con SCASST. Un ILG elevado demostró ser predictor independiente de eventos cardiovasculares tempranos.

0056 - ASOCIACIÓN ENTRE MARCADORES SEROLÓGICOS Y DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA EN PACIENTES CON INFARTO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST.

Dr. DE ABREU, Maximiliano | MARIANI, Javier | GURIDI, Cristian | REYES, Graciela | GASTALDELLO, Natalio | POTITO, Mauricio | GONZALEZ VILLA MONTE, Gabriel | TAJER, Carlos

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EL CRUCE

Objetivos: Existe un grupo de marcadores serológicos que se asocian con peor pronóstico clínico en pacientes con infarto con elevación del segmento ST (IAM ST). Sin embargo, fue menos estudiada la asociación existente entre estos marcadores y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). El objetivo de este estudio es evaluar la asociación existente entre los marcadores serológicos y la FEVI en pacientes con IAM ST.

Materiales y Métodos: Diseño prospectivo, observacional, unicéntrico. Se analizaron todos los pacientes ingresados a la unidad coronaria de un hospital de derivación de alta complejidad con diagnóstico de IAM ST. Se dosaron marcadores serológicos de daño miocárdico, de inflamación o metabólicos al ingreso (leucocitos, glucemia, creatininemia, BNP, troponina al ingreso, CPK al ingreso, CPK MB al ingreso, CPK pico y CPK MB pico), y se correlacionaron mediante regresión lineal simple y múltiple con la FEVI evaluada por ecocardiografía (método de Simpson biplano) en las primeras 24 horas de internación. Se evaluó mediante regresión logística la asociación de dichos marcadores con la FEVI independientemente de la presencia de otros marcadores clínicos.

Resultados: Se incorporaron en el análisis 108 pacientes, internados entre agosto de 2009 y marzo de 2011. Mediana de edad 60 años (IIC 53-64), hombres 86,1%. Mediana de FEVI 48% (IIC 41-57). En el análisis de regresión lineal simple, el BNP (p=0,001), el valor pico de CPK (p=0,002), el recuento leucocitario (p= 0,009), la glucemia (p=0,039) y la creatininemia (p=0,009) se correlacionaron inversamente y de manera significativa con la FEVI. No mostraron asociación con la FEVI el valor de troponina al ingreso, CPK al ingreso y CPK MB al ingreso, y el valor pico de CPK MB, aunque este último presentó una tendencia no significativa (p=0,08). En el análisis de regresión lineal múltiple, sólo el BNP (p=0,001) y la CPK pico (p=0,007) presentaron correlación con la FEVI.
En el análisis de regresión logística, el BNP (OR 1,6 por cuartilo, IC 95% 1,1 a 2,4; p=0,02) y el valor pico de CPK (OR 1,5 por cuartilo, IC 95% 1 a 2,3; p=0,04) se asociaron significativamente con un valor de FEVI menor a 50%, de manera independiente a otras variables clínicas asociadas con disfunción ventricular.

Conclusiones: En la etapa aguda del IAM ST, el dosaje de BNP al ingreso y el valor de CPK pico mostraron una asociación significativa con el grado de disfunción ventricular izquierda. Esta asociación fue independiente de la presencia de marcadores clínicos determinantes de disfunción ventricular.

0057 - IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EN LA EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST

Dr. GONZALEZ, Nicolas | MATTA, Maria Gabriela | ROLANDI, Florencia | CARRERO, Maria Celeste | TORRES BIANQUI, Carolina | PERALTA, Sebastian | CAGIDE, Arturo | NAVARRO ESTRADA, Jose Luis

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Analizar los resultados en el tratamiento del síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCAEST) en un registro monocéntrico realizado en dos etapas separadas por una intervención.

Materiales y Métodos: Se realizó un registro de 2 cohortes de pacientes consecutivos con SCAEST admitidos en la unidad coronaria de un centro polivalente. La primera cohorte (CI) incluyó 282 pacientes desde Enero de 2006 a Enero de 2008, y la segunda cohorte (CII) 117 pacientes de julio de 2008 a diciembre de 2009. Se realizó un seguimiento presencial durante 6 meses y se compararon los resultados.
Se consideró intervención al ajuste estricto a las guías actuales y mejoría de la logística interna en el tratamiento de los pacientes con SCAEST.

Resultados: No hubo diferencias basales entre las distintas poblaciones. Las diferencias entre las estrategias de reperfusión utilizadas se observan en la Tabla 1. La principal complicación intrahospitalaria fue la insuficiencia cardíaca, 30% en la CI y 26,5% en la CII (p=0.38). La mortalidad fue de 5,7% (CI) y 6% (CII) (p=ns). Se evidenció menor incidencia de infarto o recurrencia isquémica, 13,8% (CI) vs 4,2% (CII) (p=0,005). Al alta se observó en la CII una mayor utilización de clopidogrel, betabloqueantes y estatinas superando el 98% de los pacientes, con una diferencia significativa entre ambas cohortes (p<0,01).
A los 6 meses se observó en la CII una menor incidencia de síndromes coronarios agudos, 15,5% vs 5,7% (p= 0.01) y mayor tasa de revascularización programada, 6,4% vs 14% (p=0,02). Sin embargo, no hubo diferencias en la mortalidad, 4,3% (CI) vs 2,8% (CII) (p=0,49).

TABLA 1 - Estrategias de reperfusion

	IAMST: n = 282 no (%)	IAMST: n = 117 no (%)	p
ANGIOPLASTIA PRIMARIA	155 (55)	86 (73.5)	0.0006
TROMBOLÍTICOS	30 (10.6)	17 (14.5)	NS
Trombolítico solo	17 (6)	1 (0.9)	0.0234
Angioplastia de rescate	13 (4.6)	13 (11.1)	0.0166
Angioplastia fármaco-invasiva	0 (0)	3 (2.5)	0.0070
NO REPERFUSIÓN DE EMERGENCIA	97 (34.4)	14 (12)	<0.0001
Angioplastia electiva	28 (10)	13 (11.1)	NS
Tratamiento médico	69 (24.4)	1 (0.9)	<0.0001
TOTAL DE ANGIOPLASTÍA	196 (69.5)	115 (98)	<0.0001

Conclusiones: El cambio en la estrategia de reperfusión indujo una reducción significativa en el número de pacientes no tratados, y una disminución del número de eventos isquémicos agudos y alejados. Sin embargo, no se observaron diferencias de mortalidad entre ambas cohortes.

0058 - IMPACTO A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO DIURÉTICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Dra. GAMBARTE, Maria Jimena | COMIGNANI, Pablo Dino | HIGA, Claudio | DONATO, Maria Sol | CIAMBRONE, Graciana | LAFFAYE, Nicolas | NOVO, Fedor | RIZZO, Natalia

HOSPITAL ALEMAN

Objetivos: Evaluar el impacto del tratamiento diurético a largo plazo en pacientes internados por insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) en la unidad cerrada de un hospital de comunidad durante el período 2000- 2010.

Materiales y Métodos: Se evaluarán pacientes que ingresaron consecutivamente por ICD en área cerrada de nuestro hospital de comunidad. Se analizaron datos completos de su internación y del seguimiento a largo plazo. Las variables continuas se expresaron según su distribución como media ± DS o mediana en rango de IC 25 – 75. Se construyó un score de propensión para el uso de diuréticos (de asa y/o tiazidícos) a largo plazo, en base a la edad, sexo, NYHA, fracción de eyección de ventrículo izquierdo (Fey) y diámetro de fin de diástole de ventrículo izquierdo (DFDVI).Se agrupó a la población en tercilos según el score de propensión al tratamiento diurético, desde el menor (tercilo 1) al de mayor score de propensión (tercilo 3). Se evaluó el impacto del tratamiento diurético sostenido (a largo plazo) en la mortalidad en cada tercilo.

Resultados: Se analizaron 171 pacientes (pts), 49% fueron mujeres y la edad media fue 78.5±10 años. La media de seguimiento fue de 30± 27 meses No hubo diferencias significativas basales entre los tratados y no tratados con diuréticos dentro de cada tercilo. Los pts del tercilo 1 respecto al tercilo 3 tenían significativamente mayor Fey (63% vs 33%, p < 0.0001), menor DFDVI (46 mm vs 67 mm, p < 0.0001), mayor edad (83 vs 77 años, p < 0.0001) y mayor proporción de mujeres (63% vs 33%, p < 0.0001). La prevalencia del tratamiento diurético fue de 50%, 60% y 90% en el tercilo 1, 2 y 3 respectivamente, p < 0.001. Según el análisis por Log Rank Test, no hubo diferencias significativas respecto a mortalidad total entre los tratados con diuréticos y los que no lo fueron en los tercilos 2 y 3, hallando un aumento significativo de la mortalidad en aquellos tratados con diuréticos dentro del tercilo 1: OR 2.8 (IC 95% 1.9-8.3), p = 0.02.

Conclusiones: En nuestra población de pts con ICD, aquellos representados por el tercilo 1 (añosos, de sexo femenino, con DFDVI conservado y Fey de VI preservada) tendrían una mayor mortalidad con el tratamiento diurético (de asa-tiazídicos) a largo plazo. Esta observación puede constituir una hipótesis a demostrar en forma prospectiva.

0059 - RESULTADOS DE LA CIRUGÍA DE RECONSTRUCCION VENTRICULAR EN UN CENTRO ESPECIALIZADO

Dr. LALOR, Nicolas | ACOSTA, Adriana | BENZADON, Mariano | PICCININI, Fernando | VRANCIC, Mariano | VACCARINO, Guillermo | THIERER, Jorge | NAVIA, Daniel

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA) - SANATORIO ANCHORENA

Objetivos: Describir los resultados en el perioperatorio y a largo plazo de la cirugía de reconstrucción ventricular (CRV) en nuestro centro

Materiales y Métodos: De 271 pacientes (P) con deterioro severo de la función ventricular (fracción de eyección de ventrículo izquierdo < 35%) sometidos a cirugía de revascularización miocárdica entre 2000-2010, en 33 se realizó CRV. Se presentan datos de mortalidad perioperatoria y alejada, función y diámetros ventriculares y calidad de vida por Índice de actividad de Duke. Las variables cuantitativas se presentan como mediana y rango intercuartilo (RIC)

Variables	Preoperatorio	Posoperatorio	Valor p
VFS (ml)	163 (146- 200)	108 (83- 129)	< 0,001
VFS/ m2	93 (77- 100)	55 (44- 66)	< 0,001
VFD (ml)	240 (218- 274)	167 (128- 198)	< 0,001
VFD/ m2	125 (113- 135)	83 (61- 97)	< 0,001
Fey (%)	25 (17- 30)	35 (30- 40)	< 0,001

Conclusiones: En nuestro centro la CRV presentó una mortalidad perioperatoria aceptable con buena sobrevida y adecuada calidad de vida a largo plazo, con significativa disminución de los volúmenes ventriculares y mejoría de la fracción de eyección. Se debe considerar esta estrategia como un tratamiento posible en pacientes con mala función ventricular refractarios al tratamiento médico.

0060 - SÍNDROME CARDIORRENAL COMO PREDICTOR DE MALA EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES AÑOSOS INTERNADOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Dr. CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustin | Dr. FRANCHI, Victor Marcelo de Jesus | ALVAREZ, Sabrina | FORCINITO, Daniela | TREJO, Graciela | MONTEROS, Ariel | MACHADO, Rogelio | DIZEO, Claudio

UNIDAD ASISTENCIAL DR. CESAR MILSTEIN (Ex Hospital Francés)

Objetivos: Evaluar si la presencia de síndrome cardiorrenal al ingreso es un factor pronóstico de mala evolución intrahospitalaria (MEIH) en pacientes añosos internados por insuficiencia cardíaca.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma retrospectiva los pacientes (pt) de una población añosa internados desde junio 2009 a marzo 2011 en Unidad Coronaria con diagnóstico de insuficiencia cardíaca. Se separaron en 2 grupos: con síndrome cardiorrenal (SCR), definido como creatininemia mayor de 1,5 mg/L y uremia mayor de 55 mg/dL, y sin SCR. Se consideró deterioro de la función sistólica del ventrículo izquierdo (FSVI) a la fracción de eyección menor de 45%. Se analizaron los antecedentes, datos de ingreso y evolución intrahospitalaria. El punto final MEIH se definió como muerte intrahospitalaria, requerimiento de inotrópicos por más de 48 hs o la necesidad de asistencia respiratoria mecánica (ARM). La necesidad de diálisis o ultrafiltración no se incluyó en la MEIH para descartar una posible relación directa entre dicha complicación y el SCR. Los resultados se enuncian como media ±desvío estándar, las comparaciones se realizaron de acuerdo al tipo de variable y el análisis multivariado se llevó a cabo mediante regresión logística.

Resultados: Se analizaron en total 196 pacientes (107 mujeres) con una edad de 78 ± 8.3 años, 45 con SCR (23%). Los pt con SCR presentaron urea 125 ± 56 y creatinina 2.91 ± 2.0. A su vez, los 151 pt sin SCR tuvieron urea 53 ± 23 y creatinina: 0.98 ±0.29. En el grupo con SCR el 60% (27 pt) fueron hombres, vs el 41% (62 pt) en el grupo sin SCR (p<0.03). No hubo diferencias significativas entre los grupos con y sin SCR en los antecedentes de diabetes (31% vs 22%), hipertensión (91% vs 86%,), fibrilación auricular (38% vs 36%) Infarto previo (13% vs 11%) tabaquismo (10.5% vs 8.3%) y dislipidemia (40% vs 34%). Entre los pacientes con SCR hubireron más antecedentes de anemia (47% vs 16%,p=0.0001) y menor hematocrito al ingreso (34% vs 38%, p<0.003). En tanto, no fueron significativas las diferencias entre los grupos con y sin SCR en los antecedentes de EPOC (16% vs 10%), la Frecuencia cardíaca al ingreso (90 ± 25 vs 96 ± 26), la presión arterial sistólica (151 ± 32 vs 152 ± 34) y la natremia (135± 7 vs 136± 6 mEq/L). Un total de 34 pacientes (17%) presentó MEIH, 15 en el grupo con SCR (33%) y 19 en el grupo sin SCR (13%), p = 0.003. En el análisis multivariado resultaron predictores independientes de MEIH la presencia de SCR (OR 2.89 (1.23 – 6.79), p<0.02), de EPOC (OR 4.88 (1.63 – 14.56), p<0.005), la natremia (OR 0.93 (0.87 – 0.99), p<0.03) y la frecuencia cardíaca (OR 0.98 (0.96 – 0.99), p<0.04). La urea y la creatinina, que definen el SCR, fueron por su parte predictores independientes que tienden a cancelarse entre sí.

Conclusiones: En pacientes añosos internados por insuficiencia cardíaca, el SCR definido por la elevación simultánea de urea y creatinina, fue más frecuente en los hombres y se comportó como predictor independiente de MEIH, junto con el antecedente de EPOC, la hiponatremia y una menor frecuencia cardíaca. En tanto, el hematocrito, que se halló disminuído en el SCR, no se relacionó con la presencia de MEIH, como tampoco lo hicieron la edad avanzada ni la disfunción sistólica del VI tal como fuera definida en el estudio.

0061 - MORTALIDAD POR INSUFICIENCIA CARDÍACA EN LA REPÚBLICA ARGENTINA DURANTE EL PERIODO 1997-2008.

Dr. BELZITI, Cesar Antonio | RAPOPORT, Leonardo | GUEVEL, Carlos | SANTORO, Adrián | FERNANDEZ, María de Las Mercedes | MARCONI, Elida

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: La insuficiencia cardíaca (IC) constituye un problema relevante de salud. Es necesario conocer la información nacional referida a esta patología utilizando una clasificación común. Desde 2007 en Argentina se utiliza la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10) para elaborar los informes estadísticos de defunción.
Objetivo: conocer la mortalidad por IC en Argentina desde la utilización del CIE-10.

AÑO	2004	2005	2006	2007	2008
Tasa de mortalidad por IC /100000 hab	68,26	68,04	68,68	74,41	68,83

Materiales y Métodos: Se analizaron los informes estadísticos de defunción de todo el país durante el período 1997-2008. La información poblacional se extrajo del Censo Nacional de población, hogares y vivienda de 2001.

Resultados: Durante los 12 años analizados fallecieron un promedio de 291.237 personas/año; por enfermedades cardíacas fallecieron 66.900 personas/año. Por IC fallecieron 29.829/año, lo que representa un 10,24 % del total de fallecidos y un 44,59 % de los fallecidos por enfermedades cardíacas.
Durante todo el periodo la mortalidad por IC presentó una clara relación con el grupo etario analizado, en los menores de 35 años representó menos del 1% de las causas de muerte y en los mayores de 75 años más del 30%. El porcentaje de mortalidad por IC en las mujeres aumentó del 49 al 55% y en los varones disminuyó del 48 al 44% comparando 1997 con 2008.
Para intentar corregir las diferencias en la estructura poblacional se calculó la tasa de mortalidad por IC ajustada por edad y sexo. Desde el 2004 al 2008, en que se dispone de la información, se mantuvo estable con mínimas oscilaciones alrededor de 70/ 100.000 habitantes (ver Tabla). El análisis por provincia mostró amplias variaciones en la tasa de mortalidad por IC, aún corregida por edad y sexo, lo que indica la presencia de otras variables intervinientes. Durante el periodo en estudio, la tasa de mortalidad ajustada se mantuvo estable en algunas provincias, en otras disminuyó y en otras aumentó.

Conclusiones: En Argentina la mortalidad por IC representa un porcentaje importante de la mortalidad total y casi la mitad de la mortalidad atribuida a enfermedades cardíacas. Se ha mantenido constante a lo largo del período analizado pero con grandes diferencias regionales. La utilización de las tasas ajustadas puede utilizarse como un indicador para seguir la implementación de medidas de prevención y tratamiento.

0062 - VALOR PRONÓSTICO DE LAS ALTERACIONES DEL HEPATOGRAMA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

Dra. FERRO, Alejandra | CARRERO, Celeste | PIZARRO, Rodolfo | GADANO, Adrian | VULCANO, Norberto | ROMANO, Adriana | Dr. BELZITI, Cesar Antonio

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Evaluar la asociación de las alteraciones del hepatograma con el pronóstico en pacientes que ingresan al servicio de cardiología por IC.

Materiales y Métodos: Se evaluaron 136 pacientes (p) internados en forma consecutiva con diagnóstico de IC. La edad promedio fue de 76 ±14 años, sexo masculino 55%. La FEVI fue de 45% (rango IQ: 34-58) y el 68% de los p se encontraban en clase funcional III-IV. Se estudiaron variables clínicas, ecocardiográficas (diámetro de fin de diástole, fin de sístole y de ambas aurículas, presión sistólica pulmonar, relación E / e´ y severidad del reflujo mitral y tricuspídeo) y de laboratorio (BNP y lactacidemia). Se buscó el mejor punto de corte de las variables del hepatograma con el área ROC y se definió como hepatograma anormal (HAN) cuando los valores de GPT y de GOT fueran > de 40mU/ml y 45 mU/ml, respectivamente. El punto final (PF) se definió como la combinación de muerte y/o reinternación por IC

Resultados: 30 p. (22%) presentaron HAN al ingreso. Requirieron inotrópicos 76 p (56%). El seguimiento promedio fue de 2.9 ± 1.5 años. Durante el seguimiento fallecieron 49 p. (36%) y se reinternaron por IC 69 p. (51%). En el análisis univariado el HAN se asoció significativamente con el PF (HR: 2.9; IC 95%: 1.45- 3.97, p < 0.001). El análisis multivariable demostró que HAN es un predictor independiente de PF (HR: 3.06; IC95%: 1.27-4.58).
Cuando se comparó un modelo (que incorporó la edad > 70, BNP > 500 , FEY < 30% y FA) con y sin el agregado de HAN, el área de la curva ROC se incrementó significativamente (0.74 vs. 0.80 , p<0.001).

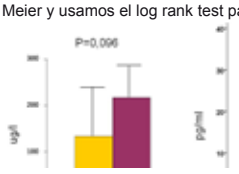
Conclusiones: Las alteraciones del hepatograma son frecuentes en los pacientes con IC y conservan un valor pronóstico independiente en un modelo que incluye las alteraciones clínicas, ecocardiográficas y de laboratorio.

0063 - RESPUESTA A LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN, BIOMARCADORES PLASMÁTICOS Y SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO.

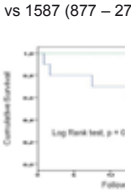
Dra. TETTAMANTI, Maria Estela | LÓPEZ DÍAZ, Javier | REVILLA ORODEA, Ana | ARNOLD, Roman | GARCÍA MORÁN, Emilio | NIETO, María Luisa | PUERTO SANZ, Ana | SAN ROMÁN CALVAR, José Alberto

INSTITUTO DE CIENCIAS DEL CORAZON (ICICOR), HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID - UNIVERSIDAD DE VALLADOLID - INSTITUTO DE BIOLOGIA Y GENETICA MOLECULAR (IBGM)

Objetivos: Estudiar la relación entre respuesta a la terapia de resincronización (TRC) y biomarcadores plasmáticos (BMK) con la supervivencia a largo plazo.
Materiales y Métodos: 21 candidatos a TRC fueron enrolados entre Noviembre 2007 y Noviembre 2008. La respuesta a TRC fue definida como el aumento > 10% en 6'WT 6 meses post implante y la ausencia de eventos (ingresos por insuficiencia cardiaca, muerte cardiaca o transplante) durante ese periodo de tiempo. Se midieron la fracción de eyección (Fey)y los siguientes BMK: propéptido natriurético cerebral B (proBNP), troponina T (TnT), proteína C reactiva (PCR), iInterleukina 6 (IL6), proteína ligadora de ácidos grasos específica del corazón (HFABP) y propéptido del procolágeno tipo I carboxiterminal (PICP). A partir de los 6 meses los pacientes (P) fueron seguidos según criterio médico. En Noviembre 2010, decidimos realizar un análisis de supervivencia de la cohorte. Construimos curvas de Kaplan Meier y usamos el log rank test para las comparaciones entre grupos.



Resultados: Los P fueron seguidos por una mediana (rango intercuartílico) de 23,5 meses (16 – 27). 6 de 16 P murieron durante el seguimiento (33,3%), todos ellos no respondedores (noR). Los respondedores (R) (n = 6) están todos vivos, vs solamente 4 de los 10 noR (40%), p 0,025. Los R tuvieron niveles de IL6 más bajos que los noR: 4,2 (2 – 5,2) vs 14,9 pg/ml (10 – 17), p 0,007. Hubo 5 R de 7 P con TnT < 0,01 ng/ml vs 1 R de 9 P con TnT > 0,01 ng/ml , p 0,035. Los R tuvieron Fey basal mayor que los noR: 33 ± 2,7 vs 26,6 ± 6,3 %, p 0,035. No encontramos asociación significativa de otros BMK con respuesta a TRC. Los P con niveles más bajos de proBNP y TnT mostraron tasas de supervivencia más altas que los P con niveles elevados: 100% vs 50% por debajo o encima de 2119 (1135 – 3014) pg/ml (p 0,025)y 88 vs 50% para TnT debajo o encima de 0,01 ng/ml (p 0,07). No hubo asociación significativa entre supervivencia y PCR. Los P fallecidos tuvieron niveles más altos de proBNP que los vivos: 3009 (2596 – 3995) vs 1587 (877 – 2741) pg/ml, p 0,06.



No encontramos asociaciones significativas entre IL6, HFABP or PICP y supervivencia. Sin embargo, los P que murieron tuvieron una tendencia a tener niveles más altos de PICP: 217,3 ± 74 vs 133,6 ±103 ug/l, p 0,09. La supervivencia fue mayor para P con Fey > 29% (89%) que para P con Fey < 29% (44%), p 0,05. Además los P fallecidos tuvieron Fey más baja que los sobrevivientes: 24 ± 7 vs 31,7 ± 3 %, p 0,04.
Conclusiones: Los R según definición clínica a 6 meses sobrevivieron por más tiempo que los noR y mostraron niveles más bajos de IL6 y TnT.IL6, un marcador de inflamación podría ser útil en la selección de P para TRC. La supervivencia a largo plazo fue mayor para P con niveles más bajos de proBNP y TnT. PICP tendió a ser más alto en P que murieron: PICP, un marcador de fibrosis, podría agregar información valiosa en cuanto a la supervivencia a largo plazo en TRC.

0064 - PREDICTORES DE REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO Y MUERTE EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA MODERADA Y SEVERA ASINTOMÁTICA

Dr. SOSA, Federico | ARIAS, Anibal M | LUCAS, Luciano O | FUNES, Diego F | Dra. PARCERISA, Maria Florencia | BAGNATI, Rodrigo P | FALCONI, L Mariano | OBERTI, Pablo F

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: La estenosis aórtica es una enfermedad cada vez mas prevalente en la población de ancianos. Probablemente debido a la autolimitación la ausencia de síntomas es común en este grupo de pacientes. La necesidad de una correcta estratificación del riesgo de estos sujetos es fundamental. El objetivo del estudio es evaluar que parámetros tanto clínicos como ecocardiográficos se asocian reemplazo valvular aórtico o muerte.
Materiales y Métodos: Desde agosto del 2008 a abril del 2010 se incluyeron prospectivamente pacientes asintomáticos con estenosis aórtica moderada y severa. Criterios de inclusión: fracción de eyección mayor a 50%, no más de leve a moderada lesión valvular asociada, ausencia de síntomas por interrogatorio dirigido y 2 de los 3 siguientes criterios para valorar el grado de estenosis: gradiente medio mayor a 25 mmHg, velocidad del jet mayor a 3 m/seg y área valvular aórtica menor a 1,5 cm2. Punto final primario: muerte o reemplazo valvular aórtico. Punto final secundario: muerte o reemplazo valvular aórtico u hospitalización de origen cardiovascular.
Resultados: Se incorporaron 174 pacientes, edad media de 77,4 ± 8,7 años, 54% sexo masculino, 143 pacientes (82%) con antecedentes de hipertensión arterial, 13% (22 pacientes) referían historia de enfermedad coronaria, el 21% (36 pacientes) y 17% (29 pacientes) eran diabéticos o tenían antecedentes de insuficiencia renal crónica respectivamente. Fracción de eyeccion del ventrículo izquierdo 64 ± 6%. Area valvular aórtica 0.91 ± 0.23 cm2. Gradiente transvalvular medio 38.77 ± 14.18 mmHg. El seguimiento fue de 567 ± 247 días. La sobrevida libre de eventos para muerte y reemplazo valvular aórtico fue de 86% al año, 79% a los 2 años y los 2 años y medio fue del 71%. Los pacientes que presentaron el punto final primario tienen más antecedentes de enfermedad coronaria (OR 3,69 – IC95% 1,45-9,39 – p=0,006), mayor relación E/A (OR 3,65 – IC 95%1,16-11,48 - p=0,026), gradientes transvalvulares más elevados (Velocidad del jet: OR 2,94 – IC95% 1,58-5,46 – p=0,001) (Gradiente transvalvular medio OR 1,06 – IC95% 1,03-1,08 – p=0,000), área aórtica más pequeña (OR 2,97 – IC95% 1,41-6,23 – p=0,004), pérdida de trabajo sistólico mayor de 25% (OR 4,63 – IC95% 2,13-10,2 – p=0,000) e índice de pérdida de energía menor a 0,50 (OR 3,78 – IC95% 1,69-8,46 – p=0,001). Se crea un modelo multivariado para el punto final primario y se observan como predictores independientes a la enfermedad coronaria (HR 4,58 –IC95% 1,44/14,58 – p=0,010), pérdida de trabajo sistólico (HR 5,52 – IC95% 1,85/16,42 – p=0,002) e índice de pérdida de energía (HR 4,87 – IC95% 1,27/18,72 – p=0,021),el área bajo la curva ROC fue de 0,8221 (valor predictivo positivo 63% y valor predictivo negativo 84%, sensibilidad 37% y especificidad de 94%) (test de Hosmer-Lemeshow p=0,66). Respecto al punto final secundario los predictores fueron la enfermedad coronaria (HR 3,44 – IC95% 1,13 / 10,40 – p=0,028), pérdida de trabajo sistólico (HR 4,20 – IC95% 1,39 / 10,92 – p=0,009), índice de pérdida de energía (HR 3,84 – IC95% 1,06 / 13,85 – p=0,040) y volumen de aurícula izquierda indexado (HR 2,95 – IC95% 1,08 / 8,10 – p=0,035), el área bajo la curva ROC fue de 0,7651 (valor predictivo positivo 56% y valor predictivo negativo 82%, sensibilidad 50% y especificidad de 85%).(test de Hosmer-Lemeshow p=0,15).
Conclusiones: En pacientes con estenosis aórtica asintomática moderada y severa con función sistólica conservada se observó como predictor clínico de muerte o reemplazo valvular aórtico el antecedente de enfermedad coronaria y como predictores ecocardiográficos al índice de pérdida de energía menor a 0,50 y la pérdida de trabajo sistólico mayor a 25%.

0065 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA CON HEMOCULTIVOS NEGATIVOS. EVOLUCIÓN HOSPITALARIA Y MORTALIDAD.

Dra. GARATE, Maria Laura | SAN MIGUEL, Roberto Juan | STAMPONE, Gustavo | ARLIA CIOMMO, Andrea | CORTÉS, Claudia | GUEVARA, Eduardo | FAVALORO, Roberto | CASABÉ, Horacio José

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: Analizar las características clínicas y la evolución intrahospitalaria de los pacientes con endocarditis infecciosa con hemocultivos negativos (EIHN) y compararla con los pacientes (p) con hemocultivos positivos (EIHP).

Materiales y Métodos: Se estudiaron todos los casos de endocarditis infecciosa (EI) que fueron internados en nuestra Institución, en forma consecutiva, desde 6/1992 a 6/2010. A todos se les realizó al menos 3 hemocultivos para aerobios y anaerobios. Se comparó el grupo de pacientes EIHN (53 p, 14%) con el grupo de pacientes EIHP (333 p, 86%).

Resultados: Se incluyeron 386 pacientes con una edad media de 57 años, 281 p de sexo masculino (72,8%). En el grupo de EIHN, 24 p (45.3%) tuvieron endocarditis de válvula nativa (EVN), 25 p (47.1%) endocarditis de válvula protésica (EVP) y 4 p (12%) endocarditis relacionada con marcapaso (EIMCP). En el otro grupo (EIHP):179 p (53%), 123 p (36.9%) y 31 p (9.3%) presentaron EVN, EVP y EIMCP, respectivamente.

	EIHP (333 p)	EIHN (53p)	p
Edad (media)	57.5 años	52.8 años	NS
Hombres	73.6 %	67.9 %	NS
Insufic. cardíaca	41.9 %	51.9%	NS
Insuficiencia renal	4.2 %	11.3 %	0.042
Embolia	17%	24.5%	NS
Vegetación	65%	81%	NS
Abseso	16%	17%	NS
Cirugía	60.7%	67.9%	NS
Muerte	10.8%	15.9%	NS
Causa de muerte	Sepsis 56.1%	ICC 14%	-

Conclusiones: En nuestra población, la mortalidad en el grupo de EIHN fue mayor que en los pacientes con EIHP sin alcanzar significancia estadística. Hubo diferencia significativa (p 0.015) en la causa de muerte. La principal causa de muerte en EIHP fue la sepsis y en EIHN la ICC.

0066 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN FASE AGUDA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD

Est. SILES, Gustavo Hernán | PICCININI, Fernando | VRANCIC, Mariano | GIL, Christian | GUZMÁN, Francisco | GROMENIDA, Paolo | NACINOVICH, Francisco | NAVIA, Daniel

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Objetivos: Objetivo: Analizar la evolución de los pacientes operados de Endocarditis infecciosa (EI) mitral y/o aórtica en fase aguda o intrahospitalaria y establecer predictores de morbimortalidad.
Materiales y Métodos: Materiales y métodos: En el período enero 1997- diciembre de 2010 fueron ingresados en nuestro centro 263 pacientes con diagnostico probable o definido de endocarditis infecciosa según criterios de Duke modificados. De los mismo, 146 recibieron tratamiento quirúrgico, 86 de ellos (58%), en fase aguda. Se analizan las variables demográficas, operatorias y evolución intrahospitalaria. Se efectuó seguimiento por consultorios y en forma telefónica (90.91%, 1.482 ± 1.369 días), reportándose recurrencia, reintervención y/o muerte. Se analizan predictores para mortalidad y complicaciones mayores (combinación muerte, ACV, reoperación por sangrado, bajo gasto cardíaco postoperatorio, ARM prolongado y diálisis) a 30 días. Se utiliza para el análisis estadístico método t-test y regresión logística.
Resultados: La edad media fue de 63,5 ± 13,27 años. Sexo: masculino 73,4%. La afectación valvular fue aórtica pura en un 54,65%, mitral 25,58% y doble valvular 15,11%, sobre válvula nativa 69.77%, protésicas 30.23% (31% 18,1% y 30,7% aórtica, mitral y doble valvular respectivamente). El germen causal resultó ser Streptococcus spp.31,39% (Viridans 19,76%, Bovis 8,13%, Agalactie 3,48%); S. aureus 11,62%; SCN 9,3%; Enterococcus spp 11,63%; Candida spp 2,33%; otros 4,65%, sin rescate bacteriológico 24%. Las indicaciones de cirugía más frecuentes fueron la disfunción valvular severa 87,21%, ICC 32,56%, embolia 9.3%, sepsis 8.14% y su combinación. La mortalidad a 30 días fue 23,26% (EI nativa: 18,33%; EI protésica: 34,62%, p=ns); Al seguimiento se registró una recurrencia de EI 15,15% y reoperación EI 6,06%, muerte cardíaca 21.2%, Los predictores independientes identificados por análisis univariado son: Mortalidad: Cirugía cardíaca previa, p= 0,035, hematocrito bajo, p=0.026, Cirugía no electiva p= 0,016, T. CEC p< 0,001, T. clampeo p< 0,001, tpo quirúrgico p< 0,001, complicación pulmonar p= 0,011, BGC p< 0,001, BCIAO intraop p< 0,011, Insuf renal p= 0,001, diálisis p= 0,029. Complicaciones mayores: univariado Cirugía cardíaca previa, p= 0,027, Cirugía no electiva p= 0,020, Comorbilidades p= 0,012, Endocarditis protésica p=0.008, T. CEC p= 0,015. Los predictores por multivariado se detallan en la tabla 1. Al seguimiento solo se identifico edad (OR 1.06, p=0.006 IC95 1.01-1.1) como predictor de mortalidad alejada.

Mortalidad intrahospitalaria		
CEC prolongada	p=0,000	OR=1,01 IC95 1,00-1,02
Complicaciones mayores intrahospitalaria		
Cirugía no electiva	p=0,02	OR=5,07 IC95 1,29-19,9
CEC prolongada	p=0,015	OR=4,23 IC95 1,32-13,54
Cirugía cardiaca previa	p= 0,027	OR= 3,9 IC95 1,17-13,3
Comorbilidades	p= 0,012	OR= 3,99 IC95 1,34-11,8

Conclusiones: Conclusiones: El tratamiento quirúrgico de la Endocarditis infecciosa en su fase aguda está asociado a una alta morbimortalidad intrahospitalaria. Múltiples factores han sido identificados para morbilidad a 30 días, pero solo tiempos operatorios prolongados, asociados al compromiso local, tienen impacto en la sobrevida a corto plazo.

0067 - PRESENCIA DE CALCIO VALVULAR MITRAL : ¿PREDICE EL ÉXITO INMEDIATO DE LA VALVULOPLASTIA MITRAL PERCUTÁNEA?

SARMIENTO, Ricardo | Dr. BLANCO, Rodrigo Ignacio | GIGENA, Gerardo | GAGLIARDI, Juan | LAX, Jorge | GARCIA ESCUDERO, Alejandro | RODRIGUEZ, Andrea | RICCITELLI, Miguel

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. ARGERICH

Objetivos: Introducción:El puntaje ecocardiográfico para la evaluación de la estenosis mitral y su valor para predecir el resultado de la valvuloplastia mitral (VPM) es bien conocido. Sin embargo, el calcio valvular mitral (CVM) parecería ser el componente más importante de ese score y su evaluación aislada podría ser útil como predictor de éxito.
Objetivo: determinar el valor predictivo de la presencia del CVM sobre el resultado inmediato de la VPM.
Materiales y Métodos: se incluyeron en forma consecutiva 132 pacientes a los que se realizo VMP con catéter balón de Inoue, con una mediana de seguimiento de 48 meses (IIC25-75: 24-84 meses). Se consideró éxito primario cuando se obtuvo un área post VMP>1,5 cm², con insuficiencia mitral < 2 (clasificación de Sellers). Las variables analizadas fueron edad; puntaje ecocardiográfico de Wilkins (PE), ritmo cardíaco, área valvular, presión sistólica pulmonar (PAPs), gradiente diastólico mitral medio, tamaño del balón , diámetro de aurícula izquierda y clase funcional (CF). Se analizó la relación entre las distintas variables clínicas y ecocardiograficas y el éxito del procedimiento. Para analizar la relación entre el CVM y el éxito inmediato, se dividió a la población en 2 grupos: Grupo 1, pacientes con signos mínimos de CVM (calcificación=1 en el PE), y Grupo 2: pacientes con presencia de CVM (calcificacion = 2, 3 o 4 del PE). Las variables categóricas fueron expresadas como número y porcentajes y analizadas por test de chi2. Las variables numéricas fueron expresadas como media-DS o mediana e IIC25-75 y analizadas por test T o Kruskal Wallis según correspondía. Se evaluó la relación entre las distintas variables demográficas, clínicas, hemodinámicas y ecocardiograficas con el éxito inmediato de la VMP. Se utilizó un modelo multivariado de regresión logística para determinar predictores independientes de éxito inmediato. Se consideró significativa una p < 0,05.
Resultados: Fueron incluidos 132 pacientes, de los cuales en 126 se llevo a cabo el procedimiento en forma completa. La edad media era de 44,2±13,3 años; el 87,1% (115p) eran mujeres. Se encontraba en CF II el 62,8%(83p) de la población y el 34,1% (45p) en CF III. El 30,3% de los pacientes (40 p) presentaba ritmo de fibrilación auricular (FA). La mediana del AVM previo al procedimiento era de 0,90 cm2(IIC25-75:0,87-1,00 cm2), con una PAPs de 44 mmHg (IIC25-75:35-52 mmHg) y una presión capilar pulmonar de 23 mmHg. La mediana del PE era de 7; El 28,3% de los pacientes tenía PE > 8. El 25% (33 p) de la población no presentaba CVM (Grupo 1), mientras que el 75% de los p presentaba CVM (grupo 2). El procedimiento se consideró un éxito en 104 pacientes de los 132 analizados (78,8%). Se produjo un aumento significativo del AVM de 0,90 a 1,71 cm2. La mediana del AVM luego de la VMP fue de 1,71 en la población total, 1,80 (IIC25-75: 1,60-2,00) en el Grupo 1 (sin CVM) y 1,67 cm2 en el Grupo 2 (IIC25-75: 1,44-2,00), p=0,07. Se registraron 3 muertes intrahospitalarias (2,2%). Los variables relacionadas con menor tasa de éxito fueron menor PE >8 (65,7%vs 84,4%), ritmo de FA (66,6%vs 76,2%, p=0,02) y presencia de CVM (70,8 %vs 96,9%). Luego del análisis multivariado las únicas variables relacionas con una menor tasa de éxito del procedimiento fueron la presencia de CVM (OR: 2,46, IC95:1,11-5,45, p=0,018) y el PE (OR: 1,34, IC95%:1,05-1,72, p=0,024).
Conclusiones: La presencia de CVM determina una menor tasa de éxito inmediato de la VMP. La valoración por ecocardiograma del calcio valvular mitral puede ser utilizado como predictor de éxito del procedimiento.

0068 - ENDOCARDITIS BACTERIANA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULARES. CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN EN 183 CASOS DE LA RED EPICARDIO.

Dr. FERNANDEZ FRISANO, Gabriel | MARIANI, Javier | SILBERSTEIN, Mario | DE ABREU, Maximiliano | VILLARREAL, Ricardo | GAGLIARDI, Juan | DOVAL, Hernán | TAJER, Carlos

GEDIC

Objetivos: Describir la epidemiología de la endocarditis infecciosa en una cohorte contemporánea de pacientes (p) internados en unidades de cuidados críticos.

Materiales y Métodos: Se analizaron los p con diagnóstico de endocarditis infecciosa (EI) entre los 54.055 p provenientes de 55 unidades de cuidados críticos de Argentina que participan del registro Epi-Cardio. Los datos están descriptos como medias (DS) y números (porcentajes). Para comparar grupos se utilizó la prueba exacta de Fisher.

Resultados: se incluyeron 183 p en el análisis. La mediana de edad fue de 58 años (RIQ 45-73), y el 73.9% eran varones. Las válvulas más frecuentemente comprometidas fueron la aórtica (41,9%), mitral (23,1%), y ambas válvulas (14,4%). El 12,5% de los casos eran EI asociadas a catéteres de marcapasos o cardiodesfibrilador. El germen responsable fue reportado en 128 p (70%). Las etiologías identificadas fueron: Stafiloccoco Aureus 34 p (26,6%), Streptoccoco Viridans 30 p (23,4%), Stafiloccoco sp. 23 (18%, principalmente S. Epidermidis), Streptoccoco sp. 20 p (15,6%), Enterococo 15 (11,7%) y bacilos gram negativos 6 (4,7%). En 86 p (47%) se reportaron cardiopatías predisponentes (congénitas –incluyendo válvula aórtica bicúspide- en 18,6%, degenerativa en 13,9%, reemplazo valvular en 46,5% y catéter endocavitario en el 20,9%). Durante la internación 50 p (27,3%) presentaron clínica de insuficiencia cardíaca. En 38 p fue necesaria la cirugía durante la hospitalización inicial. El 32,1% de los p con EI estafilocócica fue operado (vs 29,6% para otras etiologías; p=1,0). En 14 p (70%) de los pacientes con EI asociada a catéteres se identificó el germen, siendo la EI estafilocócica la más frecuente (84,6%; p<0,01 en comparación con otras causas predisponentes).

Conclusiones: Los resultados de nuestra serie indican un cambio epidemiológico en la distribución de agentes etiológicos de la EI (incremento la EI estafilocócica) y de los factores predisponentes para la infección (reemplazos valvulares, catéteres).

0069 - VALOR AGREGADO DEL ECO ESTRÉS CON EJERCICIO EN LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA ASINTOMÁTICA Y ERGOMETRÍA NORMAL

Dr. SCIARRESI, Esteban Andres | Dr. MARTINENGHI, Nicolas Mario | FILIPUZZI, Juan Manuel | Dra. SALVATORI, Carolina | Dr. ROURA, Pablo | BUSTAMANTE LABARTA, Miguel | Dr. FAVALORO, Roberto Rene

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: En pacientes (p) con Estenosis Aórtica severa asintomática (EASA), la prueba ergométrica graduada (PEG) ha demostrado ser de utilidad para estratificar el riesgo clínico. El Eco Estrés con ejercicio (EEE) brinda una mayor información anátomo-funcional, pero su utilidad aún no ha sido valorada adecuadamente y no tiene una indicación precisa en las guías. El objetivo de este trabajo es analizar el rol del EEE en la estratificación pronóstica de p con EASA y PEG normal.

Materiales y Métodos: Se analizaron en forma prospectiva 175 p portadores de EASA (área valvular aórtica <1 cm²) con función ventricular conservada (fracción de eyección del ventrículo izquierdo > o = 50%) y sin antecedentes de Enfermedad Coronaria, que fueron evaluados con EEE (Treadmil, protocolo de Naughton modificado) realizados en nuestra institución en el período Septiembre 2001 - Abril 2009. Se consideró PEG anormal a la presencia de 1 de los siguientes hallazgos: angina, disnea a baja capacidad funcional, depresión del segmento ST >2 mm o caída >20 mmHG de la presión arterial sistólica durante el ejercicio. Se consideró EEE positivo a la presencia de nuevo trastorno de motilidad parietal (o empeoramiento de trastorno previo) y/o caída de la Fracción de eyección >5 puntos porcentuales con respecto al basal. Se analizaron variables clínicas y ecocardiográficas y su relación con la incidencia de evento clínico combinado (ECC) en el seguimiento, definidos como la presencia de síntomas y/o Reemplazo Valvular Aórtico y/o muerte.

Resultados: Se excluyeron del análisis 54 p (34.8%) que presentaron PEG anormal. De los 121 p con PEG normal, 24 (19.8%) presentaron EEE positivos. Se logró el seguimiento clínico y telefónico en 107 p (88.4%) durante 26.0 ± 23.7 meses. En 88 p (82.2%) se evidenció desarrollo de ECC, con una mayor proporción de eventos a corto/mediano plazo (dentro de los 18 meses post EEE) en el grupo con EEE positivo (66.7% vs 37.1%, OR 3.39; IC95% 1.32-8.70; p<0.01). No hubo diferencia entre ambos grupos en el desarrollo de síntomas, pero en el grupo EEE positivo se evidenció mayor necesidad de RVA a corto/mediano plazo (50.0% vs 26.8%, OR 2.73; IC95% 1.09-6.84; p=0.03), mayor necesidad de CRM asociada (26.1% vs 10.3%, OR 3.07; IC95% 1.23-8.70; p<0.05) y mayor mortalidad no quirúrgica (16.7% vs 3.1%, OR 6.27; IC95% 1.30-30.21; p<0.03). Las variables relacionadas con ECC a 18 meses fueron: menor área valvular aórtica, mayores gradientes en reposo, mayor gradiente pico en esfuerzo, mayor diámetro diastólico del ventrículo izquierdo ajustado a superficie corporal, mayor índice de masa ventrículo izquierdo, menor tensión arterial sistólica en esfuerzo y EEE positivo.

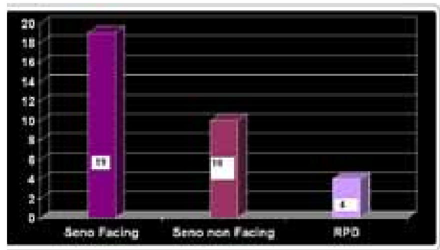
Conclusiones: El EEE agrega valor pronóstico en la estratificación de riesgo de pacientes portadores de EASA con PEG normal.

0070 - CORRECCION DEL NACIMIENTO ANOMALO DE LA CORONARIA IZQUIERDA EN LA ARTERIA PULMONAR (ALCAPA). RESULTADOS QUIRURGICOS

Dr. KIANG, Juan Alberto | ARGAÑARAZ, Lautaro | CORNELIS, Carlos Javier | PILAN, Maria Luisa | GARCIA DELUCIS, Pablo Hector | BARRETTA, Jorge Orlando | SUAREZ, Jose Carlos | LAURA, Juan Pablo

HOSPITAL DE PEDIATRIA SAMIC DR. J. GARRAHAN

Objetivos: Evaluar los resultados quirúrgicos, tomando como variable principal la anatomía coronaria y conociendo la existencia de patrones cuya corrección es más dificultosa y pueden empeorar el pronóstico. Considerar la conveniencia de realizar anuloplastia mitral rutinariamente.
Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 33 pacientes con diagnóstico de ALCAPA, operados en Hospital Nacional de Pediatria Juan P. Garrahan, entre Julio de 1994 y diciembre del 2010. Incluyó la revisión de Historias clínicas y estudios realizados.



Resultados: La técnica utilizada fue "reimplante coronario" en todos los casos. La media de edad fue de 18,8 meses y la distribución por sexos: varones 15 (45,45%), Mujeres 18 (54,54%).
Previo al procedimiento, 76,4% presentaba signos de isquemia e insuficiencia mitral (valorados por Ecocardiografía y ECG).
En 19 casos la coronaria izquierda nacía del seno facing posterior (57,57%), 10 pacientes presentaban nacimiento en el seno non facing (30,30%). En 4 pacientes se encontraba naciendo del rama pulmonar derecha, (12,12%),
Se observó que la variación anatómica no fue determinante para el resultado quirúrgico y el pronóstico. Sólo en 6 pacientes (18,18%), se realizó anuloplastia mitral, en el mismo acto.
En un paciente debió colocarse un MCP definitivo. Un caso necesito recambio valvular.
La mortalidad fue del 3% (1 defunción)

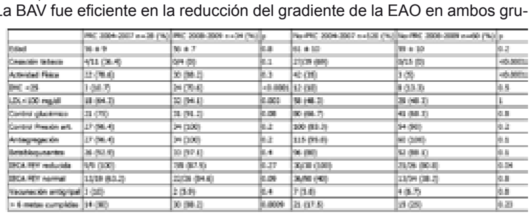
Conclusiones: El reimplante coronario se realizo con éxito en todos los casos, sin importar la anatomía coronaria.
Debido a la reversión espontanea de la insuficiencia mitral luego de la corrección, la anuloplastia mitral solo estaría indicada en los pacientes con severa dilatación anular. La condición preoperatoria del paciente no influyó como factor pronóstico. En ningún caso se requirió asistencia circulatoria.
El seguimiento mostró una alta eficacia de la técnica. Permeabilidad de la arteria implantada en un 80% de los pacientes.

0071 - EN AORTA BICUSPIDE ES POSIBLE PREVEER LA SEVERIDAD DE LA INSUFICIENCIA AORTICA CONOCIENDO SU MORFOLOGIA POR ECO

Dra. DE DIOS, Ana Maria Susana | DAMSKY BARBOSA, Jesús | GRANJA, Miguel | TRENTACOSTE, Luis | LUCCINI, Victorio | ACKERMAN, Judith | BIANCOLINI, Fernanda | CARUGATI, Romina

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

Objetivos: Fueron evaluados 40 pacientes por ecocardiograma 2D (Eco 2D) transtorácico y transesofágico (TEE) pre y post valvuloplastia con balón (BAV) en estenosis aórtica (EAO) severa, para determinar la utilidad del conocimiento de la anatomía de la válvula aórtica (VA) y así preveer la severidad de la insuficiencia aórtica (IAO) post procedimiento.
Materiales y Métodos: La edad del grupo en estudio X:3.37± 4.9 años (rango entre 24 horas de vida y 19 años) con un tiempo de seguimiento X: 5.76 años. Se realizó Eco 2D eje largo y corto y TEE intraprocedimiento para valorar anatomía de la VA; lugar de fusión comisural, prolapso de valvas e integridad del anillo. Además se valoró mediante Doppler pulsado y color la magnitud de la insuficiencia de la VA y características del jet.
Resultados: • Tipo anatómico de la VA: 28 pacientes con bicúspide aórtica bicoronariana por fusión entre la coronariana derecha e izquierda: también llamadas en cierre horizontal.
12 pacientes con bicúspide aórtica por fusión entre coronariana derecha y no coronariana: cierre vertical.
•Según gradiente: La BAV fue efectiva en 39/40 pacientes con gradientes pre BAV de 82.26 ±17.0 mmHg y post valvuloplastia 25.48± 13.17mmHg. Con reducción total del gradiente de 56.78 mmHg (no hubo diferencias entre los grupos)
•En cuanto a la insuficiencia aórtica: De 28 pacientes con bicúspide bicoronariana 6 pacientes no presentaron insuficiencia aórtica, 21 pacientes IAO leve y 1 paciente moderada (27/28 sin cambios o mínimos en forma inmediata). En el seguimiento alejado 3 pacientes evolucionaron a IAO moderada y uno a severa (a los 4.5 años del seguimiento, 10 años y a los 16 años) De los 12 pacientes con cierre vertical solo 1 paciente presentó IAO leve, 8 moderada y 2 insuficiencia severa (10/12 pacientes presentaron insuficiencia muy significativa) y en el seguimiento alejado 4 pacientes desarrollaron insuficiencia aórtica severa (a los 2,66 ± 0.5 años).
Conclusiones: -La BAV fue eficiente en la reducción del gradiente de la EAO en ambos grupos (97.4%)



-La severidad de la insuficiencia aórtica post valvuloplastia con balón en el grupo de bicúspides bicoronarianas fue considerablemente menor que en el otro grupo (27/28 sin cambios o con insuficiencia), mientras que en el grupo de VA con cierre vertical la severidad de la insuficiencia aórtica fue mucho mayor (66.6% IAO moderada y 16.6% severa) -La determinación previa de la anatomía de la VA permitió predecir con bastante certeza el grado de insuficiencia aórtica esperable post procedimiento

0072 - DUCTUS ARTERIOSO PERMEABLE. OCLUSIÓN ENDOVASCULAR CON DISPOSITIVO NIT OCCLUD PDA-R EN MENORES DE 10 KG.

Dr. DAMSKY BARBOSA, Jesus M. | FERRIN, Liliana | LUCINI, Victorio | MARQUES, Adelia | VACCARI, Marina | GONZALEZ, Gabriela E | GRANJA, Miguel | DE DIOS, Ana M

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE - INSTITUTO DE CARDIOLOGIA JF CABRAL

Objetivos: Evaluar los resultados de corto y mediano plazo en p <10 kg con ductus que fueron ocluidos con la prótesis Nit occlud PDA-R.

Materiales y Métodos: Desde abril de 2010 se realizó cierre de ductus a 10 p. Edad: X: 15,3 meses (m) (6m a 36 M) Sexo: 7 femeninos y 3 masculinos. Peso: X: 7,780 kg (3,400 a 10 kg). Todos con Insuficiencia cardíaca (IC) por hiperflujo pulmonar severo y detención de la curva ponderal. 3/10p presión pulmonar normal (PR AP), 2/10p Hipertensión pulmonar (HTP) leve, 3/10 HTP moderada y 2/10p HTP severa en Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) de los cuales 1p con Sildenafil 0,2 mg/kg dosis por presentar clínica de aumento de las resistencias pulmonares (RPÎ). 1/10 p con permeabilidad residual postquirúrgica. Las angiografías realizadas fueron en perfil y oblicua anterior derecha. 6/10p ductus tipo A (60%), 3/10p ductus tipo B (30%) y 1/10p Ductus tipo E (10%).

Resultados: En el período inmediato se observó: 7/10 p oclusión completa a las 24 hs. 3/10 permeabilidad residual leve de los que 1p oclusión completa a la semana, 1p oclusión completa al mes y el otro con mínima permeabilidad residual a los 6 meses. Este último p, la prótesis se desplazó dentro de las 24 hs generando gradiente instantáneo de 30 mmhg sin rampa diastólica ni clínica de COAO, que se redujo a 10 mmhg a los 6 meses. En el inmediato la PR AP fue normal en 9/10p. El p con Sildenafil redujo la PR AP 30%. El Sildenafil se suspendió a los 6 meses con PR AP normal estimada por ECO. Los 2 p con ARM fueron extubados a las 48 hs y externados a la semana. 10 p tuvieron progreso de peso. No hubo lesión en la zona de acceso ni Est API.

Conclusiones: 1) El cierre de ductus en p < 10 kg es factible.
2) 1/10 presentó mínima permeabilidad residual a los 6 m
3) Bajo índice de complicaciones (1 p gradiente a nivel de aorta descendente en remisión) .
4) Todos compensaron la IC.
5) Todos progresaron de peso.
6) El p con RPÎ normalizó la PR AP a los 6 m.

0073 - ASIMETRÍA DE CAVIDADES CARDIACAS CON DILATACIÓN DE CAVIDADES DERECHAS SIN CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL POSTERIOR A LA SEMANA 30 DE GESTACIÓN: ¿SIGNO DE HIPOXIA FETAL?

Dr. VAZQUEZ, Esteban | WEISBURD, Pedro | CITATE, Graciela | PARDO, Analia | FELDMAN, Juan Pablo | EGÜES ALMEIDA, Rodrigo | LIMA, Silvana | MANCIOLA, Soledad

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA SOR MARÍA LUDOVICA

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar causas no cardiacas que provoquen Asimetría de Cavidades Cardíacas Derechas (ACCD) sobre las izquierdas en fetos por encima de la semana 30, sin patología cardíaca estructural.
Materiales y Métodos: Se analizaron 10 fetos (F) derivados entre las semanas 30 y 35 de edad gestacional (EG) con una EG media de 33.2, por ACCD que no presentaron cardiopatía estructural. La asimetría de cavidades cardiacas con dilatación de cavidades derechas fue definida como una relación entre las dimensiones Auriculares y Ventriculares entre si fue mayor de 1.5/1 para ambas estructuras (AD/AI, VD/VI). Se les efectuó eco Doppler color obstétrico materno fetal (EDCMF), como evaluación de la situación hemodinámica fetal. Ésta consistió en valorar los flujos de las Arterias Umbilical (AU), cerebral media fetal (ACM), ductus venoso fetal (DV) y las arterias uterinas maternas (AUt). Se calculó el Índice de Puorcelot (IP) para las AU, ACM y el Índice de Pulsatilidad para la AUt, y la Relación entre las ACM y la AU (R c/u). Se consideró como signo de Hipoxia fetal la R c/u cuando eran menores a 1. La nulidad o reversión de la onda "A" del DV fue considerado como signo de hipoxia fetal severa, considerándose la posibilidad de interrupción del embarazo.
Todos los estudios fueron efectuados por 2 operadores PW y EV.
Resultados: 10 F fueron estudiados por presentar ACCD sin cardiopatía congénita estructural.
4 F (40%) presentaron retardo de crecimiento intrauterino severo (RCIU).
6 F (60 %) asociaron oligoamnios y RCIU moderado (por debajo del percentilo 30).
2 F (20%) presentaron insuficiencia tricuspidea moderada a severa.
El EDCMF demostró: a 7 F (70%) con IP de la AU por encima del percentilo 95, de ellos, MIENTRAS EL 100% PRESENTO UNA Rc/u MENOR A 1, En SOLO 1 feto logró demostrarse hiperflujo en la arteria coronaria izquierda. 6 F (60 %) presentaron alteraciones del ductus venoso consistentes en la profundización o reversión de la onda A interpretado como compromiso miocárdico fetal severo, 3 F (30 %) presentaron IP de AU normales, con pesos estimados por debajo del percentilo 30 para la edad gestacional, 2 F (66 %) con IP AU normal para la EG, pero R c/u < 1. 4 F (40%) CON UN RCIU severo, Rc/u< 1 Y ACCD. AL NACIMIENTO SE IDENTIFICÓ COMO PACIENTES PORTADORES DE UN SINDROME DE DOWN.
Los F restantes NO evidenciaron patología genética.

Conclusiones: LA PRESENCIA DE ACCD EN FETOS MAYORES DE LA SEMANA 30 SIN CARDIOPATIA ESTRUCTURAL PUEDE EVIDENCIAR UNA ALTERACION FUNCIONAL PROVOCADA POR LA EXISTENCIA DE UNA HIPOXIA FETAL SEVERA.

LA ASOCIACION ENTRE RCIU SEVERO, ACCD Y UN EDCMF ANORMAL PODRIA INDICAR LA PRESENCIA DE UNA ANOMALIA GENETICA. (T21 EN NUESTROS CASOS) EN FETOS QUE PREVIAMENTE NO FUERAN SOSPECHADOS

0074 - DESARROLLO DE INDICADORES DE UN SISTEMA DE SALUD PÚBLICA PARA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA

Dr. JUANEDA, Ernesto | Dr. CABRERA, Marcelo | ALLUB, Alejandro | BENJAMÍN, Mónica | DE ROSSI, Roberto | PEIRONE, Alejandro | VEGA, Betina | BRUNO, Eva

HOSPITAL DE NIÑOS DE CORDOBA

Objetivos: Las cardiopatías congénitas son un grupo variado de anomalias estructurales. Nuestro centro comenzó a cuantificar la calidad de atención en cirugía cardiovascular pediátrica el 1 de enero del 2000 en base a la estructura (volumen anual), proceso (performance técnica), resultados (mortalidad dentro de 30 días y tiempo de internación) y se utilizaron como indicadores del sistema de salud

Materiales y Métodos: Se analizaron los períodos 2000-2007 y 2008-2010. Se desarrollaron los siguientes indicadores: 1) seguridad (porcentaje de mortalidad global y por categoría de riesgo quirúrgico RACHS), 2) efectividad (relación entre el volumen de sobrevidas y el volumen quirúrgico), 3) centrado en el paciente (adecuación a la demanda quirúrgica urgente y a la valoración del entorno paciente-familia), 4) tiempo oportuno (relación entre el volumen quirúrgico anual y la lista de espera), 5) eficiencia (porcentaje de pacientes operados que recibieron el alta en un tiempo < 5 días) y 6) equitatitividad (igualdad de calidad según edad, sexo, raza o ubicación geográfica)

Resultados: Se compararon los indicadores de los períodos 2000-2007 y 2008-2010 en forma de porcentaje y significación estadística

	2000-2007	2008-2010	p
1) Seguridad			
Mortalidad global	12,7%	9,7%	< 0,01
RACHS I	1%	1%	ns
II	9,3%	6,9%	< 0,01
III	22%	18,6%	< 0,01
IV	32,25%	41,6%	-
V	-	-	-
VI	71,75%	-	-
2) Efectividad	87,3%	90,3%	ns
3) Centrado en el paciente	100%	100%	ns
4) Tiempo oportuno	50%	58%	ns
5) Eficiencia	46%	22,3%	< 0,01
6) Equitatividad	100%	100%	ns

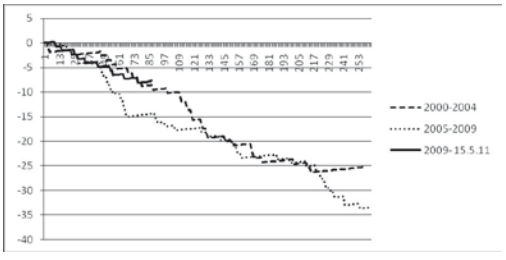
Conclusiones: La cuantificación de calidad aplicada a los parámetros de un sistema de salud revelaron que en seguridad, efectividad y tiempo oportuno hubo una mejoría entre los períodos comparados, se mantuvo en equitatividad y centrado en el paciente y disminuyó la eficiencia en la utilización de los recursos

0075 - RESULTADO DE 607 PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CONSECUTIVOS CON CIRCULACION EXTRACORPOREA. CUANTIFICACIÓN DE SOBREVIDA/MORTALIDAD A TRAVÉS DE GRÁFICO AJUSTADO A COMPLEJIDAD Y EDAD.

Dr. JUANEDA, Ernesto | BENJAMIN, Monica | ALLUB, Alejandro | DE ROSSI, Roberto | LAZARIN, Omar | SPILLMANN, Ana | DIAZ, Hector | BANILLE, Edgardo

HOSPITAL DE NIÑOS DE CORDOBA

Objetivos: Objetivo: El propósito de este trabajo fue aplicar en un gráfico los resultados de la cirugía cardiovascular pediátrica con circulacion extracorporea por cardiopatía congénita descripto por Kang et al. 2006, para monitorizar en forma continua la performance de sobrevida/mortalidad dentro de 30 días del postoperatorio.



Materiales y Métodos: La edad media de los pacientes fue 50,5 ± 68,6 meses,< 1 mes n=40, 1-12 meses n=141 y > 1 año n=426 con una sobrevida global de 527/607= 87% (mortalidad 13%).
El riesgo de mortalidad quirúrgica se estratificó de acuerdo al Risk Adjustment Congenital Heart Surgery(RACHS) y edad, obteniendose la diferencia observada menos la esperada dentro de 30 días del postoperatorio, representados en un gráfico. La ecuación de regresión para el riesgo quirúrgico predecible en pacientes <18 años con circulación extracorpórea, como se muestra en apéndice, fue aplicada retrospectivamente desde 1 enero 2000 al 13 mayo 2011 en 607 procedimientos consecutivos. Un punto desplazamiento negativo (magnitud promedio -0.977) de la curva representó una mortalidad y un punto de ascenso aplanado positivo (magnitud promedio +0.023) una sobrevida. Apéndice: "Riesgo predecible= 1/[1 + 10 (- logaritmo odds risk)], donde logaritmo odds risk = -5.378 + [0.6359 x RACHS] + [3.115 x 1/ raiz cuadrada (edad en dias+1)]" (Kang N et al, 2006).
Resultados: El número de pacientes y sobrevida por RACHS fue: RACHS I n= 161, sobrevida 99,4% (mortalidad 0,6%), RACHS II n=282, sobrevida 89% (mortalidad 11%), RACHS III n= 120, sobrevida 76% (mortalidad 24%), RACHS IV n= 39, sobrevida 61,5% (mortalidad 38,5%), RACHS VI n=5, sobrevida 20% (mortalidad 80%).

Conclusiones: La aplicación de la ecuación de regresión para obtener la diferencia observada menos la esperada de cirugía cardiovascular con circulación extracorpórea en < 18 años y representados por puntos continuos en el gráfico de sobrevida y mortalidad, fue posible.
El gráfico mostró ser un método de sencilla interpretación de los resultados, pudiendo ser utilizado para monitorizar el proceso de la cirugia cardiovascular pediatrica con el objeto cuantificar para mejorar.

0076 - CORRECCIÓN ANATÓMICA, EN LA TRANSPOSICIÓN CORREGIDA DE GRANDES ARTERIAS. RESULTADOS QUIRURGICOS Y A MEDIANO PLAZO.

Dr. BARRETTA, Jorge Orlando | SUAREZ, Jose C. | MONTERO, Hernan | ALTABES, Maria | SALGADO, Gladis | MAGLIOLA, Ricardo | CAPELLI, Horacio | LAURA, Juan Pablo

HOSPITAL DE PEDIATRIA SAMIC DR. J. GARRAHAN

Objetivos: La reparación anatómica está siendo activamente adoptada como una opción para la transposición corregida de las grandes arterias (TCGA) en distintos centros .El objetivo fue evaluar nuestra experiencia en 9 años con este enfoque.

Materiales y Métodos: Entre junio del 2002 y marzo del 2011, un total de 14 pacientes con diagnostico de transposición corregida de las grandes arterias fueron tratados con reparación anatómica. Siete pacientes (grupo 1) ,fueron sometidos a una cirugía que combino el Rastelli y el swicth auricular, 5 casos tenían realizada anastomosis sistémico- pulmonar como paliación. Este grupo se asocio a estenosis o atresia pulmonar con comunicación interventricular (CIV). Los 7 pacientes restantes (grupo 2), tuvieron una operación de swicth arterial (Jatene) y swicth aurícular . El cerclaje de la arteria pulmonar se llevo a cabo en 4 de estos pacientes. La edad media en la corrección anatómica fue 4 años (rango 5 meses a 16 años) y un peso de 13,5 kg (rango 4,9 -48 kg).

Resultados: La evaluación del post-operatorio inmediato , mostró una media de ARM de 5 días (1 – 24) una duración media de estancia en la unidad de cuidados intensivos de 12 días (rango 1 -31 días) .El sangrado se observo en 3 pacientes , Arritmias supra ventriculares en 2 , quilo tórax en 1 y un paciente presento paresia frénica izquierda. Hubo 2 muertes hospitalarias, un paciente murió por fallo ventricular derecho secundario a insuficiencia a-v derecha severa (grupo 1) y otro (grupo 2) por sangrado durante conexión a ECMO. La sobrevida fue del 85,7 %.Los pacientes egresados, no presentaron defectos residuales por ecocardiografía y al ECG ritmo sinusal todos, salvo un paciente quien se opero con bloqueo a-v completo. El seguimiento tuvo una mediana de 60 meses (2-84), no hubo muertes tardías después del alta hospitalaria [supervivencia a largo plazo100% con clase funcional I en el 85 %],se reoperaron tres pacientes, dos por recambio de homoinjerto , uno obstrucción sub aortica ,uno fue sometido a dilatación efectiva con balón del conducto VD-AP y uno por IM severa al que se le realizo plástica mitral (todos del grupo 1).
En el grupo 2, solo un paciente evoluciono con insuficiencia mitral leve-moderada.No se observo insuficiencia aortica. En ambos grupos se observo, funcion ventricular conservada, ritmo sinusal y no evoluciono en ningún paciente la insuficiencia tricuspidea.Las tunelizaciones de los switch auriculares, no presentaron obstrucciones.

Conclusiones: La sobrevida inicial adecuada de la serie, nos refleja ser una buena opción de tratamiento. La combinación de Rastelli y Senning para la TCGA con estenosis pulmonar y CIV es una opción adecuada biventricular para aquellos pacientes que no tienen una válvula pulmonar utilizable. Los problemas de conductos VD- AP son progresivos, se han observado en este grupo con alta frecuencia. El hallazgo de disfunción ventricular izquierda o bloque A-V no se ha observado en ambos grupos, pero la insuficiencia mitral severa de un caso fue un hallazgo inesperado en esta serie. El swicth auricular combinado con cirugía de Jatene , nos muestra ser una buena opción de tratamiento a mediano plazo.

0077 - VALORES ECOCARDIOGRÁFICOS NORMALES EN JÓVENES DEPORTISTAS

Dra. GANTESTI, Jessica Anabel | CULACIATI, Guillermina | SANCHEZ LUCEROS, Diego | GINGINS, Mauro | FERNANDEZ, Mario | RIOS, Cecilia | DEVIGGIANO, Alejandro | DESCHLE, Hector Alfredo

DIAGNOSTICO MAIPU

Objetivos: Diferenciar las hipertrofias fisiológicas de aquellas patológicas en deportistas es una necesidad cotidiana. El objetivo del presente trabajo fue obtener valores ventriculares izquierdos normales en jóvenes deportistas sanos, que sirvan de referencia para situaciones en que dicha diferenciación resulte difícil.

Materiales y Métodos: Material y Método: Entre enero y marzo de 2011 ingresaron 32 sujetos saludables de entre 18 y 50 años que realizaron actividad física intensa más de una hora y más de tres veces por semana en el último año. Sexo masculino: 29 (90,6%).
Se calculo la superficie corporal por la fórmula de Mosteller. Se obtuvieron las mediciones en modo M del diámetro diastólico del VI, espesor del septum interventricular y pared posterior en diástole y se calculo el índice de masa del VI. Con Doppler se midieron las velocidades del flujo de lleno del VI y del Doppler tisular en el anillo mitral lateral y septal, Se calculo la relación E/e con ambas mediciones y con el promedio de ellas.

Resultados: Los resultados pueden observarse en la tabla

n=32	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tip
SIV/m2	4,06	6,77	5,2381	,63856
DDVI/m2	21,90	32,50	27,0935	2,53394
PP/m2	3,49	5,73	4,6354	,54822
Indice de masa	59,3	120,5	91,715	15,5323
e Lateral	10,5	28,9	20,069	4,7876
e Septal	9,7	22,8	14,469	3,2258
Promedio e tisular	10,65	25,25	17,2688	3,60610
E/e lateral	2,84	7,80	4,9721	1,18673
E/e septal	3,97	10,40	6,8740	1,77497
E/epromedio	3,71	8,91	5,7027	1,27054

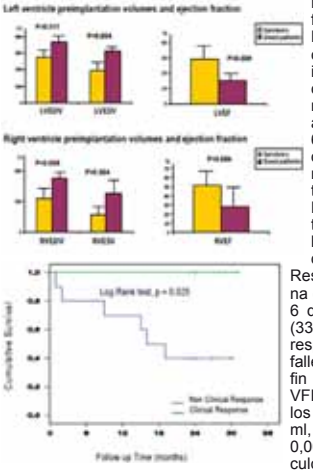
Conclusiones: Conclusiones: En esta población de pacientes deportistas saludables: A-El mayor espesor septal hallado fue de 6,77 mm/m2. B- el índice de masa máximo fue de 120 gr/m2 , C-la velocidad de la onda e tisular septal fue mayor a 9 cm/seg en todos los casos y D- La relación E/elateral fue inferior a 7,8. Estos valores pueden servir de referencia en aquellas situaciones en las que sea necesario diferenciar hipertrofias fisiológicas de los deportistas de las patológicas.

0078 - TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN, RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA PRE IMPLANTE Y MORTALIDAD A LARGO PLAZO.

Dra. TETTAMANTI, Maria Estela | REVILLA ORODEA, Ana | LÓPEZ DÍAZ, Javier | ARNOLD, Roman | DE LA FUENTE GALÁN, Luis | RECIO PLATERO, Amada | GÓMEZ SALVADOR, Itzíar | SAN ROMÁN CALVAR, José Alberto

INSTITUTO DE CIENCIAS DEL CORAZON (ICICOR), HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

Objetivos: Conocer las relaciones entre la respuesta clínica a la terapia de resincronización cardiaca (TRC) y la mortalidad a largo plazo con los volúmenes biventriculares y la masa necrótica evaluadas por resonancia magnética cardiaca (RMC) pre implante.



Materiales y Métodos: 21 candidatos a TRC fueron enrolados entre Noviembre de 2007 y Noviembre de 2008. 5 fueron excluidos; 13 pacientes (P) fueron sometidos a una RMC pre implante para evaluar la función biventricular y carga necrótica (técnica de realce tardío). La respuesta clínica a la TRC fue definida como un aumento >10% en el test de la caminata de los 6 minutos 6 meses post implante y la ausencia de eventos (ingresos por insuficiencia cardiaca, muerte cardiaca o transplante cardiaco) durante ese periodo de tiempo. Luego de 6 meses los P fueron seguidos según criterio del médico tratante. En Noviembre de 2010 decidimos realizar un análisis de supervivencia a largo plazo de la cohorte de P.
Resultados: Los P fueron seguidos por una mediana (rango intercuartílico) de 23,5 meses (16 – 27). 6 de 16 P murieron a lo largo del seguimiento (33,3%), todos ellos no respondedores. Todos los respondedores (n = 6) están vivos, p 0,025. Los P fallecidos tuvieron volúmenes de fin de sístole y de fin de diástole del ventrículo izquierdo (VFSVI, VFDVI) en la RMC preimplante más grandes que los sobrevivientes: VFDVI: 369 ± 42 vs 276 ± 41 ml, p 0,01; VFSVI: 311 ± 32 vs 198 ± 51 ml, p 0,004, y una fracción de eyección (Fey) del ventrículo izquierdo menor que aquellos que están vivos: 15 ± 5 vs 29 ± 9%, p 0,039. Además también mostraron volúmenes de fin de sístole y de fin de diástole del ventrículo derecho (VFSVD y VFDVD) mayores que los de los sobrevivientes: VFDVD: 177 ±21 vs 111 ± 33 ml, p 0,008; VFSVD: 128 ± 43 vs 56 ± 26 ml, p 0,004, y una Fey del ventrículo derecho menor que la de los que aun viven: 28 ± 20 vs 51 ± 15%, p 0,05. Los P fallecidos durante el seguimiento tuvieron una mayor carga necrótica que los sobrevivientes: 39 ± 9 vs 15 ± 9 g/m2, p 0,02, y un mayor porcentaje de necrosis en relación a la masa cardiaca: 23 ± 0,8 vs 10 ± 7 %, p 0,05. No encontramos asociaciones significativas entre la ubicación de la cicatriz, la respuesta a la TRC y la mortalidad.
Conclusiones: Los volúmenes biventriculares aumentados y el deterioro de la Fey biventricular en una RMC preimplante, al igual que una mayor carga necrótica total y relativa, se asocian con falta de respuesta clínica a la TRC y mayor mortalidad a largo plazo. La RMC preimplante parece ser una herramienta útil que ayuda a distinguir a los P que más podrían beneficiarse de la TRC.

0079 - EL GRADO DE REDUCCIÓN DE LA RESERVA CORONARIA ES LA LLAVE PRONÓSTICA DEL ECOESTRÉS FARMACOLÓGICO

Dr. CANIGGIA, Cristian Carlos | Dr. LOWENSTEIN HABER, Diego Maximiliano | GARCIA, Alicia | AMOR, Miguel | CASSO, Norberto | PORLEY, Carlos | ZAMBRANA, Gustavo | LOWENSTEIN, Jorge Alfredo

INVESTIGACIONES MEDICAS - CENTRO DIAGNOSTICO - POLIMEDIC

Objetivos: Establecer el pronóstico de los pacientes con enfermedad coronaria conocida o sospechada en relación al valor de la reserva coronaria (RC) de la Arteria Descendente Anterior (ADA) determinada durante un ecoestrés con Dipiridamol ó Dobutamina y respuesta simultánea normal de la motilidad.

Materiales y Métodos: Se constató la evolución de 475 pacientes (235 hombres: 49.5 %, edad 66 ± 11 años), que no presentaron disinergias durante el ecoestrés con dosis hasta 50 ug/Kg/minuto de Dobutamina (241 pacientes) o con 0.84 mg/kg. en 4 minutos de Dipiridamol (234 pacientes). En todos se había determinado, mediante Doppler pulsado, el valor de la RC como el cociente entre la velocidad del flujo diastólico máximo en el pico del estrés y la velocidad basal en la región distal de la ADA; se aceptó como normal un valor >= de 2. Fueron considerados eventos mayores: la muerte cardiovascular, el infarto agudo de miocardio y la cirugía de revascularización miocárdica. Para determinar la razón de chance de evento según el punto de corte de RC, se realizó un análisis de regresión logística ajustada a las variables que resultaron significativamente diferentes en el análisis univariado.

Resultados: Una RC normal se registró en 389 pacientes y restringida en 86 pacientes. Los pacientes del primer grupo tenían menor edad, menor deterioro leve a moderado de la función sistólica del ventrículo izquierdo y menor porcentaje de diabéticos, todos con p < 0.05. Durante el seguimiento de 46 ± 24 meses, se reconocieron 35 eventos mayores, 17 con RC normal (5.9 %) vs. 18 con RC reducida (21%), p < 0.0001, con una sobrevida libre de eventos a 48 meses de 95% vs. 78% respectivamente, Log-rank test = 0.0001. En el análisis multivariado de regresión logística (ajustado según edad, función ventricular y diabetes) la RC resultó ser el único predictor independiente de eventos combinados de morbimortalidad (OR 5.37; IC 95% 2.4-12; p = 0.001).
En relación al apremio utilizado la tasa de eventos con RC anormal fue con Dobutamina del 26.6% vs. Dipiridamol del 14.6% (p = NS).
La chance de evento mayor a largo plazo según el valor de RC resultó ser (ver Tabla): con RC >= 2: 1.08 veces (p: NS); con RC entre 2 y 1.65: 3.84 veces (IC 95%: 1.22-12.13; p=0.02); con RC entre 1.65 y 1.47: 4.57 veces (IC 95% 1.14-18.38; p=0.03) y con RC < 1.47: 5.06 veces (IC 95% 1.21-21.16; p = 0.02).

Valor de RC	Chance de evento (OR)	IC 95%	p
Mayor ó igual a 2	1.08		NS
Entre 2 y 1.65	3.84	1.22-12.13	0.02
Entre 1.65 y 1.47	4.57	1.14-18.38	0.03
Menor ó igual a 1.47	5.06	1.21-21.16	0.02

Conclusiones: Luego de un ecoestrés farmacológico con motilidad normal la tasa de eventos mayores a largo plazo estuvo directamente relacionada con el grado de restricción de la reserva coronaria.

0080 - RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE CARGA ATEROSCLERÓTICA CAROTIDEA EVALUADA POR ULTRASONIDO Y LA PRESENCIA ENFERMEDAD CORONARIA SEVERA.

Dr. LOWENSTEIN HABER, Diego Maximiliano | VILLANUEVA DEL VALLE, Martin | PEREA, Martín Francisco | DANIELO, Rafael | RODRIGUEZ CORREA, Carlos Alberto | GUEVARA, Eduardo | CORS, Jorge Miguel | BOZOVICH, Gerardo

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: El análisis y la importancia de la carga aterosclerótica carotidea y su relación con la gravedad de la enfermedad coronaria no ha sido suficientemente estudiada. El objetivo del presente trabajo es establecer la asociación existente entre el grado de carga ateroesclerótica en la arteria carótida primitiva, evaluada por medio del ultrasonido, y la enfermedad coronaria severa diagnosticada por angiografía.
Materiales y Métodos: Se incluyeron en este estudio retrospectivo de cohorte, de manera consecutiva, un total de 1.011 pacientes a los que se les realizó una cinecoronariografía antes de ser sometidos a cirugía de bypass coronario con/sin reemplazo valvular aórtico, entre enero de 2003 y diciembre de 2009. Se excluyeron aquellos pacientes menores de 50 años de edad ó con antecedentes de infarto de miocardio. Enfermedad coronaria severa se definió como la presencia de obstrucción luminal > 70% en al menos una arteria coronaria. Todos los pacientes tenían un estudio de ultrasonido carotideo dentro de los 30 días previos a la cirugía cardiaca. Carga aterosclerótica carotidea se clasificó en 4 estratos de acuerdo al número y la ubicación de las placas ateroscleróticas en la arteria carótida común: placa localizada unilateral; placa localizada bilateral; placa difusa unilateral y placa difusa bilateral. Para la validación del estudio, la cohorte total de pacientes fue dividida en dos: Grupo I: desarrollo y grupo II: validación. Se estimó la chance de evento (odds ratios (OR)) y sus intervalos de confianza 95% (IC 95%) y se realizó un modelo de regresión logística para ajustar por factores de confusión.

Grado de Carga Ateroesclerótica	OR	IC 95% ; p
placa localizada unilateral	2.45	1.34-4.5; <0.05
Placa localizada bilateral	1.98	1.29-3.03; <0.05
placa difusa unilateral	2.49	1.3-4.78; <0.05
placa difusa bilateral	4.44	1.96-10.01; <0.05

Resultados: Se incluyeron 756 pacientes con enfermedad coronaria severa y 247 sin enfermedad coronaria. Del total de pacientes, 751 (74,3%) eran hombres, 715 (70,7%) eran mayores de 65 años, 279 (27,6%) tenían diabetes y 621 (61,4%) eran dislipémicos. El grupo con enfermedad coronaria severa, en comparación con los pacientes que no la tenían, incluyó más varones (81,8% vs 51%), más pacientes con diabetes (31,8% vs 14,6%) y más dislipémicos (66,6% vs 45,3%), todos con p<0.01. Después de ajustar por edad, sexo, diabetes e hipercolesterolemia, con el Grupo I (grupo desarrollo) se realizó el modelo de regresión logística (Hosmer y Lemeshow p = 0.16, área bajo la curva ROC = 0,76) que estableció que el grado de severidad de carga ateroesclerótica carótidea estuvo fuertemente asociado a la presencia de enfermedad coronaria siendo la razón de chance de tenerla, según el grado de enfermedad carotidea (ver tabla): placa localizada unilateral: OR=2.45 (IC 95% 1.34-4.5); Placa localizada bilateral: OR=1.98 (IC 95% 1.29-3.03); placa difusa unilateral: OR=2.49 (IC 95% 1.3-4.78); placa difusa bilateral: OR=4.44 (IC 95% 1.96-10.01). No hubo diferencias cuando se lo comparó con el grupo II (validación) (Goodness of fit p value= 0.58; área ROC= 0.78).
Conclusiones: Se observó una asociación independiente entre el grado de carga aterosclerótica carotidea y la presencia de enfermedad coronaria severa. La ecografía carotidea debe ser considerada una herramienta útil para evaluar chance de tener enfermedad coronaria en los pacientes con factores de riesgo concomitantes.

0081 - TIEMPO AL INICIO DE LA REGURGITACION MITRAL COMO INDICADOR DE DISINCRONIA INTERVENTRICULAR EN PACIENTES CON BLOQUEO COMPLETO DE RAMA IZQUIERDA

Dr. GUERCHI, Juan Pablo | Dr. CASSO, Norberto Agustin | COLOMBERO, Jorge Dario | CHIRIFE, Raul | ABELLO, Mauricio | ELIZARI, Maria Amalia | OLMEDO, Julian | GRANCELLI, Hugo

FLENI - HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "JUAN A. FERNANDEZ"

Objetivos: Hemos propuesto, en presentaciones anteriores, el empleo del tiempo al inicio de la regurgitación mitral (TRM) como marcador del comienzo de la actividad mecánica del ventrículo izquierdo. El objetivo de este estudio fue determinar si el TRM puede utilizarse para evaluar la disincronía entre la activación de ambos ventrículos provocada por el bloqueo completo de rama izquierda (BCRI) comparandolo con un parámetro reconocido como lo es la diferencia entre los períodos pre-eyectivos izquierdo y derecho (DID).

Materiales y Métodos: Se incluyeron 47 pacientes con regurgitación mitral trivial o leve divididos en dos grupos: un grupo control, de 24 pacientes sin cardiopatía demostrable y QRS angosto y un segundo grupo, de 23 pacientes con BCRI.
En cada paciente se efectuó un ecocardiograma y Doppler y se registró el reflujo mitral con Doppler espectral pulsado con trazado simultáneo del ECG. Se midió el TRM como el intervalo entre el inicio del QRS y el comienzo de la regurgitación. Asimismo se midió la DID como la diferencia de tiempos entre el inicio del QRS y los comienzos de las respectivas eyecciones ventriculares izquierda y derecha.
Para ambas variables, TRM y DID, se analizaron las diferencias con la Prueba T para datos no apareados y se valoró la asociación entre ambos parámetros mediante el coeficiente de correlación.
Se comparó además, dentro del grupo con BCRI, el TRM de los pacientes con función sistólica del ventrículo izquierdo conservada y deteriorada.

Resultados: En el grupo control se obtuvo un TRM de 33 ms +/- 6 ms y una DID de 24 ms +/- 11 ms. En el grupo con BRI, el TRM fue de 112 ms +/- 9 ms y la DID de 57 ms +/- 21 ms. No se observó superposición de los datos entre ambos grupos para ninguno de los dos parámetros. La diferencia entre los dos grupos fue altamente significativa con p<0.00001 tanto para el TRM como para la DID. El coeficiente de correlación entre ambas variables para la totalidad de los pacientes fue de 0.82.

Conclusiones: El TRM resultó ser un parámetro útil para evaluar la disincronía interventricular en pacientes con BCRI y podría emplearse para optimizar los parámetros de la terapia de resincronización cardíaca. Presenta como ventaja frente a la DID que requiere una única medición y una sola ventana ultrasónica (apical) lo que es particularmente útil en pacientes con arritmias o con ventanas ultrasónicas no adecuadas. La correlación entre el TRM y el DID mostró ser excelente. Encontramos un TRM mayor en los pacientes con BCRI con deterioro de la función ventricular izquierda.

0082 - EVALUACIÓN CUANTITATIVA DE LA PERFUSIÓN MIOCÁRDICA MEDIANTE LA MODALIDAD DE ADQUISICIÓN SECUENCIAL DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTADA CARDÍACA.

Dra. CARRASCOSA, Patricia Marina | CAPUÑAY, Carlos | Dr. DEVIGGIANO, Alejandro Dario | CARRASCOSA, Jorge

DIAGNOSTICO MAIPU

Objetivos: Determinar el valor de corte óptimo para diferenciar los segmentos miocárdicos (SM) normales de los patológicos a través del análisis cuantitativo de la perfusión miocárdica por tomografía computada (TC) con adquisición secuencial.

Materiales y Métodos: Dieciocho pacientes (edad media 62 años; 74 % hombres) con sospecha de enfermedad coronaria e indicación clínica de angiografía coronaria invasiva fueron estudiados con estudios de perfusión miocárdica por tomografía computada con adquisición secuencial en reposo y en estrés.
Los estudios TC se efectuaron con un equipo de 64 cortes en reposo y en estrés luego de la administración de 0.56 mg/kg de dipiridamol. Las imágenes cardíacas fueron reprocesadas en una estación de trabajo en los planos eje corto y eje largo.
Se utilizo la clasificación de 17 segmentos de la AHA. Se efectuó un análisis cualitativo y cuantitativo de la perfusión miocárdica.
Para el análisis cuantitativo se estableció una región de interés en los SM normales e hipoperfundidos. Los SM hipoperfundidos en reposo y en estrés fueron considerados necróticos, mientras que los SM normoperfundidos en reposo e hipoperfundidos en estrés fueron considerados isquémicos.
Se realizó un análisis descriptivo y se estableció la media y la desviación estandar de la densidad miocárdica en los segmentos normales y patológicos en reposo y estrés. A través de la curva ROC de determinó la sensibilidad y especificidad óptima para diferenciar SM normales e hipoperfundidos.

Resultados: La dosis media de radiación efectiva fue 6.7 mSv. Se analizaron un total de 306 SM. 277 y 243 SM fueron normales en reposo y estrés respectivamente. Hubo 29 SM hipoperfundidos en reposo y 63 en estrés. 23 /29 y 6/ 29 SM tenían necrosis con y sin isquemia peri-necrosis respectivamente.
El valor medio de densidad de los SM normales y patológicos en reposo y en estrés fue 95.09+/- 22.31; 100.28+/-25.63; 41.12+/-18.27 and 48.17+/-17.51 unidades Hounsfield (UH) respectivamente.
La curva ROC diferenció el miocardio normal del hipoperfundido con un valor de corte de 58.59 HU y el miocardio necrótico del isquémico con un valor de corte de 63.5 HU.

Conclusiones: El análisis cuantitativo de la perfusión miocárdica por tomografía computada mostró una mayor densidad miocárdica en estrés que en reposo.
Un valor menor a 58.59 UH y a 63.5 UH en reposo y en estrés diferencian correctamente a los SM normales de los patológico.

0083 - RELACION ENTRE LOS PATRONES DE VIABILIDAD MIOCÁRDICA, EL FLUJO MIOCÁRDICO Y LA ANATOMIA CORONARIA EN PACIENTES CON DISFUNCION VENTRICULAR IZQUIERDA, VALORADO MEDIANTE TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES INTEGRADA CON TOMOGRAFÍA COMPUTADA MULTIDETECTOR

ARAMAYO G., Natalia | OSORIO, Amílcar | Dr. GERONAZZO, Ricardo Jose | NAMÍAS, Mauro | Dra. CAMPISI, Roxana

FUNDACIÓN CENTRO DIAGNÓSTICO NUCLEAR

Objetivos: La relación entre la viabilidad miocárdica (VM), el flujo coronario (FC) y el grado de estenosis epicárdica (EE) en pacientes con enfermedad coronaria y disfunción ventricular izquierda está poco investigada. El objetivo de nuestro estudio fue determinar si los patrones de VM por tomografía por emisión de positrones integrada con tomografía computada multidetector (PET/TC) junto a los valores del FC en reposo dependen de la severidad de la EE.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 27 pacientes con miocardiopatía dilatada de origen coronario derivados para estudios clínicos de VM con PET/TC gatillado, edad: 59±11años, 22 hombres, fracción de eyección: 29±11% con cinecoronariografía dentro de los 6 meses del estudio. Para evaluar la perfusión miocárdica (PM) y el FC en reposo en términos absolutos se inyectaron 15mCi de 13N-Amonio y para el metabolismo 10 mCi de 18F-2-desoxiglucosa luego de una carga oral de 50 g de glucosa. El análisis de las imágenes PET se efectuó según el modelo de 17 segmentos, los cuales se clasificaron en 4 patrones: match (M): disminución concordante de la PM y el metabolismo, mismatch (MM): disminución de PM con metabolismo preservado, MM Inverso (MMI): PM conservada con metabolismo disminuido y PM y metabolismo conservados (PM-C). El patrón M representa necrosis miocárdica mientras que los 3 últimos miocardio viable. El FC absoluto se calculó utilizando el modelo de 2 compartimentos. Se clasificó el grado de EE según los informes clínicos como: leve (L): <50%, moderada (Mo): >50%, severa (S): >70% y crítica (C): =90%.

Resultados: De 459 segmentos, 29% fueron M (FC: 0.40 ± 0.22 ml/min/g), 17% MM (FC: 0.46 ± 0.31 ml/min/g), 11% MMI (FC: 0.61 ± 0.19 ml/min/g) y 44% PM-C (FC: 0.69 ± 0.22 ml/min/g) por PET. El FC en reposo para MM, MMI y PM-C fue significamente mayor que para los segmentos con M (p<0.01). Según los informes de las coronariografías: 15 lesiones fueron L, 7 Mo, 20 S y 39 C. No se observó correlación entre el grado de EE y los patrones de VM (R<0.2, p=NS) y tampoco con los valores absolutos del FC en reposo (R = 0.12). El análisis por territorio vascular no mostró correlación con la severidad de la EE (p=NS). En los segmentos viables se observó una leve tendencia decreciente de la mediana del FC absoluto a mayor grado de estenosis (pendiente = - 0.04, R = - 0.96).

Conclusiones: En nuestro grupo de pacientes, la incidencia de los patrones de VM y los valores del FC en reposo por PET fueron independientes de la localización y la severidad de la EE. Estos hallazgos sugieren que el análisis de la anatomía coronaria no puede discriminar miocardio viable del necrótico ni predecir el estado funcional de la microcirculación en pacientes con disfunción ventricular izquierda.

0084 - PREVALENCIA DE HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA: IMPORTANCIA DEL DOSAJE DE HORMONAS TIROIDEAS EN ESTE GRUPO DE PACIENTES

Dr. FILIPINI, Eduardo Carlos | PERESSOTTI, Bruno | CORDERO, Diego | DAK, Marcelo | CORTÉZ QUIROGA, Gustavo | ANGEL, Adriana | DELGADO, Jorge | CUROTTO GRASIOSI, Jorge

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: determinar la prevalencia de hipotiroidismo subclínico (HS) en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (ICC), comparada con una población al azar y finalmente evaluar la mejoría de la capacidad funcional en la población con ICC por medio de una caminata de seis minutos.
Materiales y Métodos: se enrolaron 163 pacientes con ICC ambulatorios, con edad > 21 años, diámetro diastólico del ventrículo izquierdo (DDVI) > 55 mm, fracción de eyección (Fey) <35%, todos con tratamiento óptimo. Asimismo se ingresaron 124 pacientes que consultaron en los consultorios de demanda espontánea. A todos se les realizó dosaje de hormonas tiroideas para poder determinar la prevalencia de HS en cada grupo. En el grupo con ICC, la capacidad funcional se evaluó con la prueba de la caminata de 6 minutos. Se excluyeron los pacientes con indicación de cirugía por cualquier causa, las miocardiopatías de origen valvular e hipertrófica y aquellos con incapacidad motora para realizar la caminata de seis minutos. Se detectaron los pacientes con HS a quienes luego de un reposo de 15 minutos, un mismo operador controló la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno; posteriormente, les indicó que caminaran durante seis minutos a la mayor velocidad; una vez finalizada, se controlaron las mismas variables. Los pacientes fueron remitidos al servicio de endocrinología del hospital y fueron medicados para su HS; una vez eutiroideos se les realizó una nueva caminata de 6 minutos con la misma metodología. Se registraron los metros recorridos en cada una de las pruebas y se analizó la diferencia de los metros caminados en cada paciente.

CAMINATA DE 6 MINUTOS	hipotiroideos subclínicos no tratados n=23	hipotiroideos subclínicos tratados n=23	p
PAS basal (mmHg)	137.6±12.7	130.2±10.7	0.474
PAS final (mmHg)	119.5±18.4	117.1±13.7	0.637
PAD basal (mmHg)	63.85±9.0	60.1±9.6	0.547
PAD final (mmHg)	69.0±12.8	70.2±9.9	0.728
FC basal (lat/min)	69.7±12.9	65.4±9.3	0.231
FC final (lat/min)	82.7±15.2	80.1±9.0	0.517
Hts recorridos	292.2±62.9	348.5±75.5	0.011

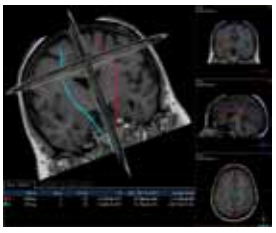
Resultados: se observó una prevalencia de HS del 13% en pacientes con insuficiencia cardíaca y del 7% en un grupo elegido al azar. Características de la población con ICC: edad: 66,90± 10,22; hombres 81%; etiología isquémico necrótica: 48%; CF I: 5%; CF II: 57%; CF: III 38%; Fey: 27,05±10,78; DDVI: 67,75±8,06. En la siguiente tabla se puede observar el comportamiento de las variables analizadas y los metros recorridos antes y después de ser tratados con suplementos tiroideos. Se observó una mejoría significativa en los metros recorridos en los pacientes tratados.
Conclusiones: encontramos una prevalencia de HS del 13% en pacientes con ICC muy por encima de lo detectado en una población al azar sin ICC. Los pacientes con ICC una vez tratados mejoraron en forma significativa su perfomance física, lo cual justifica el pedido rutinario de hormonas tiroideas sobre todo si los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica tratados en forma óptima no mejoran su capacidad funcional.

0085 - EVALUACION DEL DOLOR PRECORDIAL EN PACIENTES CON SINDROME X MEDIANTE TRACTOGRAFIA POR RESONANCIA MAGNETICA

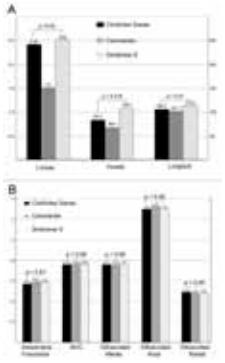
GURFINKEL, Enrique Pablo | Dr. OCHOA, Juan Pablo | RIZNYK, Laura Mariana | SCIARRESI, Esteban Andres | GARATE, Maria Laura | PRINCICH, Juan Pablo | CARROZA, Valeria | BINAGHI, Daniela

FUNDACION FAVALORO - INVESTIGACIONES MEDICAS - CENTRO DIAGNOSTICO - CONICET

Objetivos: Explorar los tractos nerviosos sensitivos (tracto espinotalámico lateral (TETL)) involucrados en la percepción anormal del dolor en mujeres que sufren de Síndrome X.



Materiales y Métodos: Estudio prospectivo experimental que incluyó 24 mujeres: 12 con síndrome X (prueba evocadora de isquemia positiva con coronarias angiograficamente normales y al menos un episodio de angina dentro del último mes); 6 enfermedad coronaria documentada (obstrucción en al menos una arteria epicárdica mayor mayor al 70%, y con al menos un episodio de angina en el último mes); y 6 controles sanas. Se obtuvieron imágenes con la técnica de difusión con un resonador de 1.5 T. Se realizó el mapeo del tracto espinotalámico lateral mediante tractografía por difusión, y se confirmó que este coorespondía al TETL por un neurorradiologo simple ciego (Fig. 1). Las características anatómicas (lineas, voxels y longitud) y físicas (anisotropía fraccional, coeficiente de difusión aparente, difusividad media, radial y axial) de cada tracto fueron analizadas.



Resultados: Se pudo aislar el haz espinotalámico lateral en todas las pacientes evaluadas. No hubo diferencias en las características físicas (Fig. 2A) de los tractos, lo que reflejó la indemnidad de los haces evaluados. Existió una diferencia significativa en el numero de voxels de los 3 grupos a expensas del grupo síndrome X (101,2±46,9 vs. 83,2±24 vs. 66±16; p=0.030), como una tendencia a presentar mayor número de líneas en cada tracto (Fig. 2B).
Conclusiones: El Síndrome X se asocia a signos y síntomas de isquemia, sin enfermedad arterial epicárdica significativa. Algunos estudios han demostrado un aumento de la percepción de los estímulos cardiacos en estos pacientes, pero a pesar de décadas de investigación, la naturaleza del dolor es aún controvertida. En nuestro trabajo existieron diferencias en algunas de las características anatómicas de los tractos de las pacientes con Síndrome X con respecto a controles sanos y pacientes con enfermedad coronaria, con indemnidad en las características física de las fibras, que fueron similares en los tres grupos. Este probablemente sea el primer estudio experimental en demostrar que es posible evaluar “in vivo” los tractos neurológicos involucrados en la transmisión del dolor en este grupo de pacientes, abriendo un nuevo campo de investigación.

0086 - RELACION DEL EFECTO ANTIAGREGANTE DE ASPIRINA Y EL RECUENTO PLAQUETARIO. POSIBLES IMPLICANCIAS EN LA DOSIFICACION.

Dr. COHEN ARAZI, Hernan | Dra. CARNEVALINI, Mariana | GIORGI, Mariano | FALCONI, Estela | OVEJERO, Rodrigo | CAROLI, Christian | NOJEK, Carlos | BADIMON, Juan Jose

FLENI

Objetivos: El 30% de los pacientes presentan inadecuados niveles de antiagregación plaquetaria con 100 mg/dia de Aspirina (AAS) en el post-operatorio de revascularización coronaria (CRM). Esta variación en la respuesta antiagregante parece relacionada con el aumento del recuento plaquetario. El objetivo de este estudio es estudiar la relación entre el recuento/turn-over plaquetario y la reducción del efecto antiplaquetario con AAS. Comparar el efecto antiagregante plaquetario con diferentes dosis de AAS (100 mg/dia, 300 mg/día y 100 mg 3 veces al día).
Materiales y Métodos: Se randomizaron prospectivamente 50 pacientes(p) sometidos a CRM aislada con circulación extracorpórea (CEC), a recibir: 100 mg AAS por día (G100; n=18p), 100 mg 3 veces por día (G100x3; n=18p) o 300 mg al día (G300;n=14p) iniciando el tratamiento entre las 6 y 24 horas del post-operatorio. Todos los pacientes recibieron tratamiento con AAS 100 mg/día hasta el día de la CRM. La reactividad plaquetaria se midió mediante agregación en sangre entera (WBA) en respuesta a ácido araquidónico (AA). La respuesta antiagregante y el recuento plaquetario se estudiaron antes de la cirugía (t0), y a las 24 hs (t1), 72 hs (t2) y a la semana (t3) de la CRM. Para obtener un valor de referencia de agregación plaquetaria normal, se obtuvieron 131 muestras de sujetos normales sin tratamiento con AAS.

Pacientes con valores de agregación > 0 ohm	G300(18p)	G100x3(18p)	G300(14p)
T2	11(61%)	1(5%)	3(21%)
T3	11(61%)	5(27%)	7(50%)
P= 0.05 para G100 vs G300			
P= 0.045 para G100x3 vs G300			

Resultados: La edad promedio de la población en estudio fue 69.9 +- 9 años, y no hubo diferencias en la prevalencia de hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, ni tabaquismo. Se realizaron 2.95 +- DS 0.65 by pass. El tiempo de CEC fue de 76 minutos (IC25-75%: 64-91) y el tiempo de clampeo aórtico 44 minutos (IC 25-75%: 37-52). No se observaron diferencias entre los tres grupos.Todos los pacientes sobrevivieron al procedimiento. Tres pacientes requirieron recirugía por sangrado: 2 del grupo G100 y 1 del G100 x 3. Doce pacientes presentaron valores de CK MB > 60U: 6 del G100, 3 del G100x3 y 3 del G300. Ningún paciente tuvo nuevas ondas Q en el ECG. En la medición del pre-operatorio todos los pacientes tenían valores óptimos de antiagregación (0 ohm). Losa valores del post-operatorio se muestran en la tabla. El valor promedio de agregación plaquetaria del grupo control fue 6 (IC 25-75%: 3-10) ohm. Ningún paciente del G100x3 presentó estos valores, sin embargo 3 p (21%) de G300 y 4 (22%) de G100 tuvieron valores de agregación > 6 ohm; entre el tercer y séptimo día luego de la CRM. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre la antiagregación plaquetaria y la variación del número de plaquetas (turn-over) en el período perioperatorio (p=0.001). Un turn-over diario > 20% representó un OR de 2.1 (IC 1.8-4.21,p=0.0028) de tener valores de agregación plaquetaria > 6 ohm.
Conclusiones: En esta población de pacientes sometidos a CRM con CEC se observó que la menor respuesta antiagregante a AAS se relaciona con el turn-over aumentado de plaquetas. Los resultados sugieren fuertemente que una dosis diaria de AAS puede no ser suficiente para inhibir la producción diaria de nuevas plaquetas. De acuerdo a la vida media de la AAS, parece razonable fragmentar el tratamiento diario con bajas dosis para inhibir la producción de nuevas plaquetas a lo largo del día.

0087 - MOTIVOS DE INGRESO, PROCEDIMIENTOS, EVOLUCION Y TERAPEUTICAS AL ALTA DE 54000 PACIENTES INGRESADOS A UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULARES EN ARGENTINA. 6 AÑOS DEL REGISTRO EPICARDIO.

Dr. SILBERSTEIN, Mario Alejandro | DE ABREU, Maximiliano | MARIANI, Javier | DE SAGASTIZABAL, Daniel | SALZBERG, Simon | GAGLIARDI, Juan | DOVAL, Hernan | TAJER, Carlos

Grupo GEDIC

Objetivos: Caracterizar los motivos de admisión actuales a las Unidades Coronarias (UC), usos terapéuticos, procedimientos y evolución, mediante la utilización de la epicrisis de Unidad Coronaria Epi-Cardio.

Materiales y Métodos: Ingresaron al registro 54055 pacientes (p), pertenecientes a 55 UC de todo el país en el periodo agosto 2005 hasta la fecha enero 2011.

Resultados: La edad promedio fue 64,9 ± 14,7 años, sexo masculino 63,9%. Los motivos de admisión fueron: Síndromes coronarios agudos (SCA) 13460p (24,9%), derivados de hemodinamia (posATC, posCCG) 5644p (10,5%), Insuficiencia Cardiaca 6333 p (12%), Taquiarritmias 4898 p (9.1%), Bradiarritmias 1477 p (2,7%), Cirugía cardiovascular 2263 p (4,2%), Sindromes Aorticos Agudos 653 p (1,2%), síncope 1652 p (3,1%), procedimientos con dispositivos electrónicos 2285 p (4,2%), dolor torácico no coronario 2068 p (3,8%), otros 13698 p (24,5%).
Entre los procedimientos realizados se indicó monitoreo con Swan Ganz en 576p (1,07%), asistencia respiratoria en 1727p (3,19%), balón de contrapulsación intraaortico 188p (0,35%) y marcapasos transitorio 483p (0,89%) . Mortalidad 1417p (2,62%).
Entre los pacientes con SCA sin elevación ST se realizó cinecoronariografia a 2419 p (51,8%) y angioplastia a 1225p (26,3%) . La utilización de drogas al alta en este contexto fue: aspririna 93,8% , b-bloqueantes 82,5% , estatinas 85,2% y clopidogrel 59,8%. Mortalidad 1,61%
Entre los pacientes con SCA con ST elevado se indicó terapia de reperfusión en el 64,4% (TBL 26,2%, PTCA 1ria 38,3% y PTCA rescate 7,2%) y recibieron al alta: aspirina 98,4% , b-bloqueantes 86,9 % y estatinas 93,2% enalapril 69,6% . Mortalidad 5,4%

Conclusiones: En seis años se logró la inclusión consecutiva de más de 50.000 p y continuidad en el proyecto, permitiendo una descripción de la evolución hospitalaria y prácticas clínicas en una red amplia.
La participación en la red se asoció a una mejora en la indicación de la terapia basada en la evidencia. El registro prospectivo multicéntrico con una herramienta simple como una epicrisis integrada a la práctica asistencial-administrativa, debe ser considerado una estrategia valiosa para evaluar y mejorar la práctica clínica en UCO.

0088 - RIESGO PARADÓJICO EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CON REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA.

Dr. CAROSELLA, Victorio Carlos | Dr. GRANCELLI, Hugo Omar | Dr. RODRIGUEZ, Walter | CAMPORROTONDO, Mariano | SELLANES, Miguel | CACERES, Miguel | CARDENAS, Cesar | NOJEK, Carlos A

FLENI

Objetivos: Evaluar los cambios en la mortalidad operatoria de la cirugía coronaria global en relación a las variaciones del riesgo de la intervención quirúrgica durante los últimos años.
Materiales y Métodos: Se incluyeron 3893 pacientes adultos consecutivos que fueron intervenidos por cirugía de revascularización miocárdica (CRM) aislada o combinada con otro procedimiento quirúrgico cardiovascular incluidos en nuestra base de datos prospectiva. Se analizó la población operada entre los años 1994 - 1997 (grupo A), n = 1698, entre 1998 - 2001 (grupo B), n = 1188, entre 2002 - 2005 (grupo C), n = 553 y entre 2006 - 2010 (grupo D), n = 454, considerando la mortalidad operatoria y los cambios en las variables clínicas preoperatorias y la complejidad de los procedimientos quirúrgicos. Se calculó para cada grupo la media de la sumatoria del score de riesgo preoperatorio (ArgenSCORE). Los datos fueron analizados mediante test de chi cuadrado, test de Fisher o prueba de ANOVA según corresponda. Se consideró significativa una p < 0,05.
Resultados: La edad media de la población fue 64,6 ± 9,66 años, el 18,7% mujeres, el procedimiento quirúrgico fue CRM aislada en el 83,0% y CRM combinada en el 17,0%.

Variable preoperatoria:	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	p
Mujeres (%)	18,3	22,3	14,3	15,9	<0,0001
> de 80 años (%)	2,7	2,5	4,9	7,9	<0,0001
Vascular periférico (%)	8,8	7,6	11,2	8,9	0.09
Cirugía no electiva (%)	8,8	10,4	10,8	19,6	<0,0001
Balón de contrapulsación preoperatorio (%)	2,7	5,0	3,4	6,8	<0,0001
Tronco coronaria izquierda > 50% (%)	16,2	13,8	26,0	28,4	<0,0001
Procedimiento quirúrgico:					
CRM aislada (%)	85,8	82,1	85,0	72,7	<0,0001
CRM + valvular (%)	10,0	13,7	10,3	17,8	<0,0001
CRM+valvular+otra (no CRM, no valvular)(%)	1,1	1,3	1,1	5,5	<0,0001
Reemplazo aorta ascendente (%)	1,4	1,6	1,6	3,5	0,02
Cirugía combinada total (%)	14,2	17,9	14,6	27,8	<0,0001
Relación riesgo preoperatorio / mortalidad:					
Score preoperatorio (media)	24,5	24,8	23,5	27,0	<0,0001
Mortalidad operatoria (%)	10,8	9,5	4,2	5,3	<0,0001

Conclusiones: Durante los últimos 17 años se observa una reducción de la mortalidad intrahospitalaria en la cirugía coronaria a pesar de un mayor riesgo operatorio. Este riesgo paradójico puede estar relacionado al incremento en la complejidad de los procedimientos quirúrgicos y algunas variables de riesgo preoperatorias combinado con los progresos en las técnicas quirúrgicas, la anestesia y el manejo de la recuperación postoperatoria.

0089 - CIRUGÍA DE REEMPLAZO DE RAÍZ AÓRTICA CON PRESERVACIÓN DE LA VÁLVULA AÓRTICA: 13 AÑOS DE EXPERIENCIA INSTITUCIONAL

Dra. SALVATORI, Carolina | ROURA, Pablo | Dra. ARZANI, Yanina | Dr. BOZOVICH, Gerardo Edgar | Dr. FAVALORO, Roberto Rene

FUNDACION FAVALORO - UNIVERSIDAD FAVALORO

Objetivos: Analizar los resultados hospitalarios, y a largo plazo, de la cirugía de reemplazo de raíz de aorta con preservación de la válvula aórtica, en nuestro centro.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó en forma consecutiva, entre mayo de 1998 y marzo de 2011, a 50 pacientes (p) intervenidos con cirugía de reemplazo de raíz aórtica (RAo) con preservación de la válvula aórtica (VAo). En todos los casos se realizó un ecocardiograma transesofágico (ETE) intraoperatorio, y se llevó a cabo seguimiento clínico y ecocardiográfico.

Resultados: La edad promedio fue de 48±17 años y el 78 % fueron de sexo masculino. La cirugía fue electiva en 43 p (86%), eran portadores de VAo bicúspide 6 p (12%) y de síndrome de Marfan (SM) 13 p (26 %). El 56% (28 p) tenía una insuficiencia aórtica (IAo) preoperatoria moderada a severa, y la fracción de eyección promedio fue de 56% La indicación de cirugía fue por aneurisma de la RAo en 31 p (62%), disección aórtica en 8 p (16%), IAo sintomática en 8 p (16%) y por evidencias de disfunción del VI en 3 p (6%). En la evaluación ecocardiográfica preoperatoria de la RAo se observó: anillo aórtico 28 mm, porción sinusal 47 ±9.7 mm, unión sinotubular 47±11 mm y porción tubular 44±12 mm. Se llevó a cabo técnica de reimplante de la RAo (Tyrone David) en 47 p, y de remodeling (Yacoub) en 3 p. En 10 p se realizó cirugía del cayado aórtico, 10 p requirieron cirugía de revascularización miocárdica y 6 p plástica de válvula mitral. La mortalidad hospitalaria fue de 4% (2 p) y durante el período de seguimiento fue de 6 % (3 p). El seguimiento a 13 años fue completo en un 98%, con una media de 4.6±2.7 años. Durante el mismo, 5 p (10%) desarrollaron IAoS y debieron ser reoperados. Todos ellos tenían IAo severa preoperatoria y no eran portadores de VAo bicúspide, ni de SM.
A 5 años la sobrevida estimada fue de 87% (I.C. 95% 72; 95) y la libertad de reoperación de 88% (I.C. 95% 72; 95)

Conclusiones: El reemplazo de la RAo con preservación de la VAo, se realizó en nuestro centro con baja mortalidad hospitalaria y resultados favorables a corto y mediano plazo. Los pacientes con IAo severa preoperatoria requirieron mayor reintervención por IAo severa en el seguimiento.

0090 - CIRUGIA CARDIACA EN OCTOGENARIOS: RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS Y PREDICTORES DE MORBIMORTALIDAD

Dr. PICCININI, Fernando | VRANCIC, Mariano | SILES, Gustavo | GIL, Christian | GROMENIDA, Paolo | GUZMÁN, Francisco | THIERER, Jorge | NAVIA, Daniel

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Objetivos: El envejecimiento progresivo de la población mundial y la expectativa de vida aumentada en pacientes octogenarios, ha incrementado el número de cirugías cardíacas en este subgrupo, y por ende, la preocupación por identificar predictores de riesgo, objetivo principal de esta revisión.
Materiales y Métodos: Se incluyeron 403 pacientes mayores de 80 años, operados consecutivamente, en el período Dic 1997-Dic 2010. Edad 82± 2.7 (80 -94 años), Euroscore 8 ±4.9, varones 62%. Se realizó cirugía coronaria en 149 p.(36.9%, 25.1% Offpump), valvular aórtica y/o mitral 135p. (33.49%), combinada 93p. (23.1%) y otras (Ao. Ascendente, tumor, Maze, pericardio) 26p. (6.4%). Las variables demográficas e intraoperatorias, así como la incidencia de complicaciones y muerte intrahospitalaria, fueron analizadas y reportadas en forma global y divididas por tipo de cirugía. Se identificaron predictores de morbilidad y mortalidad global y por cirugia. Se utilizó para el análisis estadístico test de Chi2 y Fisher T Test.
Resultados: Morbilidad postoperatoria global: FA 28%, Inotropicos 27%, BGC 12.6%, Reop sangrado 5.7%, IRA 12.6%, diálisis 3.5%, IAM 1.24%, ARM prolongada 10.2%, Complicación Mayor 18.86%.Se identificaron como predictores de mortalidad global (11.66%), por multivariado, el sexo femenino (OR 2.3 p=0.007 CI 95% 1.26-4.39), VI mod/severo (OR 2.38 p=0025 CI 1.11-5.09) y ocurrencia de complicación mayor (OR 10.2, p= 0.022, IC95% 1.14–6.12). Para morbilidad global (MACE 18.86%), análisis multivariado, no extubación (OR 2.35, p=0,028, IC95% 1.09-5.05), tpo operatorio (OR 1.0, p=0,001, IC95% 1.001-1.007) e insuficiencia renal previa (OR 3.04, p=0,007, IC95% 1.34-6.87). Por tipo de cirugía se reportan en tabla 1.

CIRUGIA VALVULAR	Mortalidad (n=13/135)		
sexo femenino	OR 13.38	p=0.018	IC95% 1.5 - 11.56
complicación mayor	OR15.49	p=0.000	IC95% 3.95 - 60.8
	Morbilidad (n=30/135)		
BMI	OR 0.86	p= 0.025	IC95% 0.75 - 0.98
Tiempo CEC	OR 1.10	p= 0.020	IC95% 1.00 - 1.02
CIRUGIA CORONARIA	Mortalidad (n=19/149)		
Complic. mayor	OR 14.98	p= 0.000	IC95% 4.08 - 54.8
Tiempo operatorio	OR 1.00	p =0.031	IC95% 1.00 -1.01
IRC	OR 11.7	p =0.002	IC95% 2.47- 56.2
	Morbilidad (n=29/135)		
CRM previa	OR19.04	p=0.010	IC95% 2.04 - 177.6
No-extubación	OR 5.60	p=0.003	IC95% 1.80 - 17.4
FI mod/sev	OR 5.99	p=0.012	IC 95% 1.47 - 24.46
CIRUGIA COMBINADA	Mortalidad (n=13/93)		
Sexo femenino	OR 5.38	p=0.021	IC95% 1.28 - 22.57
Comp. mayor	OR 11.05	p=0.002	IC95% 2.38 - 51.28
Enf. pulmonar	OR 7.53	p=0.001	IC95% 1.30-43.5
	Morbilidad (n=32/93)	sin predictores	

Conclusiones: El paciente octogenario representa un desafío, en especial mujeres, aquellos con deterioro ventricular y sometidos a procedimientos combinados. En cualquier tipo de cirugía, tiempos operatorios prolongados son sinónimo de complicaciones, con un claro impacto sobre la mortalidad hospitalaria..

0091 - DELIRIUM EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA

Dra. ARZANI, Yanina | OCHOA, Juan Pablo | BARBIERI, María Alejandra | CICOLINI, Alejandro | Dra. ESCARAIN, Maria Carolina | NALLAR, María Florencia | FAVALORO, Roberto | Dra. GALLUCCI, Emilce Mabel

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: Investigar la incidencia, los predictores y las complicaciones asociadas a la aparición de delirium en el postoperatorio (POP) de cirugía cardiaca o intratorácica con circulación extracorpórea.
Materiales y Métodos: Se analizó una base de datos que incluyó 494 pacientes (p) operados de cirugía cardiovascular en forma consecutiva en un solo centro desde el 01/09/10 al 31/03/11. Se evaluaron 393 p sometidos a revascularización miocárdica, cirugía valvular, combinada y de arco aórtico, tromboendarterectomía pulmonar y trasplante de órganos intratorácicos. Se definió al delirium como la presencia del test Confusion Assessment Method in the Intensive Care Unit (CAM-ICU) positivo o el requerimiento de drogas antipsicóticas durante la internación en el área de cuidados críticos. Las variables continuas fueron expresadas como media +/- desvío standard y analizadas mediante el test de T o Mann Whitney según correspondiera. Las variables dicotómicas fueron expresadas como números enteros y porcentajes y analizadas con el test de Chi cuadrado o el test exacto de Fisher. Se identificaron mediante un análisis de regresión logística los predictores independientes para el desarrollo de delirium. Fueron incluidas en el modelo las variables que presentaron diferencias significativas en el análisis univariado. Posteriormente fueron evaluadas las complicaciones asociadas al delirium POP.

Resultados: De los 393 p, 86 (22%) presentaron delirium en el POP.
Se observó una relación entre la aparición de delirium y la complejidad del tipo de cirugía, encontrándose mayor incidencia en el grupo de trasplante cardiaco o pulmonar (5/11 p; 45.5%) y la menor en la cirugía de revascularización miocárdica (CRM) (32/144 p; 18%). Se realizó un subanálisis en CRM comparando la utilización o no de circulación extracorpórea (CEC), que arrojó una tendencia no significativa a favor del grupo sin CEC (21.3% vs 15.1%, p 0.28). Las variables que en el análisis univariado se asociaron en forma significativa al desarrollo de delirium fueron edad, score de Parsonnet, politransfusión, uso de milrinone, hipoxemia, shock cardiogénico y falla orgánica múltiple. Tras el análisis multivariado, los predictores independientes para el desarrollo de delirium fueron el shock cardiogénico (OR 1.78, IC 1.09 – 3.33), el uso de milrinone (OR 1.74, IC 1.02 – 3.28) y la edad (OR 1.05, IC 1.02 – 1.07). El delirium se asoció a un aumento en la incidencia de fibrilación auricular (FA) (32.6% vs 15%, p 0.001), ritmo nodal (16.3% vs 7.2%, p 0.018), ACV (4.7% vs 1%, p 0.044), horas de ARM (16.8 vs 30.4, p 0.047) y en los días de estadía en UTI (3.11 vs 5.07, p 0.003) y hospitalaria (10.9 vs 19.7, p <0.001). No hubo diferencias significativas en la mortalidad entre ambos grupos (2.3% vs 4.9%, p 0.38).

Conclusiones: Uno de cada 5 pacientes desarrollaron delirium en el postoperatorio de cirugía cardíaca, siendo esta complicación mas frecuente en p trasplantados y de edad avanzada. El shock cardiogénico y el uso de milrinone fueron predictores independientes para la aparición del mismo.
El delirium en el POP se asoció significativamente a un aumento de la morbilidad (FA, ritmo nodal, ACV y tiempo de ARM) como así también de la estadía en cuidados intensivos y hospitalaria.

0092 - EVALUACION DE CRITERIOS DE EXTUBACION EN QUIROFANO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA CARDIACA

CARDENAS, Cesar Mario | Dr. PIAZZA, Ramon Antonio | HACHIM, Karem Dario | BIRGER, Alfredo | Dr. KEMPNY, Pablo Daniel | Dra. COMAS WELLS, Maria Fernanda Emma | GONZALEZ, Juan Martin | Dra. TELLECHEA, Maria Fernanda

SANATORIO TRINIDAD MITRE

Objetivos: Analizar y objetivar los criterios para extubar o no en quirófano a pacientes adultos sometidos a cirugía cardíaca, con o sin circulación extracorpórea (CEC).
Materiales y Métodos: Se analizó una población de 303 pacientes consecutivos operados entre julio de 2007 y mayo de 2008 por un mismo grupo quirúrgico en 7 centros diferentes. La edad media fue de 64,3 años, el 73% masculino. El 56% fue sometido a cirugía de revascularización aislada (CRM), el 17% a cirugía valvular y el 27% a cirugía combinada. El 53.5% del total fue sin CEC (92.4% de los coronarios aislados). Se utilizaron dos técnicas anestésicas básicas: endovenosa pura (aplicada en el 36,6% de los casos) y balanceada (endovenosa + inhalatoria), en el 63,4% restante), a criterio del anestesiólogo actuante. Al finalizar la operación, y ante la carencia de parámetros específicos para la especialidad, se evaluó la posibilidad de extubación en quirófano según el score de Aldrete usado habitualmente para cirugía general. Se consignaron 45 variables para cada paciente. El estudio estadístico consistió en categorizar las variables continuas y realizar el análisis univariado (test de chi2 o de Fisher según el número) y el análisis multivariado por regresión logística múltiple.
Resultados: Se extubaron en quirófano 252 pacientes con éxito (83.2%) y debieron ser reintubados 5 pacientes (1.7% del total y 2% de los extubados) sin consecuencias. En el análisis univariado las variables que mostraron significación estadística (p<0.05) como factores adversos de la extubación fueron: la edad mayor de 70 años (OR 2.23), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (OR 2.18), la cirugía previa (OR 10.64), la cirugía de emergencia (OR 7.81), los procedimientos combinados (OR 2.48), el uso de CEC (OR 3.36), el paro circulatorio (OR 7.81), el requerimiento de 2 o más inotrópicos (OR 9.86), la saturación <90% (OR 7.81), el pH<7.30 (OR 5.82) y la inestabilidad hemodinámica (OR 190.4). En cuanto a las variables favorecedoras de la extubación fueron: la cirugía electiva (OR 0.29), la CRM pura (OR 0.44), la cirugía sin CEC (OR 0.30) y el no requerimiento de inotrópicos postoperatorios. Estas variables fueron entradas a un modelo de regresión logística múltiple junto a otras no significativas pero consideradas de significación clínica. Dicho modelo logró un gran ajuste entre los valores observados y esperados (test de Hosmer-Lemeshow con p=0.9441). Los predictores independientes (con p<0.05) encontrados con este método fueron la edad mayor de 70 años (OR 3.69), la cirugía previa (OR 13.8), el grado 3 o 4 de dificultad de intubación orotraqueal según la clasificación de Comarck y Lehane, (OR 7.36), el paro circulatorio (OR 10.67), el requerimiento de 2 ó más inotrópicos (OR 13.43), la saturación <90% (OR 31.98), el pH<7.30 (OR 7.89) y la inestabilidad hemodinámica (OR 119.8). Este modelo presentó una excelente predicción de la factibilidad de extubación, con 89.9% de área bajo la curva ROC. Con estos predictores se desarrolló un score aditivo de 12 variables y 1 constante, con cuyo resultado puede calcularse la probabilidad de extubación con un gráfico creado para tal fin.
Conclusiones: En nuestra experiencia, la extubación en quirófano es factible y segura, lográndose en un alto porcentaje de los casos. Se desarrolló un score aditivo para objetivar la conveniencia o no de extubar a los pacientes con un excelente grado de ajuste, de muy fácil aplicación a través de un grafico de probabilidades. Dicho score deberá ser validado con su aplicación prospectiva en una nueva población de pacientes.

0093 - IMPACTO DE LA VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE Y DE LA INSUFICIENCIA AÓRTICA PREOPERATORIA EN LA REOPERACIÓN POR DISFUNCIÓN DEL AUTOINJERTO LUEGO DE LA CIRUGÍA DE ROSS: 15 AÑOS DE EXPERIENCIA.

Dra. ESCARAIN, Maria Carolina | Dr. BOZOVICH, Gerardo Edgar | SALVATORI, Carolina | Dr. FAVALORO, Roberto Rene

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: Analizar si los pacientes (p) con válvula aórtica bicúspide (VAB) o insuficiencia aórtica (IA) preoperatoria intervenidos con Cirugía de Ross (CR) presentan una mayor tasa de reoperación por disfunción del autoinjerto (DA) en el seguimiento a largo plazo.

Materiales y Métodos: Desde 07/1995 a 12/2010, 249 p fueron intervenidos, en nuestro centro, con CR. Se excluyeron tres p: 2p fueron reoperados por una indicación no relacionada a la CR, 1p sufrió lesión iatrogénica del autoinjerto pulmonar. Se realizó seguimiento clínico y ecocardiográfico. Se compararon las incidencias de DA, reoperación por DA y eventos valvulares relacionados (muerte, reoperación, tromboembolismo, sangrado, endocarditis).

Resultados: La edad media fue 42 ± 12 años; 72% de sexo masculino. Se observó en 190 p (77%) VAB y en 56 p (23%) válvula aórtica tricúspide (VAT). Las indicaciones de CR fueron estenosis aórtica (EA) en 124 p (58%) e IA en 89 p (42%), (33 p tenía enfermedad valvular aórtica y fueron excluidos). La mortalidad a 15 años fue de 5% (10p) en VAB y 10% (6 p) en VAT (p = 0,14); 9% (11p) en IA y 4,5% (4p) en EA (p = 0,22). DA fue diagnosticada en 6 p (4%) con VAB y en 4 p (10%) con VAT (p = 0,13); en 2p (2%) con EA y en 8p (12%) con IA (p < 0,01). No se observó reoperación por DA en VAT comparado con un 3,3% (6 p) de reoperación en VAB (p = 0,17). Un p con EA (0,8%) requirió reoperación por DA vs 4p (4,7%) con IA (p = 0,07). No se observaron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a eventos valvulares relacionados: 11% (6p) en VAT y 9% (17p) en VAB (p = 0,6); 10% (12p) en EA y 9% (8p) en IA (p = 0.8).

Conclusiones: En nuestra experiencia, no se encontró asociación significativa entre la presencia de VAB ó IA preoperatoria y la necesidad de reoperación por DA, en el seguimiento a largo plazo.

0094 - CLASIFICACIÓN DEL RIESGO EMBÓLICO EN FIBRILACIÓN AURICULAR DE ACUERDO A SCORES CHADS Y CHA2DS2-VASC E INDICACIÓN DE ANTIAGREGACIÓN Y ANTICOAGULACIÓN. ESTUDIO FORWARD.

Dr. FERRANTE, Daniel Carlos | GRANCELLI, Hugo | MACCHIA, Alejandro | VARINI, Sergio | SOIFER, Saul | BADRA, Raul | DOVAL, Hernan

FUNDACIÓN GESICA

Objetivos: Objetivos: Comparar la estimación de riesgo embólico en pacientes con fibrilación auricular (FA) de acuerdo (o entre) los escores CHADS y CHA2DS2-VASc.
y evaluar la indicación de tratamiento antiagregante y anticoagulante.

Materiales y Métodos: Material y métodos: El ensayo FORWARD es un ensayo clínico aleatorizado doble ciego que randomiza pacientes en ritmo sinusal con al menos 2 episodios previos de FA o 1 cardioversion exitosa (CVE) (menores de 65 años con 1 factor de riesgo o mayores de 65 años independientemente de los factores de riesgo) a tratamiento con omega 3 o placebo, sobre el tratamiento recibido de rutina. Sobre los primeros 574 pacientes incluidos se estimaron los scores CHADS2 y CHA2DS2-VASc, que es nuevo score que incorpora como factores de riesgo la edad entre 65 y 74, enfermedad vascular y el sexo femenino, además de los otros factores de riesgo incluidos en el CHADS2. Se evaluó la clasificación de los pacientes de acuerdo a estos dos scores, y y el uso de terapias antitrombóticas. Se realizó un análisis de regresión logística para evaluar las variables asociadas a la utilización de ACO y la influencia de los scores en la toma de decisiones.

Resultados: Resultados: n=574, edad promedio 66 años, 54.5% hombres, 72.8% ingresaron luego de una CVE exitosa de una FA persistente, 9.4% luego de al menos 2 episodios de FA y 17.8% por ambos criterios. Todos presentaron ritmo sinusal al ingreso. El 40.3% presentó alto riesgo embólico (CHADS2 2 o mayor). De acuerdo al score CHADS2 Vasc, la proporción de pacientes en alto riesgo embólico fue de 65.3%. La concordancia entre ambos scores fue moderada (Kappa 0.55, p=0.1), asignando el score CHADS2 Vasc mayor riesgo en 26% de los pacientes, y ninguno a menor riesgo. Score CHADS2 y grupos de riesgo: bajo 4%, moderado 55.7% y alto 40.3%. En el CHADS2 Vasc: bajo 2.4%, moderado 32.4% y alto 65.3%. El tratamiento de acuerdo al riesgo embólico evaluado por un CHADS2 de 2 o más fue: aquellos con CHADS 2=0 aspirina 59.1%, ACO 40.9%, CHADS2=1 aspirina 54.1%, ACO 34.9%. y CHADS2 de 2 o mas Aspirina 47.7%, ACO 50.5%. En un análisis de regresión logística, un CHADS 2 de 2 o más no presento una asociación significativa para la utilización de ACO (OR 1.28, IC95% 0.51 a 3.18, p=0.58). El criterio de inclusión (episodios de FA paroxística o FA persistente revertida) y el número de episodios en los últimos meses tampoco se relacionaron con el uso de ACO.

Conclusiones: Conclusiones: el score CHADS2 Vasc reclasifica la población de FA hacia un mayor riesgo de eventos embólicos que el score CHADS2. En relación a la conducta anticoagulante, se observa que el riesgo embólico estimado no fue un factor determinante en su uso, comprobándose utilización elevada en pacientes de bajo riesgo y utilización baja en pacientes de alto riesgo.

0095 - UTILIDADES DEL SISTEMA DE NAVEGACIÓN ENSITE EN LA ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA DE VIAS ACCESORIAS

Dr. ABELLO, Mauricio Sebastian | Dr. OLMEDO, Julián Andrés | SCHNETZER, Natalia | COHEN ARAZI, Hernán | MOLTEDO, José Manuel

FLENI

Objetivos: La tasa de eficacia de la ablación (ARF) de las vías accesorias con metodología convencional es de aproximadamente del 95%. Los sistemas de navegación tridimensional no fluoroscópico se han convertido en una herramienta útil para la ARF en pacientes con arritmias complejas, sin embargo en sustratos convencionales su utilidad es menos difundida. El objetivo de esta presentación es demostrar las utilidades del sistema de navegación Ensite en la ARF de vías accesorias y evaluar su eficacia.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 12 ptes sin cardiopatía estructural que ingresaran para ARF de vías accesorias. La edad media es de 9 años (rango: 4-58) En todos los casos se realizó la reconstrucción anatómica cardíaca, el marcado de puntos de interés y de lesiones de radiofrecuencia. En determinados casos se realizaron mapas de activación. Se evaluaron los hallazgos y utilidades del Ensite.

Resultados: De los 12 ptes, 9 (75%) tenían conducción manifiesta por la vía manifiesta (WPW), 4 (25%) tenían vías accesorias ocultas. Dos de ellos presentaban vías múltiples (uno 5 vías accesorias y otro 2). Seis ptes presentaban vías posteroseptales, 5 localizadas en pared libre de anillo tricuspídeo y 4 en pared libre de anillo mitral. La mediana de tiempo de fluoroscopia fue de 14 minutos. La tasa eficacia de la totalidad de vías accesorias fue del 100 %. Entre las principales utilidades del sistema en este sustrato se destacan la visualización anatómica permanente del anillo AV, la demarcación de puntos en zonas de máxima precocidad, la determinación del registro del His, sin necesidad de un catéter adicional, la determinación del sitio exacto de aplicación de radiofrecuencia y la posibilidad de regresar al sitio con gran precisión para lesiones de seguridad tras bloqueo de la misma. Otras de las utilidades fueron la realización de mapas de activación en presencia de vías oblicuas, así como la minimización de tiempo de fluoroscopía.

Conclusiones: El uso del sistema EnSite en nuestro centro para la ARF de vías se asocia con una tasa de eficacia del 100%. Por otro lado, permite obtener importante información adicional a la ARF convencional, tanto en mejoría de eficacia como de seguridad, especialmente mediante la minimización del tiempo de fluoroscopía.

0096 - APLICACIÓN DE LOS SCORES DE RIESGO CHADS2 Y CHADS VASC EN UNA POBLACIÓN CON FIBRILACIÓN AURICULAR.

Dr. DI TORO, Dario Carlos | HADID, Claudio Leon | GALLINO, Sebastian | BLANCO, Patricia | LINIADO, Guillermo | BOISSONET, Carlos | LABADET, Carlos

AREA DE INVESTIGACION SAC

Objetivos: El score de CHADS2 y el recientemente adoptado por la comunidad médicas score de CHADSVASC
Han sido confeccionados con datos de registros internacionales y son ampliamente usados en la práctica clínica, sin embargo, no han sido testeados en registros nacionales.
El objetivo del presente estudio es evaluar el poder de predicción de los scores de riesgo de stroke (CHADS2 y CHADSvasc) en el registro multicéntrico de fibrilación auricular realizado por Área de investigación de la Sociedad Argentina de Cardiología.

Materiales y Métodos: El registro de fibrilación auricular fue un estudio Multicéntrico y prospectivo de todos los pacientes consecutivos asistidos con Fibrilación Auricular Crónica (permanente y persitente) en 70 centros médicos de Argentina realizado en año 2001.Se obtuvieron los datos demográficos, las características socioeconómicas, los antecedentes y las características clínicas de la población con fibrilación auricular crónica (permanente y persistente).Se realizo un seguimiento a 2 años evaluando la mortalidad y el Accidente cerebro vascular . Se seleccionaron los pacientes sin tratamiento anticoagulante para el análisis. Se Testeo en esta población los dos scores de riesgo confeccionándose una curva de ROC para cada Score (informandose como C statistic) y realizándose un comparación entre ambas scores.

Resultados: El 49, 3 % (303 pacientes) de los pacientes seguidos no recibían tratamiento anticoagulante y esta fue nuestra población en estudio. La tasa de Accidente cerebro vascular (ACV) en la población seleccionada fue del 9,5 %.
En 1 tabla se ve la tasa de ACV por punto de cada score:
El C statistic para ACV del CHADS2 fue de 0,66 (IC 95% 0,56 - 0,77) y C statistic para stoke del CHADSvasc fue 0,68 (IC 95% 0,57-0,78) sin diferencias significativas entre ambos.

	0	1	2	3	4	5	6	7
CHADS2	2,6%	5.1%	9,1%	14,2%	12,5%	50%	0%	
CHADVASC	0%	2,8%	6,3%	1,4%	14,4%	20%	7,6%	22,2%

Conclusiones: En población de fibrilación auricular de la republica Argentina se vio que los 2 scores de predicción de ACV en pacientes con FA permanente y persistente tienen un similar poder de predicción entre ellos y similar al reportado en la literatura.

0097 - UTILIDAD DE LA GEOMETRIA Y MONITOREO DE LA POSICION DEL ESOFAGO EN EL AISLAMIENTO DE VENAS PULMONARES

Dr. SCAZZUSO, Fernando Adrian | Dr. RIVERA, Santiago Horacio | Dr. ALBINA, Gaston | SAMMARTINO, Victoria | LAIÑO, Rubén | KAMLOFSKY, Matias | Dr. GINIGER, Alberto Germán

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

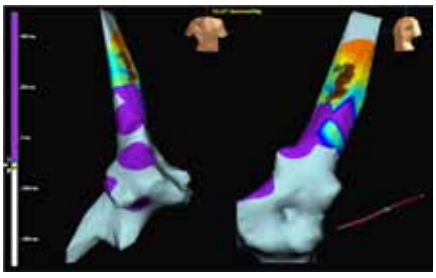
Objetivos: La ablación dirigida por catéter representa un logro sustancial en el tratamiento de la fibrilación auricular, sin embargo esta tecnica no esta libre de complicaciones. La fistula atrio esofágica ha sido reportada, si bien su incidencia es baja, el resultado es fatal en la mayoría de los casos.
Describir una nueva técnica para la reconstrucción tridimensional del esófago a partir de una tomografía computada multi corte 64 (TCMC 64) y determinar su posición y relación anatómica con la pared posterior de la auricular izquierda, previo al aislamiento de venas pulmonares (AVP). Determinar cambios de posición del esófago durante el AVP mediante la función SHADOW del programa NAV X (sistema En Site) como abordaje metodológico para evitar fistulas atrio-esofágicas.
Materiales y Métodos: Análisis consecutivo de pacientes sometidos a AVP entre mayo 2009 y Enero 2011. Se realizo una MSCT 64 en cada paciente.
Se realizo una reconstrucción tridimensional de la auricular y el esófago con la herramienta VerismoTM del sistema En Site y fueron fusionadas con la imagen de la MSCT 64 obtenida previamente para determinar la relación del esófago con el ostium de las venas pulmonares. Se obtuvieron puntos fiduciarios a nivel del ostium de las venas pulmonares y los puntos obtenidos del esófago fueron transportados en forma pasiva durante la reconstrucción (Fusión Pasiva). Determinamos el curso del esófago con un análisis digital de área negativa de la imagen y su proximidad con el ostium de la vena pulmonar (OVP).
Se definió como posición lateral izquierda cuando el esófago se encontraba a menos de 10mm del OVP izquierdo; Posición lateral derecha cuando se encontraba a menos de 10mm del OVP derecho; Trayecto oblicuo cuando se dirigía de un OVP hacia el OVP contra lateral; La posición central fue definida cuando las distancias entre los OVP a ambos lados del esófago eran iguales.
Un catéter cuadripolar fue introducido en el esófago para monitorear cambios de posición durante el procedimiento (Función SHADOW). La imagen de la función SHADOW fue comparada en forma continua con la imagen obtenida de la fusión pasiva.
Resultados: Un total de 107 pacientes fueron incluidos; edad 45±11.2 años, 87.3% masculinos; BMI 27.3±4.9 kg/m2. El 95% presentó ritmo sinusal en el momento de la MSCT-64. Definimos el trayecto del esófago en100 pacientes (93.45 %). En 7 pacientes fue imposible realizar la reconstrucción por problemas con la técnica de contraste. La posición lateral izquierda se presentó en el 57% de los casos, 7%presentaron una posición lateral derecha, 11% oblicua y 25% central. Un total de 95 pacientes (88.78%) presentaron estabilidad esofágica, sin desplazamientos significativos monitoreados por la función SHADOW, durante el procedimiento.
Conclusiones: La reconstrucción tridimensional del esófago, la fusión pasiva y el monitoreo intraoperatorio es una técnica de reconstrucción anatómica fiable y reproducible. Su utilización en el aislamiento de la venas pulmonares durante el tratamiento no farmacológico de la fibrilación auricular aporta una herramienta de gran utilidad. El esófago guarda unaposición estable sin observarse desplazamiento intraoperatorio en pacientes con anestesia general.

0098 - PREVALENCIA DE LA ACTIVIDAD ELECTRICA EN LA VENA CAVA SUPERIOR DURANTE EL TRATAMIENTO PERCUTANEO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR

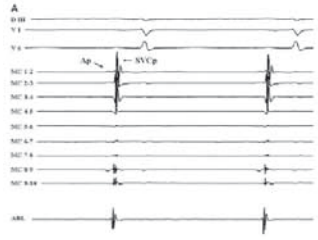
Dr. SCAZZUSO, Fernando Adrian | RIVERA, Santiago | Dr. ALBINA, Gaston | SAMMARTINO, Victoria | LAIÑO, Rubén | Dr. GINIGER, Alberto Germán

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Objetivos: El 97% de los gatillos de la fibrilación auricular (FA) se localizan en las venas pulmonares y solo un bajo porcentaje lo hacen en vasos extra pulmonares. Sin embargo, nuevas técnicas de ablación por radiofrecuencia, que incluyen el aislamiento de la vena cava superior(VCS), han demostrado tasas de éxito mayores.
Determinar la incidencia de actividad eléctrica en la VCS en pacientes seleccionados para aislamiento de venas pulmonares (AVP), con el fin de obtener un mejor entendimiento de la fisiopatología de dicha arritmia.



Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes seleccionados para AVP en un período comprendido entre mayo 2009 y diciembre 2010. La actividad eléctrica en VCS fue evaluada mediante el posicionamiento de un catéter circular multipolar (St. Jude Medical) 2 cm por arriba de la desembocadura del vaso en la auricular derecha. Se definió como presencia de actividad eléctrica el registro de potenciales por el catéter circular en la VCS, tanto en ritmo sinusal como en FA.



Resultados: Un total de 127 pacientes fueron incluidos. Solo se evaluó la actividad eléctrica de la VCS en 42 pacientes; 90.47% masculinos; Edad 48 +/- 8,4 años; 73.80% FA paroxística. El 38% (16 pacientes) presentó actividad eléctrica en VCS.

Conclusiones: La vena cava superior posee un rol significativo en la fisiopatología de la fibrilación auricular, presentando una incidencia de actividad gatillo aún mayor que la reportada por otros autores. Este estudio explica porque las nuevas técnicas de ablación redundan en mayores tasas de éxito en el tratamiento de la fibrilación auricular.

0099 - RECURRENCIA INTRAPROCEDIMIENTO DE LA CONDUCCIÓN DE LAS VÍAS ACCESORIAS DURANTE LA ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA

Dr. OLMEDO, Julián Andrés | ABELLO, Mauricio Sebastián | SCHNETZER, Natalia | ALONSO, Karina | ARMENTANO, Juan | COHEN ARAZI, Hernán | MOLTEDO, José Manuel

FLENI

Objetivos: La tasa de eficacia de la ablación (ARF) de las vías accesorias (VAc) es de ~ 95%, con una recurrencia a largo plazo de 3-5%. A pesar de la baja recurrencia en el seguimiento, es frecuente observar que tras un bloqueo inicial de la vía durante la ARF, se produce una recuperación intraprocedimiento (RIP) durante el tiempo de espera. Aunque este hallazgo es frecuentemente observado aún no se conocen sus características. El objetivo es conocer la tasa de recurrencia en la conducción de las vías accesorias durante la ablación, así como si existen diferencias entre diferentes localizaciones de las vías.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 158 ptes consecutivos en quienes se realizó una ARF eficaz de VAc, tanto de conducción manifiesta (CM) como de conducción oculta (CO). Se analizó la prevalencia de la RIP de la conducción de las VAc tras un bloqueo inicial durante la ARF, así como el número de veces, su asociación con la localización de la VAc y si era en ptes con CM (WPW) o CO. Se dividieron los pacientes según el tiempo en la desaparición de la VAc una vez iniciada la aplicación de RF en, igual o menos de 4 segundos y en > de 4 segundos y se lo relaciono con la RIP.

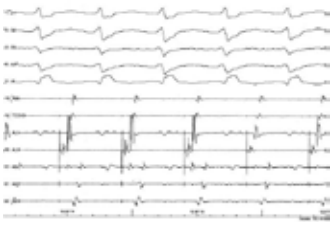
Resultados: De los 158 ptes, 117 (74%) tenían CM, mientras que los restantes 41 (26%) tenían CO. Las medias de voltaje y temperatura fueron de 48±16 Wts y 54±5 °C, respectivamente. Se observaron 120 RIP en 55 ptes (45%). La media de RIP fue de 2,2±2. Analizados de acuerdo a la conducción, se observó en 48/117 (41%) en ptes con CM y en 7/41 (17%) en ptes con CO (p<0.0001). De acuerdo a la localización de las VAc la RIP ocurrió en 14/33 (42%) VAc derechas, en 24/63 (38%) VAc de pared libre izquierda y en 17/61 (29%) de VAc septales. Según la cercanía con el NAV (anteroseptal y medioseptal) se observó en 6/12 (50%). Respecto al tiempo en la desaparición de la VAc, se observó una RIP en el 67 % de los pacientes en los que se lograban en más de 4 segundos y en el 33% en los de igual o menos de 4 segundos (p=0,018)

Conclusiones: La prevalencia de RIP de la conducción de las vías accesorias es de 45% y es más frecuente en pacientes con VAc de conducción manifiesta. La RIP no parece estar relacionada con la localización de las vías, salvo aquellas en cercanía del nodo AV. La desaparición antes de los 4 segundos se asocia a una alta tasa de éxito primario y con una menor tasa de recurrencias.

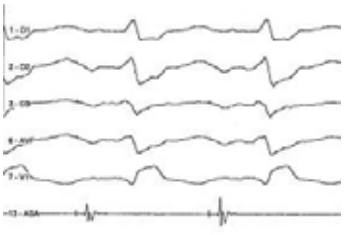
0100 - UTILIDAD DEL REGISTRO DEL DOBLE ELECTROGRAMA LESIONAL EN EL ISTMO CAVO-TRICUSPIDEO COMO CONFIRMACIÓN DE BLOQUEO BIDIRECCIONAL POST-ABLACIÓN

Dr. COSTA, Gustavo Alejandro | ALFIE, Alberto | SPERANZA, Ricardo | STEFANI, Amalia | DE ZULOAGA, Claudio | PÉREZ MAYO, Osvaldo | TÉC. PARADISI, Natalia | TÉC. CARO, Ana María

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR A. POSADAS



Objetivos: Es conocido que la obtención del bloqueo bidireccional del istmo cavo-tricuspídeo (ICT) es uno de los principales criterios de éxito primario de la ablación del mismo. La obtención del registro de doble electrograma (EGM) sobre la zona lesionada del ICT, y su comportamiento bajo estimulación horaria (EH) y antihoraria (EAH) podrían diferenciar el bloqueo bidireccional de la conducción enlentecida sobre el ICT.
Materiales y Métodos: Se evaluaron retrospectivamente 45 pacientes (p) consecutivos desde enero de 2008 a mayo de 2011, que fueron sometidos a 56 procedimientos de ablación del ICT por diagnóstico de aleteo auricular típico. Treinta y tres p de sexo masculino, edad x=54,3±16,2 años. El procedimiento consistió en la colocación de 3 catéteres, uno duodecapolar (HALO) en el contorno del anillo tricuspídeo, otro en el seno coronario (SC) y un catéter para mapeo y ablación. En los primeros 36 p (grupo 1) se tomaron en cuenta los criterios habituales de bloqueo bidireccional del ICT. En todos los p se realizó EH desde el par distal de electrodos del HALO y EAH desde el SC proximal. En 2 p se realizó ablación del ICT durante ritmo sinusal.



Resultados: En el grupo 2, luego de completada la ablación del ICT, al realizar EH y EAH se mapeó el ICT hasta registrar un EGM proximal y uno distal al sitio de estimulación. Este último se inscribía siempre posterior al EGM final de la secuencia del HALO, tanto en sentido horario (fig sup) como antihorario (fig inf), obteniéndose una relación que no se modificaba con EH y EAH incremental o con extraestímulos. Este comportamiento se interpretó como confirmación de bloqueo bidireccional, asumiendo la existencia de dependencia del EGM distal del ICT con el EGM final de la secuencia del HALO. En el grupo 1 se constataron 9 recidivas y en el grupo 2, sólo 2 recidivas.
Conclusiones: La evaluación del comportamiento del doble EGM lesional del ICT con maniobras de estimulación, permitiría diferenciar con eficacia el bloqueo bidireccional de un retardo en la conducción en el ICT.

0101 - MONITOREO REMOTO EN DISPOSITIVOS ELECTRICOS IMPLANTABLES: HERRAMIENTAS DIAGNOSTICAS QUE CONDUCEN A UN TRATAMIENTO PERSONALIZADO.

Dr. GALIZIO, Nestor Oscar | ALBANO, Felix | Dr. MEDESANI, Luis Alberto | Dr. ROBLES, Federico | PALAZZO, Alejandro | CARNERO, Guillermo | Dra. GARGANO, Agustina | Dr. GONZALEZ, Jose Luis

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: El monitoreo remoto (MR) permite la transferencia diaria de datos, desde dispositivos eléctricos implantables (DEI) como marcapasos (MP), cardiodesfibriladores (ICD), resincronizadores cardiacos (TRC) y TRC con CDI (TRC-D). Los eventos adversos relacionados a los DEI o pacientes (pts), pueden ser detectados precozmente y enviados de manera automática al médico. El objetivo del presente trabajo es describir la evolución de pts con DEI que cuentan con MR y el tratamiento precoz y personalizado que se llevó a cabo a través del uso de las herramientas diagnósticas propias del sistema.
Materiales y Métodos: Entre noviembre del 2009 y abril del 2011, 25 pts con DEI y MR (11 CDI, 11 TRC-D, 1 TRC y 2 MP) fueron seguidos prospectivamente (seguimiento medio: 227 dias). Características basales: Edad 52±15 años (64% hombres). De 22 pts, 17 (77.2%) recibieron CDI o TRC-D en carácter de prevención primaria. Cada alerta recibida fue analizada usando diferentes herramientas diagnósticas que ofrece el sistema (curvas, gráficos, histogramas, electrogramas intracavitarios, contadores de eventos, etc).
Resultados: Al menos 1 alerta fue disparada por el 60% de los DEI. El tiempo medio a la primera alerta fue de 6 dias (1-156 dias). El total de alertas recibidos fue 158: 95 alertas (60%) provenientes de TRC-D, 56 (35.4%) de CDI, 7 (4.4%) de TRC y 2 (1.26 %) de MP.
Causas que gatillaron alertas y tratamiento instituido:
1. TRC< 95% en 5 pts debido a desplazamiento del catéter de seno coronario, extrasistolia ventricular y taquicardia ventricular no sostenida. El implante de un catéter epicárdico en ventrículo izquierdo, el uso de drogas antiarrítmicas y la reprogramación de los dispositivos aumentaron el porcentaje de TRC a valores mayores a 95%.
2. Fibrilación auricular paroxística/persistente nueva o desconocida y asintomática en 2 pts. Con drogas antiarrítmicas y anticoagulación oral mantuvieron el ritmo sinusal sin embolismo.
3. Signos de progresión de insuficiencia cardiaca en 2 pts. Detectados por cambios en la frecuencia cardiaca de reposo, de esfuerzo y en el nivel de actvidad, El ajuste de B-bloqueantes, IECA y diuréticos mejoraron la clase funcional y función ventricular.
4. Taquicardia ventricular en 3 pts. El uso de antiarrítmicos y la reprogramación del dispositivo, agregando más de una forma de terapia antitaquicardia, redujeron los episodios de taquicardia ventricular y los choques apropiados.
5. Choques inapropiados por desplazamiento del catéter de ventrículo derecho en 1 pt. El catéter fue reimplantado exitosamente. El pt no sufrió mas choques inapropiados por mal sensado de trenes de taquicardia auricular detectados en zona de fibrilación ventricular.
6. Amplitud de onda R reducida en 1 pt con MP. Fue transitoria. No requirió tratamiento, solo seguimiento.
7. Taquicardia supraventricular en 1 pt. Detectada en la zona de monitorización auricular. El pt fue derivado a ablación por radiofrecuencia.
Conclusiones: En nuestra población en estudio, los DEI con MR permitieron, a través del uso de sus herramientas diagnósticas, una temprana detección de arritmias y bajo porcentaje de TRC. Cuanto mas complejo fue el dispositivo mas información se obtuvo del mismo, dirigiendo, de esta forma, un tratamiento personalizado.

0102 - LA REPOLARIZACIÒN PRECOZ EN EL ELECTROCARDIOGRAMA DEL DEPORTISTA. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS.

Dr. PEIDRO, Roberto Maximino | BRIÓN, Graciela | Dr. BRUZZESE, Martin Fernando | CASTIELLO, Gustavo | MAURO, Sergio

CONSEJO DE ERGOMETRÍA Y REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR. SAC - FUTBOLISTAS ARGENTINOS AGREMIADOS

Objetivos: Introducción: la repolarizaciòn precoz (RP) en el electrocardiograma (ECG) del deportista ha sido considerado un hallazgo benigno y habitual. Sin embargo, su aparición en derivaciones inferiores y laterales se ha asociado a incremento de riesgo de muerte súbita. Objetivos: 1.- evaluar la prevalencia de RP inferolateral en una población de futbolistas de primera división y de categorías juveniles pertenecientes a instituciones deportivas adheridas a la Asociación del Fútbol Argentino. 2.- describir variables asociadas a esa característica.

Materiales y Métodos: Se analizaron ECG realizados a futbolistas en período de entrenamiento. Todos los evaluados carecían de antecedentes personales y familiares de cardiopatía y tenían examen físico cardiovascular normal. Se consideró como repolarizaciòn precoz a la elevación del punto J =ó> 0.1 mV en 2 derivaciones inferiores (DI,DIII,AVF) y/o laterales (DI,AVL,V4 a V6) consecutivas. Se evaluaron y relacionaron con RP el voltaje de R en V5 ó V6 (valor mayor), el intervalo PR, la frecuencia cardíaca (FC) y la edad.Estadistica: chi cuadrado y test de T para datos no apareados.

Resultados: 210 ECG de futbolistas hombres, con entrenamiento de alta intensidad diario. Edad: 18,02 ±4,62 años. La RP inferolateral se encontró en 86 ECG, 40,95% (sòlo inferior 8, 09%; sólo lateral 40%; ambas 7,61%).

	Con RP (86) ☐	Sin RP (124)	p
Edad (años)	19,95 ± 4,9	16,69 ± 4,9	<0.0001
FC (latidos por minuto)	61,65 ± 13,3☐	73 ± 15,1 ☐	<0.0001
Voltaje R V5-V6 (mV)	25,31 ± 7,3☐	27,57 ± 7,8☐	0.03
PR (mseg.)	154,88 ± 21,4	147,26 ± 20,3☐	0.01

Conclusiones: La RP inferolateral fue un hallazgo frecuente en este grupo de deportistas. Tuvo relación directa con la edad e inversa con la FC, el intervalo PR y el voltaje de R. Comentarios: estos hallazgos sugieren que no sería justificable considerar la RP como un marcador de riesgo de muerte súbita en poblaciones de deportistas asintomáticos y aparentemente sanos. La RP parecería relacionarse con tiempos más prolongados de práctica deportiva y con mayor tono vagal.

0103 - COSTO-EFECTIVIDAD Y COSTO-UTILIDAD DEL CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTABLE EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO DE MUERTE SUBITA EN ARGENTINA

Dra. ALCARAZ, Olga Andrea | GONZALEZ ZUELGARAY, Jorge | AUGUSTOVSKI, Federico

INSTITUTO DE EFECTIVIDAD CLÍNICA Y SANITARIA (IECS) - PRONETAC

Objetivos: Estimar los costos y beneficios de la utilización del cardiodesfibrilador implantable (CDI) en pacientes con factores de riesgo para muerte súbita, comparado con el cuidado estandar, desde la perspectiva de los principales financiadores de la salud en Argentina: sistema público de salud, sistema de obras sociales y sistema privado; determinando el costo por año de vida ganado, el costo por año ajustado a calidad de vida (QALY) ganado, e identificando las poblaciones en las que el CDI resulta más costo-efectivo.

Materiales y Métodos: Se desarrolló un modelo analítico de tipo Markov para evaluar la sobrevida, la calidad de vida y los costos del implante preventivo del CDI, comparado con terapia farmacológica, en tres poblaciones de pacientes con diferente riesgo de muerte súbita: pacientes en prevención secundaria, pacientes representados en los estudios MADIT I y MADIT II.
Se incorporaron parámetros de efectividad, uso de recursos y costos mediante la realización de revisiones sistemáticas, consenso de expertos y entrevistas a proveedores de servicios. Se evaluó la perspectiva del financiador de salud, adoptando una tasa de descuento del 3%. Se realizaron diversos análisis de sensibilidad para valorar las asunciones del modelo y la incertidumbre en los resultados. Para los mismos se incluyeron las variables de mortalidad arrítmica y cardíaca, utilidad, vida útil de la batería y de costos del CDI, del seguimiento y de las complicaciones.

Resultados: El uso de un CDI fue más costoso pero más efectivo que la terapia farmacológica. La población más beneficiada por el CDI fue la correspondiente a la cohorte representada por el estudio MADIT I, con un aumento de la expectativa de vida (EV) de 4,24 años y un aumento de los QALYs de 3,71, correspondiéndose con una tasa de costo-efectividad incremental (ICER) de AR$31.806 para el sistema Público, AR$34.907 para el sistema de obras sociales y AR$37.559 para el sistema privado y con una tasa de costo-utilidad incremental (ICUR) de AR$36.377, AR$39.941 y AR$42.975 respectivamente. La población representada por el estudio MADIT II mostró beneficios en salud y costos intermedios con respecto a las otras dos cohortes, con un aumento de 1,9 años en la EV y de 1,65 QALYs. Los valores de ICER fueron de AR$64.735, AR$69.190 y AR$73.753 y las ICUR de AR$74.537, AR$79.772, AR$85.032 para los tres sistemas de salud. La población correspondiente a prevención secundaria mostró los beneficios menores en la EV, con un aumento de la misma en 1,5 años y 1,3 QALYs, observándose valores más elevados de ICER (AR$78.284, AR$83.887 y AR $89.444) y de ICUR (AR$90.375, AR$96.627 y AR$103.028) para los sistemas público, obra social y privado respectivamente. El análisis fue robusto a diferentes análisis de sensibilidad determinísticos y probabilísticos, con excepción del costo del CDI y para la duración de la batería. *Los costos están expresados en AR$ 2009.

Conclusiones: Los resultados variaron considerablemente en función de la cohorte y discretamente de acuerdo con el sistema de salud. Utilizando las sugerencias de la Comisión de Macro-Economía de la Organización Mundial de la Salud, el CDI podría ser costo-efectivo en Argentina, principalmente en pacientes MADIT I.

0104 - TRASTORNOS DE CONDUCCIÓN E INDICACIONES DE MARCAPASOS LUEGO DE IMPLANTE DE VÁLVULA AORTICA POR VÍA ENDOVASCULAR. EXPERIENCIA DE UN CENTRO.

Dra. AVERSA, Eliana | ALBORNOZ, Marcela | MENENDEZ, Carolina | MURATORE, Claudio | PAYASLIAN, Miguel | SALZBERG, Simon | TENTORI, Maria Cristina

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS “JUAN A. FERNANDEZ”

Objetivos: El implante valvular aórtico percutáneo (TAVI) es una alternativa terapéutica para la estenosis valvular severa sintomática en pacientes con alto riesgo quirúrgico. Posterior a TAVI se han descripto trastornos de conducción, algunos de los cuales requieren la colocación de un marcapasos. Nuestro objetivo fue evaluar la incidencia de trastornos de conducción e indicaciones de marcapasos definitivo en pacientes sometidos a TAVI Corevalve (Medtronic Inc.)

Materiales y Métodos: Se incluyeron retrospectivamente 19 pacientes consecutivos sometidos a TAVI. Se evaluaron características demográficas, clínicas y antecedentes que determinaban el alto riesgo quirúrgico. Se les realizó electrocardiograma (ECG) previo, inmediato post implante y al alta. Todos los pacientes tuvieron telemetría por un mínimo de 3 días postimplante.

Resultados: TAVI se implantó de forma exitosa en 19 pacientes de los cuales 46 % eran hombres con una edad media de 80 años (67-88). En cuanto a los factores de riesgo, 73 % tenia antecedentes de hipertensión arterial y 27 % de diabetes. Al evaluar los determinantes del alto riesgo quirúrgico: 53% estaba en clase funcional III NYHA al momento del implante, 40% tenía antecedentes de enfermedad coronaria (cirugía de revascularización, infarto de miocardio, angioplastia previa, angina inestable), un 7% era EPOC y 50 % tenía hipertensión pulmonar (presión sistólica en la arteria pulmonar mayor a 50 mmHg). La fracción de eyección promedio era de 49% (22% a 65%), con un área valvular aortica media de 0.6 cm2 y un Euroscore 23,34% (10,74% a 64,89%). En el ECG previo el QRS promedio era de 117 mseg, 3 pacientes tenían bloqueo de rama derecha (BRD) y 4 pacientes bloqueo de rama izquierda (BRI). En el ECG postprocedimiento inmediato, el QRS promedio era significativamente mayor al basal (129 mseg, p < 0.02), 5 pacientes presentaron nuevo BRI y 1 bloqueo AV completo paroxístico que requirió marcapaseo transitorio en las primeras 24 horas. Previo al alta, a 2 pacientes se les implanto un marcapasos definitivo debido a bloqueo alternante de rama (BRI en ECG basal) y a BAVC paroxístico (BRD en ECG basal).

Conclusiones: En nuestra serie, los trastornos de conducción fueron frecuentes luego de TAVI, especialmente la aparición de nuevo BRI, pero el implante de marcapasos definitivo es inferior al reportado en series internacionales.

0105 - VALORACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA DE PACIENTES CON MARCAPASOS EN ÁPEX DE VENTRÍCULO DERECHO CON SINCRONÍA ELÉCTRICA VS PACIENTES CON DISINCRONÍA.

INGALLINA, Fernando | ORTEGA, Daniel Felipe | Dr. BARJA, Luis Dante | BONOMINI, Paula | MONTES, Juan Pablo | LOGARZO, Emilio Ariel | MANGANI, Nicolas | ROZEMBERG, Marcos

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS ALFREDO LANARI - UBA - FUNDACION PARA LA INVESTIGACION EN BIOINGENIERIA APLICADA (F.I.B.A.)

Objetivos: El bloqueo de rama izquierda inducido por el marcapaseo en ápex de VD determina de acuerdo a investigaciones previas disincronía eléctrica en el 50% de los casos. El motivo del presente estudio es determinar las diferencias ecocardiográficas entre un grupo de pacientes sincrónicos vs disincrónicos eléctricamente, según el método Sinchromax 2.

Materiales y Métodos: Se evaluaron 23 pacientes con fracción de eyección mayor de 50 % e implante de marcapasos definitivo en ápex de VD, 12 fueron sincrónicos (índice 0,45 curva 5 – Grupo A) y 11 fueron disincrónicos (índice 0,93 curva 8 – Grupo B).
Se realizó ecocardiograma (2D, Modo M, Doppler convencional y TDI) y se analizaron las siguientes variables: Tiempo desde inicio del QRS a eyección aórtica y pulmonar, retraso septum-pared posterior del VI (Modo M) y retraso septolateral por TDI.
Se compararon los parámetros obtenidos entre ambos grupos.

Resultados: De las variables analizadas, dos parámetros de disincronia intraventricular mostraron diferencias estadísticamente significativas: El tiempo de QRS/apertura aortica en grupo A fue de 98 +/-s 11 ms. vs 121 +/- 20 ms en el grupo B (p<0.05). El retraso septolateral por TDI fue de 31 +/- 6 mseg para el grupo A vs 61 +/- 9 mseg para el grupo B (p<0.05) La disincronía interventricular evaluada mediante la diferencia en el tiempo desde QRS al inicio del flujo aórtico y pulmonar también evidenció diferencias significativas (43 +/- 5 mseg. –GB vs. 25 +/- 4 mseg. GA p<0,05)

Conclusiones: En pacientes con marcapasos en ápex de ventrículo derecho tanto los parámetros ecocardiograficos como la evaluación eléctrica por el sinchromax permiten identificar pacientes sincrónicos y disincronicos.

0106 - SPECKLE TRACKING EN LA DETECCIÓN PRECOZ DEL COMPROMISO MIOCÁRDICO EN LA ENFERMEDAD DE FABRY

Dra. SACCHERI, Maria Cristina | Dr. CIANCIULLI, Tomas Francisco | Dr. MARAMBIO, Gerardo Manuel | Dr. LAX, Jorge Alberto | QUIROZ, Maria Cristina | CACERES, Guillermo Luis | MORITA, Luis Alberto | Dr. GAGLIARDI, Juan Alberto

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. ARGERICH

Objetivos: La enfermedad de Fabry (EF) se caracteriza por presentar hipertrofia ventricular izquierda (HVI). El ecocardiograma convencional no es sensible para realizar el diagnóstico preclínico que permita indicar el inicio de la terapia de reemplazo enzimático, antes del desarrollo de hipertrofia ventricular izquierda y fibrosis irreversibles. El objetivo es evaluar si la deformación miocárdica longitudinal del VI, usando speckle tracking, es útil para detectar compromiso miocárdico precoz en pacientes con EF.
Materiales y Métodos: Se estudiaron en forma prospectiva 3 grupos de pacientes: 5 pacientes con mutación de EF sin HVI (GI), 5 pacientes con mutación genética e HVI (GII) y 5 voluntarios sanos (GIII). Se empleo un equipo Vivid 7 para obtener los siguientes parámetros ecocardiográficos de morfología y función (diámetros, espesor, índice masa y fracción de eyección). Desde las vistas apicales se midió la deformación longitudinal del VI en los 18 segmentos en cada paciente (total de segmentos analizados: 270). El análisis estadístico se realizó con el test de Kruskal-Wallis para datos no paramétricos.

Resultados: Las mediciones de morfología y función del VI fueron similares en GI y GIII. La deformación global longitudinal del VI fue diferente en los 3 grupos (ver tabla). Se observó una deformación anormal (menor de -15%), en los segmentos basales en el 23,3% del GI, 76,6% del GII y 0% del GIII y en los segmentos mediales del 3,33% en GI, 70% en GII y 0% en GIII. Estos hallazgos indican la presencia de disfunción miocárdica subclínica en los pacientes con EF en etapa preclínica y se manifiesta predominantemente en los segmentos basales del VI, respetando el ápex, sugiriendo que la afectación podría ser progresiva de base a punta del VI.

	GI (Fabry preclínico)	GII (Fabry con cardiopatía)	GIII (Grupo control)	p
Pacientes (n)	5	5	5	------
Edad (años)	25±10	52±11	27±9	
Femenino	5	4	3	
Deformación Global (%)	21,6 (17,5-22,6)	12,8 (8,8-16,1)	24 (21-25,8)	< 0,001
N° de segmentos analizados con deformación	90	90	90	------
% de segmentos basales con deformación anormal	23,3	76,6	0	< 0,001
% de segmentos mediales con deformación anormal	3,33	70	0	< 0,001
% de segmentos apicales con deformación anormal	0	16,6	0	< 0,01

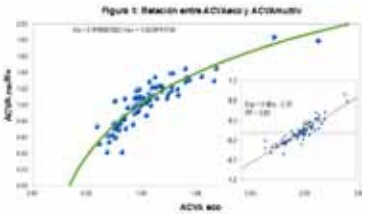
Conclusiones: La deformación miocárdica longitudinal del ventrículo izquierdo, medida con speckle tracking, es una herramienta útil para detectar compromiso miocárdico precoz en pacientes con Enfermedad de Fabry en la etapa preclínica y se caracteriza por predominar en los segmentos basales del ventrículo izquierdo.

0107 - NUEVO METODO PARA CALCULAR EL ACOPLAMIENTO VENTRICULO ARTERIAL SIN EVALUAR ELASTANCIAS

Dr. OLANO, Ricardo Daniel | Dr. BARATTA, Sergio Juan | CHEJTMAN, Damián | Dr. GONZALEZ, Sergio Ariel | Dr. INSERRA, Felipe | Dr. FORCADA, Pedro Jose | Dra. KOTLIAR LUBLIN, Virginia Carol | Dr. HITA, Alejandro

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Objetivos: El acoplamiento ventrículo arterial (ACVA) mide la interacción del sistema cardiovascular de manera convencional mediante la relación de elastancias. Es conocido que el cálculo de la elastancia ventricular es un método complejo limitando su uso, sin embargo su valoración es útil en insuficiencia cardíaca e hipertensión arterial integrando el ACVA con la hemodinamia, la rigidez cardiovascular y la eficiencia del gasto energético cardíaco. El objetivo fue desarrollar una modelización para estimar en forma no invasiva de manera simple el ACVA y desarrollar una alternativa de medición para uso clínico.
Materiales y Métodos: Se estudiaron 80 pacientes consecutivos sin arritmias y sin cardiopatía. Se realizó un pareo entre sexo, edad y presión sistólica para poder considerar la población como única debido a la relación univariada que cada uno de estas variables tienen con el ACVA. Se midió ACVA por ecocardiografía (ACVAeco) con ecógrafo GE Vivid 7 por el método de latido simple modificado para el cálculo de elastancia ventricular y la relación presión de fin de sístole con el volumen sistólico para la elastancia arterial. Se calcularon variables validadas por ecocardiografía del estado hemodinámico y gasto energético cardíaco mediante la reconstrucción de loop presión volumen y medición del área con software de geometría dinámica (Geometra). Se realizó análisis de regresión multivariado (software Epi Info) para estimación de ACVA (ACVA multiv) y se incorporaron al modelo las variables con coeficientes de valor significativo con p<0,05. Se realizó analisis de regresión entre ACVAeco y ACVAmultiv para evaluar la relación entre los dos métodos.



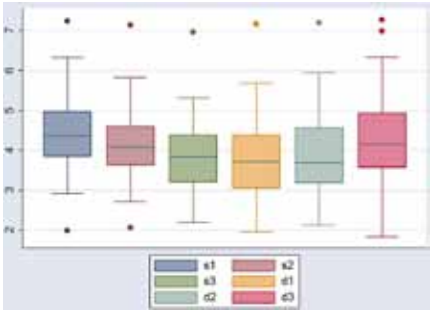
Resultados: Se estudiaron hombres: n=44 (55%, IC95% 43,5-66,2), edad 53,63±11,9, presión sistólica 130,8±12,5 mmHg; mujeres: n=36 (45%, IC95% 33,8-56,5), edad 48,9±14,6, presión sistólica 128,9±13,7. El ACVAmultiv permitió seleccionar las siguientes variables con p<0,05: edad, sexo, período pre eyectivo, período eyectivo, índice de trabajo sistólico, índice cardíaco, índice de resistencias sistémicas y energía potencial cardíaca. El modelo de cálculo de ACVAmultiv es el siguiente: ACVAmultiv = 0,974 + (edad*0,004) + (sexo*-0,14) + (período pre eyectivo*0,008) + (período eyectivo* -0,004) + (índice de trabajo sistólico*-0,01) + (índice cardíaco*0,154) + (índice de resistencias sistémicas*0,009) + (energía potencial cardíaca*0,649). El análisis de regresión ajustó a una función logarítmica entre ACVAeco y ACVAmultiv. La linealización que posibilita la expresión del R2 = 0,82 p<0,05 (inset Figura 1).
Conclusiones: Un nuevo método para el cálculo de ACVA se desarrolló a partir de la evaluación no invasiva ecocardiográfica y multivariada con edad, sexo, variables hemodinámicas, tiempos eyectivos y gasto energético cardíaco sin necesidad de cálculo de las elastancias. El ACVAmultiv comparado con el método tradicional mostró una alta relación en la población estudiada ofreciendo una nueva alternativa para el cálculo de AVCA. La estimación de AVCAmultiv quizás permita integrar variables que en el método anterior sólo tenían valor univariado.

0108 - DINÁMICA DEL TRACTO DE SALIDA VENTRICULAR IZQUIERDO DURANTE EL CICLO CARDIACO EVALUADA CON ECOCARDIOGRAFÍA TRIDIMENSIONAL

Dr. FALCONI, Mariano Luis | Dr. FUNES, Diego Federico | ARIAS, Anibal | BAGNATI, Rodrigo | JAIMOVICH, Guillermo | GIACOMINI, Mauro | OBERTI, Pablo | CAGIDE, Arturo

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Evaluar la dinámica del TSVI durante el ciclo cardiaco.
Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma prospectiva 42 pacientes derivados para ecocardiografía transesofágica. Los estudios se realizaron con sonda transesofágica tridimensional. Se adquirieron imágenes de volumen completo integradas por 4 latidos gatillados por electrocardiograma para análisis off-line. El ciclo cardiaco se dividió en proto (S1), meso (S2) y telesístole (S3); y proto (D1), meso (D2) y telediástole (D3). El área del TSVI se estimó por medición planimétrica directa en eje corto por cortes ortogonales al eje mayor del TSVI en cada fase, a partir del volumen completo. Los valores se expresan en media±DS.



Resultados: La edad media fue de 67±10 años, 63% hombres, derivados por búsqueda de fuente embolígena (37%), evaluación de valvulopatía (37%), sospecha de endocarditis (21%) ó evaluación de comunicación interauricular (5%). El área del TSVI (cm2) en las diferentes fases del ciclo cardiaco fue (ver figura): S1: 4,44±1,02; S2: 4.15±0,91; S3: 3,9±0,89; D1: 3,76±0,98; D2: 3,89±1,04; D3: 4,34±1,11. Las estructuras que más modificaron el área fueron el septum interventricular (SIV) en sístole, y la apertura valvular mitral con excursión de la valva anterior (VaM) hacia el TSVI en diástole. El área máxima se observó en S1, correspondiendo a la aposición de cierre de la VaM y escasa excursión del SIV hacia el TSVI en dicha fase; la mínima área se observó en D1 coincidiendo con cierta persistencia del SIV en el TSVI y la apertura de la VaM ocupando parte del TSVI (las diferencias entre S1 y D1 fueron significativas, p‹0.0001), cambiando además de forma a predominio circular (sístole), a elíptica ó semilunar (diástole). En promedio, la reducción del área (S1-D1) fue del 15±11%.

Conclusiones: El TSVI presenta una variación en su área y su forma durante el ciclo cardiaco, dependiendo fundamentalmente del movimiento SIV (en sístole) y la apertura mitral (en diástole). Dicho conocimiento es de importancia en la evaluación de patologías y procedimientos terapéuticos que involucran el TSVI.

0109 - EVALUACIÓN DE PERFORMANCE, FUNCIÓN SISTÓLICA Y CONTRACTILIDAD Y SU RELACIÓN CON MARCADORES DE DAÑO MIOCÁRDICO EN PACIENTES CON SEPSIS SEVERA Y SHOCK SÉPTICO

Dr. BARATTA, Sergio Juan | Dr. CHEJTMAN, Demian | ESCARDO, Juan Pablo | COSENZA, Sebastiàn | BERNARDEZ, Diego | PRATESI, Pablo | Dr. HITA, Alejandro

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Objetivos: Evaluar índices de performance del ventrículo izquierdo (VI), función sistólica y contractilidad en pacientes (p) con troponina positiva (> 0.1 ng/ml) o negativa en un grupo de pacientes con sepsis severa (SS) y shock septic (SHS).
Materiales y Métodos: Analizamos 25 p, edad 45±13 años; 8 p con SS y 17 p con SHS. Se evaluaron los siguientes parámetros en todos los p: a) performance ventricular: "stroke work" del VI (SW), b) función sistólica del VI: fracción de eyección (FE), c) contractilidad del VI: FE ajustada por estrés de fin de sístole (EFS), relación onda "s" tisular/EFS, relación fracción de acortamiento mesoparietal (FAM)/EFS, d) índice de acoplamiento ventrículo-arterial (Ac V-A), y e) troponina T (TT). Los p fueron divididos en 2 grupos: G1: TT+ (>0.1 ng/ml) y G2: TT- (≤0.1 ng/ml).
Resultados: Los pacientes con SHS fueron clasificados con más frecuencia en el G1. Los índices de función sistólica fueron más frecuentemente anormales en el G1 comparado con G2: FE (G1:45.8 % ±11.8 vs. G2:59.95 % ±9.92, p=0.013), al igual que el estado contráctil evaluado a través de la relación FE/EFSo (G1:21.92±9.26 vs. G2:34.96±10.18, p=0.021), relación onda "s" tidssular/EFS (G1:2.58±1.38 vs. G2: 3.83±1.16, p=0.05), relación FAM/EFS (G1:6.78±4.33 vs. G2: 12.19±4.41, p=0.01). No se observaron diferencias en los índices de performance SW (G1:66.10 ± vs. G2:70.06±18.55, p=0.70) ni en el índice de Ac V-A: (G1:1.22±1.19 vs. G2:0.61±0.40, p=0.083).Los niveles positivos de troponina fueron más frecuente en el SHS.
Conclusiones: La presencia de troponina positiva se asoció a mayor deterioro de la función sistólica y el estado contráctil con acoplamiento ventrículo-arterial y performance conservados, aspecto que refuerza el concepto de fallo miocárdico primario.

0110 - APLICACIÓN CLÍNICA DEL ANÁLISIS DE LA FASE SISTÓLICA DE LA CONTRACCIÓN VENTRICULAR CON DOPPLER TISULAR EN LA DISCRIMINACIÓN DE HIPERTROFIA

Dr. BARATTA, Sergio Juan | Dr. CHEJTMAN, Demian | Dr. BENTICUAGA NAVA, Alejandro Daniel | Dr. FERNANDEZ, Horacio Enrique | Dr. FERRONI, Fabian Edie | Dr. BILBAO, Jorge Alberto | Dr. BONORINO, Jose Maria | Dr. HITA, Alejandro

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Objetivos: Determinar la utilidad del análisis de las ondas del período isovolúmico (IVCa) y de la onda sistólica regional ("s") del DT pulsado para diferenciar formas de hipertrofia ventricular izquierda y evaluar utilidad de la relación IVCa/s y la diferencia de velocidad de la onda "s" del septum basal y medio (DVMB) en la hipertrofia de la estenosis aórtica (EA)

Materiales y Métodos: Se conformaron seis grupos de estudio: voluntarios sanos sedentarios jóvenes (G1, n=10), adultos sanos (G2, n=8) y los portadores de HVI (índice de masa ventricular izquierda [IMVI] >125 g/m2) incluyeron atletas de alto rendimiento (G3, n=21), hipertensos diagnosticados según el JNC VII (G4, n=21), miocardiopatía hipertrófica (MCH) (G5, n = 18) y EA (G6, n=17). Se analizaron la velocidad máxima de la onda "s" en cm/seg del septum basal y medio, la relación IVCa/s y la DVMB.

Resultados: Edad (años±DS): G1 33±9, G2 53±5, G3 36±13, G4 50±12, G5 47±16, G6 66±12,6; IMVI g/m2): G1, 85, G2 95, G3 150, G4 175, G5 190; G6 217(p<0,001). No se observaron diferencias entre grupos en la fracción de eyección (p=0,08) ni en la fracción de acortamiento mesoparietal (FAM) (p = 0,3). La "s" (cm/seg) regional fue: G1 5,6±1,4, G2 5,41±0,85, G3 5,7±0,6, G4 5,2±1,2, G5 4,2±1,1, G6 4,17±1,4 (p=0,001), la relación IVCa/s fue: G1 0,29±0,17, G2 0,39±0,21, G3 0,24±0,1, G4 0,42±0,15, G5 0,64±0,15, G6 0,52±0,1 (p=0,001) y la DVMB fue: G1 1,99±0,5, G2 1,71±0,3, G3 1,79±0,44, G4 1,39±0,76, G5 0,48±0,38, G6 1,38±0,68 (p=0,001). Se evaluó en EA 2 índices estudiados en las otras formas de hipertrofia: la relación IVCa/s<0,38 (para discriminar hipertrofia fisiológica de patológica) y la DVMB<0,98 (para identificar miocardiopatía hipertrófica de las otras formas de hipertrofia). En EA, 16 p presentaron relación IVCa/s>0,38 y 16 p tuvieron DVMB>0,98. Todos los pacientes cumplieron con por lo menos 1 de los 2 criterios para diferenciarle de la hipertrofia fisiológica y la miocardiopatía hipertrófica.

Conclusiones: La relación IVCa/s y la DVMB presentan distintos comportamientos en la hipertrofia ventricular. La relación IVCa/s y la DVMB mantienen su aplicación en la estenosis aórtica para diferenciarla de hipertrofia fisiológica y de la miocardiopatía hipertrófica.La hipertrofia de la EA se asemeja en su comportamiento a la de origen hipertensivo.

0111 - ROL DEL STRAIN BIDIMENSIONAL EN LA IDENTIFICACIÓN DE DAÑO MIOCARDICO EN LA ENFERMEDAD DE CHAGAS.

Dra. DEL CAMPO CONTRERAS, Matilde Beatriz | Dra. SUN, Claudia Marcela | Dr. CABREJOS HIGGINS, Gustavo | Dra. ROUSSE, Maria Graciela | Dra. LUNA, Stella Maris | Dr. KILLINGER, Carlos | Tpc. FERRADAS, Sandra Marcela

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. DURAND

Objetivos: La nueva clasificacion de la enfermedad de Chagas (ECh) está basada en la evidencia de miocardiopatía por distintos métodos. Las modificaciones de la deformidad miocárdica en esta entidad no han sido aún decriptas.
El objetivo del presente trabajo es investigar la utilidad del strain bidimensional (SB) por speckle tracking del ventrículo izquierdo (VI) en la ECh y la posibilidad de detectar miocardiopatía incipiente en pacientes (p) sin cardiopatía demostrada por otros métodos.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo y transversal. Entre diciembre del 2008 y marzo del 2011 se incluyeron 111p, 45 hombres (edad 46 ± 12) con serología positiva (S+) para ECh sin comorbilidades asociadas. Se dividieron en 3 grupos (G): G1:48p, ECG y ecoDop(ED) normales, G2:18p sólo ECG anormal y G3:45p ED anormal. Se compararon con G control de 40p de similar grupo etario. Se evaluaron ECG y por ED: diámetros, espesores y Fracción de acortamiento del VI, FEy por Simpson, ESPAM y ESPAT, SB pico sistólico longitudinal desde las vistas apicales 3, 4 y 2 cámaras, flujograma mitral: E, A y DTE. Por Doppler tisular (DT) de los anillos mitral: Em, Am, Sm, Em/Am y tricuspídeo: Et, At, St, Et/At. Estadística: para la comparación entre grupos de variables categóricas se utilizó el test de Chi cuadrado y para variables continuas el test de t o de ANOVA (para 2 ó más grupos).

Resultados:
G1:10p presentaron strain < o igual -12 % en 2 ó más segmentos vs 0 p del Control (p=0.01)
ˆStrain (p<0.001)
*Et/At<1: G1 63% vs Control 31% (p=0.013 IC=95%)
Espam (p<0.001)
Resto NS.

	Strain Global (%)	Strain 3C (%)	Strain 4C (%)	Strain 2C (%)	E´t/A´t	Espam(cm)
Grupo 1 (48p)	- 21.6±2	- 22±4	-21±3	-21.6±3	0.94*	1.79±0.2
Grupo 2 (18p)	- 21.9± 2	-22±4	-21±2	-21±1.6		1.78±0.2
Grupo 3 (45p)	-14± 5 ˆ	-14±5 ˆ	-14±5 ˆ	-15±0.5 ˆ		1.28±0.4
Control (40p)	- 22.19± 2 ˆ	- 23.8±4 ˆ	-21.16±2 ˆ	-21.8±0.4 ˆ	1.18*	1.9±0.2

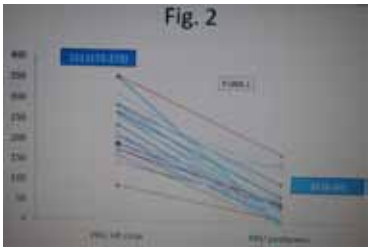
Conclusiones: 1- En p con ECG y motilidad normales se identificaron: defectos segmentarios severos de la contractilidad por SB y disfunción diastólica del VD por DT. 2- En p con cardiopatía chagásica el SB global y segmentario evidenció el daño miocárdico 3- El SB resultó una herramienta útil para detectar cardiopatía chagasica incipiente. El valor pronóstico de este hallazgo en la evolución de esta enfermedad deberá ser estudiado en futuros trabajos.

0112 - RESPUESTA ANTIAGREGANTE AL PRASUGREL EN PACIENTES HIPORESPONDEDORES AL CLOPIDOGREL SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA CORONARIA.

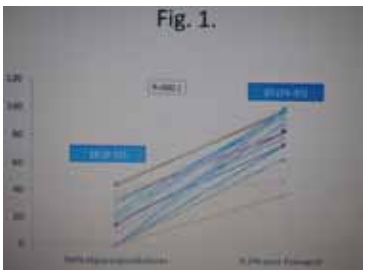
Dra. CANDIELLO, Alfonsina | ARIS CANCELA, Maria Esther | PADILLA, Lucio | NAU, Gerardo | PERALTA, Sebastian | BELARDI, Jorge | TRIVI, Marcelo | CURA, Fernando

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Objetivos: Evaluar la respuesta antiagregante plaquetaria, luego de una dosis de carga de prasugrel, en pacientes hiporrespondedores al clopidogrel post angioplastia coronaria (ATC) exitosa.



Materiales y Métodos: Se incluyeron de manera prospectiva y consecutiva 42 pacientes <75 años, >60 kg y sin antecedentes cardiovasculares, sometidos a ATC exitosa a quienes se les administró previo a la ATC, carga o mantenimiento de Clopidogrel (600mg de carga ó 75 mg/día por más de 7 días). Entre las 12-24hs post ATC se evaluó la inhibición de la agregación plaquetaria con VERIFY NOW P2Y12 Assay. Se definió como hiporrespondedores (HR): % de inhibición de la agregación plaquetaria (%IAP) <50% o PRU (unidades de actividad plaquetaria) >230. Aquellos pacientes que no respondieron adecuadamente al clopidogrel recibieron una dosis de carga de Prasugrel de 60 mg. La agregación plaquetaria se reevaluó a las 2 hs. post carga de Prasugrel.



Resultados: Características Basales: edad media 60±10 años, 93% sexo masculino, 78% HTA, 12% DBT, 43% con angina crónica estable, 48% SCA sin elevación del ST y 9% SCA con elevación del segmento ST. De los 42 pacientes que recibieron Clopidogrel preATC, 23 pacientes (55%) fueron hiporrespondedores al clopidogrel (IPA <50%).En estos pacientes, la mediana del % IAP fue de 18% (0-31) y la del PRU 211 (172-272). Luego de 2 hs de la administración de la carga de Prasugrel, los 23 pacientes hiporrespondedores al clopidogrel alcanzaron niveles óptimos de respuesta inhibitoria medidos tanto por % de IAP como por PRU (Fig. 1 y 2).
Conclusiones: En los pacientes hiporrespondedores al clopidogrel sometidos a ATC coronaria, la administración de una carga de Prasugrel logró una adecuada y rápida respuesta antiagregante.

0113 - RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS PARA ANGIOPLASTÍA CORONARIA EN ENFERMEDAD DE MÚLTIPLES VASOS EN EL REGISTRO ARGENTINO DE ANGIOPLASTÍA CORONARIA (RADAC).

Dr. MAURO, Daniel Omar | SZEJNFELD, Mario | BORRACCI, Raúl | MIERES, Juan | RUBILAR, Bibiana | MOHAMED, Gloria | PIRAÍNO, Rubén | ECHEVERRI, María C.

CONSEJO DE HEMODINAMIA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA. SAC

Objetivos: Evaluar cuales fueron las indicaciones y los resultados intrahospitalarios para la angioplastia coronaria (ATC) en enfermedad de múltiples vasos (MV) en los centros participantes del registro RADAC.

Materiales y Métodos: Entre los meses de Mayo y Noviembre 2010, se incluyeron 1905 pacientes (p) en forma prospectiva y consecutiva en 67 centros. Del total de p, 847 presentaban enfermedad de 1 solo vaso (44%). Un total de 1058 p presentaban enfermedad de MV. De estos, el 62,6% (662 p) presentaban enfermedad de 2 vasos, y el resto de 3 ó más vasos. Un 4,9% (52p) presentaban enfermedad de tronco de coronaria izquierda. Sobre el total de 1058 p la intención de vasos a tratar fue de 2 o más en el 40,5% (429 p). Y un total de 579 procedimientos fueron realizados de urgencia. (54,7%). La edad promedio de la población fue 65,0 (±11,0) años y el 79% eran hombres (838p)
Antecedentes y Factores de riesgo coronarios:
Cirugía de revascularización (CRM) previa: 10.1%; ATC previa: 24.7%; Insuficiencia Renal: 7.5%; Enfermedad Vascular periférica:5.3%; Insuficiencia Cardiaca: 8.3%; Stroke: 2.9%; Infarto agudo de miocardio (IAM) previo: 25.3%; EPOC: 3.6%; HTA: 76.4%; Dislipemia: 69.2%; Obesidad: 30.3%; Tabaquismo 26.6% y Diabetes: 24.3%
El cuadro clínico que motivó el procedimiento fue: Angina inestable (AI) en 255 p (24,1%); IAM en 617p (58,3%); Angor crónico estable en 186p (17,6%) casos. Un 2,4% del total de p presentaban shock cardiogénico (25p). En 32 p (3%) se trató al menos un puente venoso y solo en 3p (0,3%) el puente mamario. En 98 casos (9,3%) fue tratada una reestenosis.

Resultados: Se implantaron un total de 1760 stents (1,7 por p) con 625 stents farmacoactivos (35,5%). Se utilizó carga de clopidogrel en 762p (72,0%) y de prasugrel en 54p (5,1%). Vía de acceso: femoral en 982 p (92,8%) y el resto radial. Uso de inhibidores IIbIIIa en 96 p (9,1%); tromboaspiración en 22p (2,1%); rotablator en 3p (0,3%), cutting balloon en 12p (1,1%); IVUS en 8p (0,8%).
Éxito primario en 97% de los casos (1026 p). MACE hasta el alta del p: CRM urgencia 1p (0,1%); IAM 28p (2,6%); Nueva ATC en vaso tratado 6p (0,6%); Stroke 0p (0%); Mortalidad 24p (2,3%) Vs. 0.8% (7/847p) para enfermedad de 1 vaso p: 0.013, OR 2.79 IC: 1.14-7.13; Stent trombosis 2p (0,2%). Syntax Score: 17,3

Conclusiones: Un considerable número de procedimientos fueron realizados de urgencia (IAM o AI). Resulta razonable la significativa mayor mortalidad comparada con enfermedad de 1 vaso. Los hallazgos para éxito primario y MACE intrahospitalario resultan coincidentes con lo publicado en la literatura internacional para este grupo de pacientes.

0114 - RESULTADOS HOSPITALARIOS DE LAS MUJERES TRATADAS CON ANGIOPLASTIA CORONARIA EN EL REGISTRO ARGENTINO RADAC

Dra. VIDELA LYNCH, Angeles | SARMIENTO, Ricardo | ALVAREZ SEVILLANO, Juan | PEREZ BALIÑO, Pablo | GALLARDO GALEAS, Pablo | FLORES, Aime | PEREZ, Gonzalo | MENENDEZ, Marcelo

CONSEJO DE HEMODINAMIA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA. SAC

Objetivos: Evaluar la estrategia de revascularización, resultados y morbimortalidad de las mujeres sometidas a angioplastia coronaria en el registro RAdAC.
Materiales y Métodos: Entre mayo y noviembre de 2010 se incluyeron en forma prospectiva y consecutiva 451 M (23,7%) de un total de1905 pacientes en 67 centros del país. Se consignaron antecedentes clínicos, factores de riesgo, cuadro clínico, angiografía diagnóstica y técnica de revascularización. Se consideró éxito del procedimiento cuando se obtuvo flujo TIMI III y lesión residual <20%. Durante la estadía hospitalaria se evaluó mortalidad, infarto de miocardio (IAM), necesidad de nueva revascularización, accidente cerebrovascular y sangrado mayor. La comparación estadística con los varones (V) se realizó con chi², t de Student y Mann-Whitney/Wilcoxon.
Resultados: La edad de las M fue mayor que la de los V (68,1 ±10,58 años vs 62,5±10,87 p<0.01). En los antecedentes se observó diferencia en la tasa de hipertensión: M:n=370, 82% vs V n=1066 73.3% p <0.0001, tabaquismo: M n=83,18.4%, vs.V n= 430, 29.6% p <0.001, sobrepeso: M n=174, 38.6% vs.V n=423, 29.1% p 0.0001, IAM: M n=71,15.7% vs.V n=325, 22.4% p0.002, EPOC: M n=7,1.6% vs. V n= 55, 3.8% p 0.03 y cirugía coronaria (CRM): M n=18, 4%, vs.V n=92, 6.3%, p 0.03. No hubo diferencias en el cuadro clínico de presentación: M angina inestable:n=119, 26.4%, angor crónico estable: n=77,17.1%, IAM: n=255 ,56.5%. (V:n=331, 22,8%/n= 243,16,8%/IAM n=880, 60.5% pNS) ni en la realización del procedimiento en forma electiva:45.8%, de urgencia 38.9% o emergencia 17.5% (V: 43%/37.5%/19,4%,p NS). En el grupo de M se observó que el número de vasos enfermos era significativamente menor (M n=774, x1.71±0.85 vs.V n=2675, x1.83±0.87 p0.004) pero se mantuvieron en M y V la misma intención de vasos a tratar (M n=562 x1.24±0.48 vs.V n=1835 x1.26±0.51 p NS).La cantidad de stents implantados (M:n=638, x1.4±0.71 V: n=2127, x1.4±0.8 p NS) y la tasa de utilización de stents liberadores de droga (M n=202 (31.66%) x0.44±0.72 vs.V n=711 (33.4%) x0.49±0.78 p NS) fueron similares en ambos grupos. En relación al uso de procedimientos asociados: cutting balón, IVUS, rotablator, tromboaspiración y BCIA (M n=17, 3,7% vs.V n=74, 5% p=NS), y en la utilización de antiplaquetarios (prasugrel/clopidogrel/inhibidores IIbIIIa M n=19/432/34, 4.2%/95.8%/7.5% vs.V n=86/1368/129, 5.9%/94%/8.9% p NS) no hubo diferencias entre los grupos.Sólo se utilizó el abordaje radial en el 5.6% de las M (n=26) (vs. V n=110,7.5% p NS). En las M con IAM supra ST no se utilizó este abordaje (0% vs.V n=21 6.5% p 0.01). El éxito primario fue similar en ambos grupos: M n=438 (97,1%) vs V n=1409(96.9%) p NS. No hubo diferencias en la ocurrencia de sangrado mayor (M n=2, 0.4% vs.V n=3, 0.2% p NS), nueva ATC (M n=2, 0.4% vs.V n=9, 0.6% p NS), ni en la mortalidad intrahospitalaria (M n=11, 2.4% vs.V n=20,1.4% p NS), pero si en la ocurrencia de IAM (M n=6, 1.3% vs.V n=44, 3% p<0.05) y necesidad de CRM de urgencia (M n=2,0.4% vs.V n=0 p0.01).
Conclusiones: Al analizar la población de mujeres con respecto a los hombres en el registro RAdAC no se presentaron diferencias significativas en el cuadro clínico al ingreso, en la modalidad de revascularización ni en el éxito primario del procedimiento.Si bien la mortalidad global fue baja en ambos grupos, se observó una tendencia no significativa de mayor mortalidad en las mujeres. Si se constató un menor número de vasos tratados y mayor necesidad de CRM de urgencia en ellas.

0115 - RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO TRATADOS CON ANGIOPLASTIA DENTRO DEL REGISTRO ARGENTINO DE ANGIOPLASTIA CORONARIA (RADAC).

Dr. FERNANDEZ PEREIRA, Carlos | DESCALZO, Amalia | Dr. SOLORZANO ORMAZA, Leonardo Javier | CHERRO, Alejandro | DANIEL, Mauro | ALVAREZ, Alejandro | SAYÓN, Maria Elena | Dr. RODRIGUEZ, Alfredo

CENTRO DE ESTUDIOS EN CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA - CONSEJO DE HEMODINAMIA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA. SAC

Objetivos: Obtener una visión real de la angioplastia coronaria (ATC) en la Argentina, en el subgrupo de pacientes (ptes) con Infarto Agudo de Miocardio (IAM) incluidos en el registro RAdAC (Registro Argentino de Angioplastia Coronaria).

Materiales y Métodos: Desde Mayo del 2010 a Noviembre del 2010, 67 centros con hemodinamia de Urgencia, participaron en la inclusión de 1905 ptes tratados con ATC en el registro RADAC, de los cuales 784 fueron IAM de a cuerdo a la definición del protocolo del estudio. El protocolo fue aprobado por el comité de Ética, Docencia e Investigación de la Sociedad Argentina de Cardiología. El monitoreo estuvo a cargo del CONAREC y los resultados fueron analizados por un estadistólogo externo. Todos los ptes fueron enrolados de forma consecutiva previa a la firma del consentimiento informado y los datos demográficos, clínicos y angiográficos recolectados por cada centro en un formulario online.

Resultados: De los 784 pacientes con criterios de IAM la edad media fue 63 +/- 11,6 años, el 77% fueron hombres; presentando hipertensión arterial 65.6%, diabetes 18,4%, tabaquismo 28,8%, dislipemia 56,3%, sobrepeso/obesidad 28,7%, IAM previo 15,4%, ATC previa 15,6%, cirugía de revascularización coronaria (CRM) 3,7%, insuficiencia cardiaca 5,5% e insuficiencia renal crónica 5,1%. El 54% de los IAM fueron supradesnivel del segmento ST. El 7,13 presentaron KK III-IV, deterioro moderado a severo de la FEY 21,5 %. Se realizaron 1147 ATC de un total de 1357 vasos (1,5 ATC por paciente); ATC de tronco 1,5%, puentes venosos 3,4%, puentes mamarios 0,3% y reestenosis intrastent 5,2%. El 96.8% de las lesiones fueron tratadas con stents, 77% fueron convencionales y el 23% farmacológicos. Se administraron IGP IIb IIIa en el 10,7% y en el 4,5% se realizó tromboaspiración. Solo en el 0.9% de los casos se utilizó balón de contrapulsación intraaórtico. El acceso femoral fue del 93 %. El uso de Clopidrogel fue 74% y Prasugrel 5,6%. El éxito primario fue del 93,1 %. La mortalidad global fue del 3.1% de los cuales el 50% tenían shock cardiogénico al momento del ingreso, la mortalidad asociada a IAM con elevación del segmento ST ascendió al 4,3%, mientras que en los IAM sin elevación del segmento ST fue del 1,7%. Re infarto fue el 4,7%. Revascularización del vaso tratado (TVR) fue 0,8%. Sangrado 0,3%. CRM 0,3%.

Conclusiones: En este registro nacional multicéntrico los pctes tratados por IAM con ATC tuvieron una altal tasa de éxito primario hospitalario, con una baja tasa de mortalidad en concordancia con registros internacionales. El clopidrogel fue de elección en la mayoría como antiagregación plaquetaria.

0116 - ANGIOPLASTIA CORONARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA: COMPARACION CON LA POBLACIÓN GENERAL Y ANALISIS DE VARIABLES PREDICTORAS DE EVENTOS COMBINADOS

Dr. MIGLIARO, Guillermo Oscar | CASTRO, Javier | REVALE, Mariano | PIRAINO, Ruben | MOHAMED, Gloria | MOLES, Victor | MARTINO, Guillermo | HIGA, Claudio

CONSEJO DE HEMODINAMIA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA. SAC

Objetivos: Comparar los resultados intrahospitalarios de un subgrupo de pacientes (ptes) con insuficiencia renal crónica (IR) con los de la población general e identificar variables predictoras de eventos combinados.
Materiales y Métodos: Se incluyeron en el Registro Argentino de Angioplastia Coronaria (RAdAC) 1905 ptes en forma prospectiva y consecutiva en 67 centros de todo el país durante el período 01/05/2010 al 30/11/2010. Se dividió a la población en dos grupos (G). G1 ptes con IR (n= 111) y G2 ptes sin IR (n=1794). Se realizó un analisis univariado de la variables demográficas, factores de riesgo, presentación clínica al ingreso, características angiográficas y del procedimiento y su asociación con el punto final de muerte, infarto periprocedimiento (IAM), accidente cerebrovascular (ACV), cirugía de revascularización de urgencia(CRM) y la combinación de todas las anteriores (MACCE). Se realizó regresión logística para la detección de aquellas variables predictoras de MACCE en presencia de IR. Se consideró significativo un valor de p <0.05
Resultados: Los ptes del G1 eran en promedio de mayor edad (66 vs 58 años) p=0.0001, en su mayoría hombres (84 vs 76%), p<0.05, con mayor incidencia de diabetes (36 vs 19%) p=0.0001, con mayor frecuencia estadísticamente significativos de CRM previa, angioplastia previa, insuficiencia cardíaca, EPOC, infarto previo, shock cardiogénico, enfermedad vascular periférica y mayor compromiso del número de vasos coronarios(2.07 vs 1.76) p=0.001. Por regresión logística se encontró que el sindrome coronario agudo con supradesnivel del ST OR 28(IC 95% 1.4-592)p=0.02, las lesiones en la arteria descendente anterior proximal OR 13 (IC95% 1.5-118) p=0.01, la diabetes OR 9(IC95%1.06-77), y el sexo masculino (OR 11(IC 95% 1.1-119) p=0.04 son predictoras indendientes de MACCE en presencia de IR. Aunque la IR se asocia a mayor mortalidad y MACCE no es predictora independiente de MACCE en la población general.

Variable	G1 (%)	G2 (%)	Valor de p
Muerte	4,5	1.5	0.01
IAM	3,6	2,5	NS
CRM	0,1	0	NS
ACV	0	0	NS
MACCE	8	3,5	0.01

Conclusiones: Los ptes con IR presentan diferencias significativas en muchas variables descriptas en comparación con la población general. La IR se asocia a mayor mortalidad y MACCE, aunque no es predictora independiente. En la población con IR la presencia de lesiones en la arteria descendente anterior en tercio proximal,el síndrome coronario agudo con supradesnivel del ST, la diabetes y el sexo masculino son predictores independientes de MACCE

0117 - ANGIOPLASTIA CORONARIA EN OCTOGENARIOS: COMPARACIÓN CON LA POBLACIÓN GENERAL

Dr. LEIVA, Gustavo Alfredo | BAGLIONI, Pablo | VOOS BUDAL AREINS, Marcel | ESEREQUIS, Elias | LEGUIZAMON, Jorge | PEREZ, Gonzalo | MENENDEZ, Marcelo | GALLARDO GALEAS, Pedro

CONSEJO DE HEMODINAMIA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA. SAC

Objetivos: Evaluar los resultados intrahospitalarios de un subgrupo de pacientes (ptes) mayores de 80 años y compararlos con la población general.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en el Registro Argetino de Angioplastia Coronaria (RAdAC) 1905 ptes en forma prospectiva y consecutiva en 67 centros de todo el país durante el período 01/05/2010 al 30/11/2010 y se dividió a la población en dos grupos (G); G1 ptes mayores de 80 años (n=138) y G2 ptes menores de 80 años (n=1768). Se realizó un analísis univariado de variables demograficas , factores de riesgo coronario , caracterÍsticas angiográficas y variables relacionadas al procedimiento y se evaluó como punto final mortalidad intrahospitalaria, infarto agudo periprocedimiento (IAM),cirugía de revascularización de urgencia (CRM), accidente cerebrovascular (ACV) y una combinación de todas las anteriores como combinado (MACCE)
Se realizó regresión logística para identificar variables predictores de MACCE en G1.
Las variables continuas se compararon con el test de Student y las variables categóricas con el test de Chi cuadrado. Se considerò significativo un valor de p<0.05

Resultados: El G1 presentó mayor número de mujeres (42 vs 22%) p= 0.0001, más ptes con insuficiencia renal crónica (14 vs 6%) p=0.0001, menor tabaquismo (32 vs 57%) p=0.0001,menor obesidad (19 vs 32%) p=0.0001,más ptes con lesión de tronco (12 vs 3.4%),más ptes con enfermedad vascular periférica (7,8 vs 3,6 %) p=0.0007, mayor número de vaso enfermos (1,5 vs 1,4) p=0.04,mayor utilización de stent convencionales (1,1 vs 0,9 %) y menor de stents con drogas (0,5 vs 0,3) p>0,01.
No se observaron diferencias significativas en los puntos finales (ver tabla). En la regresión logísitica de la población mayor de 80 años no se identificaron variables independientes predictoras de MACCE

Variables	Grupo 1	Grupo 2	Valor de p
Muerte	3,6	1,5	NS
IAM	3,6	2	NS
CRM	0	0,001	NS
ACV	0	0	NS
MACCE	5	3,5	NS

Conclusiones: En el registro RAdAC el subgrupo de ptes octogenarios presenta diferencias significativas en variables clinicas angiográficas y del procedimiento. No se observo mayor incidencia de muerte, IAM, CRM ACV ni MACCE comparado con la población general.

0118 - RELACIÓN ENTRE LA DEMORA DEL SISTEMA (TIEMPO PUERTA-BALÓN) CON LA RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR EN EL SEGUIMIENTO ALEJADO

SZARFER, Jorge | RODRIGUEZ, Andrea | GARCIA ESCUDERO, Alejandro | GAGLIARDI, Juan | Dr. BLANCO, Rodrigo Ignacio | GIGENA, Gerardo | BLANCO, Federico | RICCITELLI, Miguel Angel

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. ARGERICH

Objetivos: Es conocido el valor pronóstico del tiempo a la reperfusión en la trombólisis, sin embargo es contradictoria la información entre el retraso a la reperfusión y la recuperación de la función ventricular izquierda (FVI) en la angioplastia primaria (ATCP). El objetivo del estudio es evaluar la importancia del sistema (tiempo puerta-balón) con el daño inicial y la recuperación alejada de la fFVI en pacientes con IAM tratados con ATCP.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma prospectiva y consecutiva a 696 pacientes (p) que ingresaron con diagnostico de IAM con supradesnivel del segmento ST dentro de las 12 horas de comenzado los sintomas, sometidos a una ATCP. Los p fueron agrupados en 4 grupos de acuerdo a los percentilos 25, 50 y 75 del intervalo de tiempo entre el primer contacto medico y la insuflacion del balon (puerta-balón): Grupo 1: puerta-balón <115 min (n=175); Grupo 2: puerta-balón entre 115-174 min(n=171); Grupo 3: puerta-balón entre 174-272 min (n=175); Grupo 4: puerta-balón >272 min (n=175). Se evaluó volumen de fin de diastole (VFD), sistole (VFS) y Fraccion de Eyeccion (FE) en forma angiografica a traves del metodo area-longitud, inmediatamente antes y 6 meses después de la ATC primaria. Para análisis de variables cualitativas chi cuadrado, t de Student para variables cuantitativas con distribución normal y la prueba de Kruskall-Wallis para datos cuantitativos no paramétricos.

Resultados: La edad fue de 58,2 años (+/- 11) el 81,2% eran hombres.. La mediana del tiempo puerta-balón fue de 174 min. (IC: 115-272) en la población total. No se observaron diferencias significativas en relación con las características demográficas, factores de riesgo coronarios, localización del infarto, caracterÍsticas angiograficas, superficie corporal y antecedentes cardiológicos entre los 4 grupos. La tabla muestra la FVI de cada grupo.

	Grupo 1 Puerta-balón <115min. N=175	Grupo 2 Puerta-balón 115-174min. N=171	Grupo 3 Puerta-balón 174-272 min. N=175	Grupo 4 Puerta-balón > 272 min. N=175
VFD basal (ml)	158 (134-179)	148 (127-176)	155 (129-176)	147 (115-177)
VFS basal (ml)	79 (62-109)	78 (62-104)	79 (64-100)	87 (63-107)
FE basal (%)	48 (33-59)*a	44 (34-53) b*	47,5 (34-55) c*	41 (30-50) d*
VFD 6 meses (ml)	164 (138-194)	171 (143-222)	170 (143-196)	158 (133-191)
VFS 6 meses (ml)	65 (48-84,5)	77 (54-112)	71 (54-97)	76 (61-107)
FE 6 meses (%)	59 (47,6-65,6) e*	55 (40,5-64,5) f*	57,1 (48-65) g*	53 (41-61) h*

*a-b: p=0,03; *b-c: p =0,01; *c-d: p <0.01; *e-f: p <0.01; *f-g: p =NS; *g-h: p <0.01; Casilleros sin referencia: p=NS

Conclusiones: La angioplastia primaria pareceria mejorar la función ventricular independientemente del tiempo puerta-balón. Aquellos pacientes con menor tiempo puerta-balón presentan un menor daño inicial, A pesar de la demora del sistema y las diferencias en el miocardio dañado, la recuperación de la función ventricular al sexto mes fue similar en todos los grupos.

0119 - RESULTADOS A MEDIANO Y LARGO PLAZO DE ANGIOPLASTIA CAROTIDEA CON STENT Y PROTECCION DISTAL.

Dr. RIFOURGAT, Ignacio | GRINFELD, Diego | PARMISANO, Jose Luis | FUERTES, Fernando | POLLONO, Pablo | TEJADO, Eduardo | PASTENE, Ricardo | GRINFELD, Liliana

HOSPITAL ESPAÑOL DE LA PLATA

Objetivos: Determinar la eficacia y seguridad de la AC con stent y filtros de protección distal (ACP) en una serie consecutiva de pacientes.

Materiales y Métodos: Entre marzo de 2004 y abril de 2011 se realizaron en nuestro servicio 136 ACP. De estos 90 fueron hombres (66.1%). Se realizaron 66 angioplastias carotideas percutaneas derechas (48.5%), bilaterales diferidas 15 (11%), carótida única 15 (11%). Los pacientes (pts) presentaban: accidente cerebro vascular previo 44 (32.5%), AIT previo 45 (33%), antecedentes cardiovasculares 64 (47.0%), EC previa 16 (11.7%), diabetes 40 (29.4%), HTA 82 (60.9 %), dislipemia 77 (56.6%), tabaquistas 37 (27.2%). El seguimiento fue telefónico con una adherencia del 96 %, con un máximo de 7 años y un mínimo de 30 días.

Resultados: Éxito del procedimiento 98,5 % (2 fallidas), complicaciones intra y post procedimiento inmediato 4 pts (2.9 %): 3 ACV (1 disartria, 1 ptosis palpebral y 1 paciente con foco motor) y 1 AIT. No se registraron óbitos intra procedimiento ni óbitos intra hospitalarios. Al seguimiento se detectaron: 1 ACV a los 30 dias del procedimiento con trombosis del stent por discontinuar el Clopidogrel y 16 óbitos (11.7%), de los cuales 10 fueron muertes súbitas (7.3%) de probable causa cardiovascular y 6 de causa no vascular. La reinternación de causa cardiovascular fue del 14.7% (20 pts), se realizo nueva angiografía en 10 pts (7.3 %). No se registraron reestenosis en toda la serie.

Conclusiones: La ACP es una técnica segura y con una alta tasa de éxito y muy baja tasa de reintervención de acuerdo a los resultados obtenidos en nuestra serie.

0120 - RELACIÓN ENTRE LA DEMORA DEL SISTEMA (TIEMPO PUERTA-BALÓN) CON LA RECUPERACIÓN DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA A LARGO PLAZO

SZARFER, Jorge | Dr. GARCIA ESCUDERO, Alejandro Mario | RODRIGUEZ, Andrea | GAGLIARDI, Juan | ALONSO, Analia | GIGENA, Gerardo | BLANCO, Rodrigo | RICCITELLI, Miguel Angel

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. ARGERICH

Objetivos: :Es conocida el valor pronostico del tiempo a la reperfusion en los pacientes tratados con trombolíticos; sin embargo existe información contradictoria sobre la relación entre el retraso a la reperfusion y la recuperación de la función ventricular en los pacientes tratados con angioplastia primaria (ATCP).
El objetivo del presente es valuar la relación de la demora del sistema con el daño inicial y la recuperación alejada de la función ventricular izquierda en pacientes con IAM tratados con ATCP.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma prospectiva y consecutiva a 790 pacientes (p) que ingresaron con diagnostico de IAM con supradesnivel del segmento ST dentro de las 12 horas de comenzado los sintomas, sometidos a ATC primaria. Los p fueron agrupados en 4 grupos de acuerdo a los percentilos 25, 50 y 75 del intervalo de tiempo que trascurre desde el primer contacto médico a la insuflacion del balón: Grupo 1: <184 min. (n=198); Grupo 2: entre 184-281 min. (n=199); Grupo 3: entre 281- 419 min. (n=196); Grupo 4: >419 min. (n=197). Se evaluó volumen de fin de diastole (VFD), sistole (VFS) y Fraccion de Eyeccion (FE) en forma angiografica por el metodo area-longitud, inmediatamente antes y 6 meses después de la ATC primaria. Se analizaron las variables cualitativas por chi cuadrado, por t de Student las variables cuantitativas con distribución normal y con Kruskall-Wallis los datos cuantitativos no paramétricos. Se considero significativa una p<0,05.

Resultados: La edad de la población fue de 58,2 años (+/- 11) el 81,2% eran hombres La mediana del tiempo dolor-balón (ventana) fue de 281 minutos (IC: 184-419) en la población total. No se observaron diferencias significativas en relación con las características demográficas, factores de riesgo coronarios, localización del infarto, características angiograficas y antecedentes cardiológicos entre los 4 grupos.

	Grupo 1 Ventana<184 min (n=198)	Grupo 2 Ventana 184-281 min (n=199)	Grupo 3 Ventana 281-419 min (n=196)	Grupo 4 Ventana >419 min (n=197)
VFD basal	155(130-178)	153 (127-177)	154(127-180)	147(119-174)
VFS basal	78(62-104)	77 (63-103)	83(64-109)	87(64-113)
Fey Basal	48(34-55) *a	47(36-57) *b	45(34-53) *c	39(30-49) *d
VFD 6 mes	168(143-196)	168(142-200)	170(143-190)	154(131-192)
VFS 6 mes	65(48-93)	70(57-94)	75,5(54-101)	71(55,5-105)
Fey 6 mes	56,5(46-66)	55(46-64)	53(46-54)	51,5(41-61)

*a-b: p=NS
*b-c: p < 0.01
*c-d: p =0.01
Casilleros sin referencia: p=NS

Conclusiones: La angioplastia primaria parecería mejorar la función ventricular independientemente del tiempo de reperfusión. Se observo un menor daño miocárdico inicial en los grupos con menor ventana a la reperfusión. A pesar de que existieron diferencias en el tiempo a la reperfusión y en el daño miocárdico inicial, todos los grupos presentaron similar función ventricular izquierda en el seguimiento a 6 meses.

0121 - RESULTADOS INMEDIATOS Y ALEJADOS DE LA ANGIOPLASTIA DEL TRONCO NO PROTEGIDO DE LA ARTERIA CORONARIA IZQUIERDA CON STENT CONVENCIONALES Y LIBERADORES DE DROGA.

Dr. ZIMMERMANN, Juan Pablo | SCHIPANI, Gustavo Javier | AZZARI, Fabian | CHAMBRE, Dionisio | ANDERSEN, Gustavo | FERNANDEZ, Alejandro Abel | MARTINO, Guillermo Raul | LEGUIZAMON, Jorge Hugo

CLINICA BAZTERRICA

Objetivos: Evaluar los resultados inmediatos y alejados, los predictores de eventos asi como los resultados con stent convencionales y liberadores de droga de la angioplastía (ATC) del TCI no protegido. Se observó la mortalidad global asi como la incidencia de muerte, infarto o reintervención del TCI (MACCE).

Materiales y Métodos: Este registro comprende 114 pacientes tratados con angioplastía del TCI entre 2003 y 2009, con un seguimiento medio de 20.2 meses. El diagnóstico de ingreso fue angina inestable en 69.3%, infarto sin elevación de ST en 7.9%, angina post infarto en 5.3%, angina estable 14.0% y otras causas en 3.8%.

Resultados: La edad fue de 70.2±11.1 años, 22.8% tenía 80 años o más, 27.2% eran diabéticos, 27.2% tenía disfunción ventricular moderada a severa, el 15.8% fueron procedimientos de emergencia y el EUROSCORE fue de 6.4±3.9 puntos.
Se utilizaron SLD en 64.4% de los pacientes. El 78.1% presentaba compromiso del TCI distal o difuso, lográndose una técnica simple en 88.6% de los casos. El éxito angiográfico fue de 97.4%.
La mortalidad hospitalaria fue de 2.6% (IC 95% 0.7-7.0%) para una mortalidad esperada por EUROSCORE logístico de 10.5±12.2%. La mortalidad alejada fue de 12.3% (IC 95% 7.2-19.3%), siendo el MACCE de 22.8% (IC95% 15.8-31.2%).
El único predictor independiente de muerte el EUROSCORE logístico ›10% (OR 11.0, IC95% 2.8-42.8, p=0.0005). Mientras que para MACCE fueron el EUROSCORE logístico ›10% (OR 2.6, IC95% 1.0-6.7, p=0.04) y el tratamiento del TCI con una técnica compleja (OR4.6, IC95% 1.3-15.8, p=0.01).
La incidencia acumulada de muerte de cualquier causa (15.4 vs. 9.7%, RR 0.64 IC95% 0.22-1.83, log rank p=0.40) y MACCE (26.9 vs. 19.4%, RR 0.78 IC95% 0.36-1.68, log rank p=0.51) fue similar en pacientes tratados con SC o SLD. Sin embargo, estos últimos tuvieron, más compromiso de múltiples vasos, mayor compromiso del tronco distal. Tras ajustar la incidencia de eventos por estas diferencias básales, observamos un beneficio en la ocurrencia de MACCE (p de Cox=0.03).

Conclusiones: En nuestra experiencia la angioplastía del TCI no protegido muestra resultados alentadores. La utilización de stent liberadores de droga debería ser de primera elección, salvo contraindicaciones, por su impacto en la incidencia de MACCE.

0122 - ANGIOPLASTIA EN EL IAM: “REPERFUSIÓN METÁLICA”, SUS DETERMINANTES E IMPLICANCIAS PRONÓSTICAS.

Dr. SZARFER, Jorge | Dr. GARCIA ESCUDERO, Alejandro Mario | Dra. ARGENTO, Laura Vanina | Dr. GIGENA, Gerardo Esteban | Dra. RODRIGUEZ, Andrea Silvina | Dra. ALONSO, Analia Mabel | Dr. GAGLIARDI, Juan Alberto | Dr. RICCITELLI, Miguel

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. ARGERICH

Objetivos: Evaluar la implicancia pronóstica de la reperfusión lograda al atravesar la oclusión en la arteria responsable del infarto con la cuerda guía en la angioplastia primaria.
Materiales y Métodos: Se incluyeron prospectivamente 601 pacientes con infarto agudo de miocardio con supradesnivel ST que presentaban flujo TIMI 0 en la angiografía basal. Se consideraron 2 grupos según la presencia o no de reperfusión por cuerda (Metálica), definida por la visualización de sustancia de contraste distal a la lesión, en la primera inyección de control, luego de haber posicionado la cuerda guía. Las variables cuantitativas se presentan como media ± desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartil, y las cualitativas como su frecuencia y porcentaje, n (%). Se utilizó prueba de t de Student para datos apareados (comparación intragrupo) y test de t para datos independientes o análisis de la varianza (comparación intergrupo). Las variables cualitativas se analizaron por la prueba de Chi cuadrado o test exacto de Fisher. Las variables no paramétricas se analizaron con el test de Kruskal-Wallis. Se realizaron modelos multivariados tomando como variables dependientes resultado angiográfico, reperfusión metálica y mortalidad. Las varibles ingresadas en los distintos modelos fueron: edad, sexo, factores de riesgo coronario, antecedente de infarto previo, vaso tratado, Killip y Kimbal D al ingreso, ventana de tiempo a la reperfusión y resultado del procedimiento.
Resultados: En 303 pacientes (50,4%) se obtuvo “reperfusión metálica”. Este grupo de pacientes presentó menor ventana al tratamiento (248 vs. 286 minutos; p=0,001) y shock al ingreso (9,2 vs. 16,4%; p=0,008). La arteria responsable del infarto más frecuente fue la coronaria derecha; con menor deterioro de la FVI inicial. No hubo diferencias significativas en las demás variables demográficas y angiográficas entre los grupos.
La reperfusión metálica se asoció a una mayor tasa de éxito (94,7% vs. 78,5%; p<0,0001). Se observó mayor recuperación de la función ventricular izquierda a las 24 horas y la mortalidad a 12 meses fue significativamente inferior (11,6% vs 19,5%, p=0,007).
En el análisis multivariado las únicas variables independientes asociadas al resultado exitoso del procedimiento fue la reperfusión con cuerda (OR: 4,55; IC95% 2,55-8,10; p<00001) y la ventana al tratamiento <250 minutos (OR: 1,80; IC95% 1,06-3,08; p=0,03).
Fueron predictores independientes de mortalidad a los 12 meses: el shock cardiogénico al ingreso (Killip Kimbal D) (OR: 3,07), la edad, con un incremento del 5% por cada año (OR: 1,05) y la fracción de eyección basal <35% (OR: 2,96). Fueron predictores independientes no “Reperfusión Metálica”: el Killip Kimbal D (OR 0,49; IC95% 0,30 – 0,82; p=0,006) y compromiso de DA (OR: 0,56; IC95% 0,39 – 0,80; p=0,0014). El éxito angiográfico (OR: 0,22) resultó un predictor de mejor sobrevida en el seguimiento al año.
Conclusiones: La “reperfusión metálica” se consigue en al menos la mitad de los pacientes sometidos a angioplastia en el infarto agudo de miocardio supra ST con arteria ocluida al ingreso. Se asocia con la ausencia de shock cardiogénico, el compromiso de la coronaria derecha como arteria responsable del infarto y ventana al tratamiento más corta. Es predictora de éxito del procedimiento y se asocia a mejor función ventricular y a una mayor tasa de sobrevida al año aunque no resultó un predictor independiente de mejor sobrevida en nuestro estudio.

0123 - COMPONENTES QUE INFLUYEN EN EL TIEMPO A LA ANGIOPLASTIA EN PACIENTES TRASLADADOS CON IAM

Dr. GARCIA ESCUDERO, Alejandro Mario | Dr. SZARFER, Jorge | Dr. BLANCO, Rodrigo Ignacio | Dr. GIGENA, Gerardo Esteban | Dr. BLANCO, Federico Luis | AFFATATO, Susana | ALONSO, Analia | Dr. RICCITELLI, Miguel

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. ARGERICH

Objetivos: Objetivos: analizar las características clínicas, de presentación y logísticas involucradas en el tiempo a la angioplastía en pacientes que se presentan cursando un Infarto Agudo de Miocardio (IAM) de centros sin disponibilidad de Angioplastía primaria (ATCP) a un centro de referencia y evaluar los distintos componentes del retraso a la reperfusion y las complicaciones ocurridas durante el traslado.
Materiales y Métodos: Se registraron en forma prospectiva las variables clínicas y logísticas en los pacientes derivados para ATCP en el contexto del IAM a un Centro de referencia en la C.A.B.A. que funciona en red con 14 centros de derivación. Los pacientes fueron divididos en 3 grupos en tercilos de acuerdo al tiempo ventana definido como el intervalos ente el inicio del dolor hasta la insuflacion del balón: grupo 1(primer tercilo): ventana<220 min; Grupo 2 (segundo tercilo) ventana entre 220-369 min; Grupo 3 (tercer tercilo):ventana >369 min. Variables cuantitativas están expresadas en mediana e Intervalo de confianza (IC) analizadas con Test de Kruskal-Wallis. Las cualitativas por Chi cuadrado. Se considero significativa una p<0,01.
Resultados: Fueron incluidos 485 pacientes derivados a ATCP por IAM con supradesnivel del segmento ST; 77,9% eran hombres. La edad media de la población fue de 58,2 años. La mediana de la ventana en la población total fue de 285 minutos (IC: 185-420) . No se observaron diferencias significativas en relación con las características demográficas, factores de riesgo coronarios, localización del infarto y antecedentes cardiológicos entre los 3 grupos. Al analizar los componentes del retraso a la reperfusión en los 3 grupos se observaron diferencias significativas en el tiempo entre el inicio del dolor y la consulta médica (dolor-consulta), en el intervalo entre la consulta medica y la decisión de reperfusión (consulta-llamada a hemodinamia) y en el tiempo de traslado en ambulancia al centro de hemodinamia, excepto la demora en traslado entre grupo 2 y 3 (Tabla 1)
En relación con el tipo de ambulancia que efectuó el traslado, los pacientes del Grupo 1 fueron trasladados con ambulancias de su propio centro en un mayor numero de casos que en ambulancias UCM del SAME o de cobertura medica privada (64,9% vs 35,1%), a diferencia de los Grupos 2 (45,5% vs 54,5%) y 3 (40,5% vs 59,5%), p<0,01. No se observaron diferencias significativas en relación con el número de pacientes trasladados los fines de semana o en horario nocturno entre los 3 grupos. No se registraron óbitos durante el traslado, 2 pacientes presentaron fibrilación ventricular (1 en ambulancia del propio centro) y 2 pacientes Bloqueo AV completo (ambos en ambulancia propia).

Variable	Grupo 1 (n=157)	Grupo 2 (n=163)	Grupo 3 (n=165)	P (entre Grupo 1 y 2)	P (entre Grupo 2 y 3)
Ventana (min)	153 (130-184)	294(244-315)	498(420-703)	<0,01	<0,01
Dolor-consulta (min)	40(30-60)	80(30-120)	180 (60-360)	<0,01	<0,01
Consulta-llamada(min)	20 (10-30)	40(30-120)	150(60-245)	<0,01	<0,01
Traslado (min)	40(20-55)	65(45-90)	75 (45-110)	0,02	NS

Conclusiones: Los distintos componentes del retraso a la reperfusión se reflejan en el tiempo de ventana, aunque no parece la demora del traslado influir en el mayor retraso del tercer grupo. Asimismo se observa un menor retraso en aquellos pacientes que fueron trasladados en ambulancias de su propio centro. La tasa de complicaciones es baja. El traslado utilizando ambulancias propias resulto ser tan seguro como el realizado por UCM.

0124 - ROL DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CRÓNICO DE LAS TAQUIARRITMIAS RECURRENTES EN LA EDAD PEDIÁTRICA.

Dr. BLEIZ, Jorge Alberto | PARDO, Analia | RUIZ, Hugo | MEDESANI, Luis | ZABALA, Federico | FELDMAN, Juan | LIMA, Silvana | EGUES, Rodrigo

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA SOR MARÍA LUDOVICA

Objetivos: Determinar la eficacia, reacciones adversas y efectos proarrítmicos de las diferentes drogas utilizadas en el tratamiento farmacológico crónico de las taquiarritmias recurrentes (TAR) en la edad pediátrica.

Materiales y Métodos: En un estudio observacional se revisaron las historias clínicas de 42 pacientes (P) con diagnóstico de TAR. Se analizó el sexo de los P, edad al diagnóstico, sintomatología, episodios arrítmicos de recurrencia, tratamiento farmacológico y eléctrico efectuado, terapias de ablación por radiofrecuencia (ARF), y tiempo de seguimiento. En el electrocardiograma de 12 derivaciones y en el registro de Holter se determinó el comportamiento de la taquiarritmia durante el tiempo de seguimiento, así como la frecuencia cardíaca, el intervalo PR, el QRS, onda T e intervalo QT. Se analizaron los ecocardiogramas para evaluar la presencia de cardiopatía asociada (CA) y la función ventricular. Se revisaron también los exámenes de laboratorio y oftalmológicos. Se utilizó el test exacto de Fischer y el de Chi2 para el análisis estadístico. Valor de p<0.05 fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados: Edad promedio al diagnóstico 108 días (1 día- 9 años), 55% sexo masculino (pNS). Todos los P estuvieron sintomáticos (p<0.05) y con alteración de la función ventricular (p<0.05) al momento del diagnóstico. El tiempo promedio de seguimiento fue 4 años (3 meses-10 años).Hubo CA en 21% de los P (pNS). Las TAR observadas fueron: taquicardia supraventricular por reentrada en vía accesoria (41,5%), taquicardia auricular automática (15%), taquicardia auricular incisional (9,5%), aleteo auricular (17%), taquicardia ventricular monomorfa (17%). Las drogas utilizadas fueron digoxina, atenolol, flecainida, amiodarona y diltiazen, usadas como monodrogas inicialmente (amiodarona 78%, p<0.05) y asociadas luego de la recurrencia (asociación amiodarona y flecainida 80%, p<0.05).
Los P con mayores episodios de recurrencia estaban recibiendo digoxina y atenolol como monodrogas o asociadas entre sí (p<0.05), en cambio los P con menores o ausencia de recurrencias recibían amiodarona y flecainida como monodrogas o asociadas entre sí (p<0.05). En 90% de los P se obtuvo ritmo sinusal (p<0.05), recuperándose la función ventricular. En 10% de los P se aplicó cardioversión eléctrica (4% como terapia inicial y 6% como coadyuvante) (pNS).
Hubo 12% de efectos adversos (pNS) y 10% de proarrítmias (pNS). El 75% de los P con proarritmias tenían menos de 1 año de edad (p<0.05). Se realizó ARF en el 47% de los P (p<0.05).
2 P (4,7%) fallecieron durante el seguimiento, con CA, sin relación con episodio arrítmico.

Conclusiones: El tratamiento farmacológico crónico de las TAR en la edad pediátrica es eficaz y seguro, con escasa incidencia de efectos adversos y proarrítmicos, permitiendo llegar a la edad electiva para un tratamiento ablativo exitoso. Los lactantes y P con CA requieren un estricto seguimiento por ser los grupos de mayor riesgo.

0125 - TAQUICARDIA ECTOPICA DE LA UNION EN LA EDAD PEDIATRICA

Dr. BLEIZ, Jorge Alberto | CUELI, Andrea | MANCIOLA, Soledad | CITATE, Graciela | FELDMAN, Juan | LIMA, Silvana | EGUES, Rodrigo | RODRIGUEZ, Jorge

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA SOR MARÍA LUDOVICA

Objetivos: Determinar la incidencia, formas clínicas de presentación, diagnóstico, tratamiento y evolución de la taquicardia ectópica de la unión (TEU) en la edad pediátrica.

Materiales y Métodos: En un estudio observacional se revisaron las historias clínicas de 22 pacientes (P) con diagnóstico de TEU (10 congénita, 12 adquirida) de un total de 288 P con taquiarritmias tratadas en un período de 10 años (2000-2010). Se analizó el sexo de los P, edad al diagnóstico, sintomatología, tratamiento efectuado y tiempo de seguimiento. Se realizaron ecocardiogramas para evaluar la presencia de cardiopatía asociada (CA) y la función ventricular. En el ECG de 12 derivaciones y en el registro de Holter se determinó frecuencia cardíaca (FC), presencia de disociación auriculoventricular (DAV), capturas y conducción ventriculoauricular (CVA) y duración de la arritmia. Se utilizó el test exacto de Fischer y el de Chi2 para el análisis estadístico. Valor de p<0.05 fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados: Incidencia de TEU 7.6 % (3.5 % congénita, 4.1 % adquirida; p>0.05), ligero predominio del sexo masculino en ambos grupos, edad promedio 79 días en la forma congénita (1 día - 16 meses) y 90 días en la adquirida (25 días – 18 meses) con p>0.05. Todos estuvieron sintomáticos. Hubo CA sólo en el grupo adquirida (p<0.05), pero todos los P tuvieron comprometida la función ventricular. No hubo diferencia significativa entre las FC promedio de ambos grupos (184 lpm en congénita vs. 176 lpm en adquirida). Se encontró DAV en todos los P, CVA en 35% (p<0.05), y capturas sinusales en 10% (p>0.05). Todos recibieron tratamiento al momento del diagnóstico. El 50% de los P recibió adenosina de primera elección sin ser efectiva. El 25% de los P recibió digoxina con ligero efecto sobre el control de la frecuencia ventricular. La amiodarona se utilizó en todos los P, asociándose a flecainida en el grupo congénito, con disminución de la frecuencia ventricular y aumento de las capturas sinusales inicialmente, con reversión al ritmo sinusal en 95% y 100% de los P en el grupo adquirida y congénito respectivamente (p>0.05), ocurriendo luego de 7 y 35 días respectivamente (p<0.05%).El 30% del grupo adquirida recibió además tratamiento no farmacológico (marcapaseo secuencial e hipotermia). La recuperación de la función ventricular ocurrió en 95%, con un 5% de mortalidad, con un seguimiento promedio de 5 años.

Conclusiones: Si bien la TEU es una arritmia de baja incidencia, tanto en su forma congénita como adquirida, se presenta en recién nacidos y lactantes, con compromiso hemodinámico. La frecuente aparición de CVA y las escasas capturas sinusales, sumada a la difícil apreciación de la DAV, pueden hacer confundir a la TEU con una arritmia reciprocante. La amiodarona fue la droga más efectiva tanto sola como asociada, permitiendo alcanzar el ritmo sinusal, con recuperación de la función ventricular y excelente sobrevida con el tratamiento oportuno.

0126 - ASOCIACIÓN ENTRE AREA DE AI, ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y FUNCIÓN DIASTÓLICA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO EN VARONES ADOLESCENTES

Dra. PEREZ ACEBO, Haydee Laura | Dra. FERNANDEZ, Graciela Beatriz | Tpc. FERRADAS, Sandra Marcela | HIRSCHER, Valeria

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. DURAND

Objetivos: Determinar la asociación en adolescentes, entre el area de AI (AAI) y a) diferentes componentes del sindrome metabólico: índice de masa corporal (IMC), insulino resistencia, perfil lipídico, tensión arterial y b) diámetros ventriculares y función diastólica.

Materiales y Métodos: Se estudiaron 142 varones provenientes de un club amateur de rugby entre 16.8 +/- 2 años,se registró: índice de masa corporal (IMC), tensión arterial, estadío Tanner, perfil lipídico, glucemia, insulino resistencia y ecocardiograma modo M, 2D y doppler: diámetro de AI, área de AI (AAI), diámetro ventricular izquierdo diastólico (DDVI) y sistólico (DSVI), septum interventricular (SIV), pared posterior de ventrículo izquierdo (PPVI), fracción de acortamiento, doppler transmitral onda E, onda A, tiempo de desaceleración, doppler tisular del anillo mitral onda E(DTE), onda A (DTA) y el cociente entre la onda E transmitral y la onda e tisular (E/e´)

Resultados: Treinta y ocho (26.8%) fueron obesos (IMC >P°95) y treinta y dos (22.5%) con sobrepeso (IMC P°85-95) Todos los sujetos en estadío puberal o pospuberal reflejado en la prevalencia de Tanner 3,4 y 5 (13%, 37%, 48% respectivamente).Agrandamiento auricular 32.6%.La prevalencia del sindrome metabólico fue del 5 % (7/142). Se halló con más frecuencia bajos niveles de HDL-C (36.2%) y obesidad central (24.6%), mientras que hipertrigliceridemia, insulino resistencia e hipertensión fueron menos frecuentes (7.7%, 6.2 y 8.5% respectivamente). Ninguno presentó los cinco componentes del sindrome metabólico. Aproximadamente el 50% tuvo por lo menos un factor de riesgo cardiovascular y el 22% dos o más factores de riesgo.El grupo de adolescentes pertenece a una clase socio económica media-baja, el 50% de los padres sólo realizó estudios primarios algunos de ellos incompletos. Se encontró asociación univariada significativa (p<0.01) entre el AAI y el IMC (r0.59), tensión sistólica (r0.20), insulinemia (r0.32), HDL_C (r0.23), triglicéridos (r0.21), DDVI (r0.25), PPVI (r0.26), SIV (r0.24), DTE (r0.26), DTA (r0.28), E/e´(r0.24). En el análisis multivariado se ingresaron las variables independientes por pasos, el IMC (B=0.44)), E/e' (B=0.42) y DTA (B=33.16) fueron predictores independientes del AAI (R2=0.45) ajustada por factores de confusión.

	Unstandardized Coefficients		t	Sig.	R^2
	B	Std. Error			
IMC	0.4	0.05	8.0	0.000	0.45
DTA	33.1	11.5	2.8	0.005	
E/e'	-0.4	0.2	-2.2	0.030	

Conclusiones: El AAI se asoció con IMC ,parámetros de función diastólica y doppler tisular, sugiriendo que la obesidad y la disfunción diastólica podrían asociarse con agrandamiento de AI desde la adolescencia.

0127 - UTILIDAD DEL ECO STRESS EN PEDIATRIA , ADOLESCENCIA Y ADULTOS CON CARDIOPATIAS CONGENITAS

Dra. VAZQUEZ, Haydee | ABELLA, Ines | MOROS, Claudio | QUILINDRO, Alberto | CAZALAS, Mariana | GRIPPO, Maria

HOSPITAL DE NIÑOS DR. RICARDO GUTIERREZ - INSTITUTO CARDIOVASCULAR LEZICA

Objetivos: El propósito de este estudio fue evaluar la presición y la seguridad del Eco Stress con Ejercicio(ESE) en pacientes en edad pediátrica y en adolescentes y adultos con cardiopatías congénitas nativas y o reparadas

Materiales y Métodos: 20 pacientes(p)con edad x 17, rango:de 5a a 32años fueron evaluados.Sexo:67%varones.Para prueba de esfuerzo se utilizo protocolo de astrand,considerando la misma suficiente cuando se alcanzo la fecuencia
submáxima calculada para edad. Para la ecocardiografía se obtuvieron imágenes en modo 2D en eje largo,eje corto ventricular,cuatro cámaras y dos cámaras apicales.En etapa basal y en etapa post esfuerzo inmediato se realizó:1-Análisis de la motilidad regional (16 segmentos).2-Cálculo de la fracción de eyección(Fey) de ventrículo (v) izquierdo o (v) sistemico.3-Evaluación de gradientes o reflujos válvulares.4-Presion sistólica de ventriculo derecho(vd) a través del reflujo tricuspideo(RT).

Resultados: El 85% de los (p) realizaron pba ergometrica con capacidad funcional normal.
El score de motilidad parietal basal promedio fue:1,05 y en el máximo esfuerzo:1,06.Solo en 3 (p) se detecto cambios de motilidad segmentaria post esfuerzo.Segmento(s) basal inferior en un (p) portador de Kawasaki,(s) anteromedial en 2(p) con ALCAPA operada con reimplante uno,con ligadura el otro.La capacidad funcional en estos últimos pacientes no se altero,ni hubo cambios significativos en el ECG durante la pba ergométrica.La (Fey)de (v) izquierdo basal X:55%.No disminuyó en ningún (p).Un (p) con severa disminución de (Fey) basal presento arritmia ventricular.Los gradientes sistólicos pulmonares aumentaron en forma significativa,p<0,5. Dos (p) con estenosis moderada pasaron a formas severas con presión suprasistémica en (v) derecho valorada por (RF)

Conclusiones: El Eco Stress es una metodología diagnóstica válida para la búsqueda de isquemia y evaluación de la reserva contráctil miocárdica,que debe implementarse también en edad pediatrica.

0128 - ECOCARDIOGRAFÍA FETAL: SU EVOLUCIÓN EN 6 AÑOS EN SERVICIO PÚBLICO DE CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA.

LIMA, Silvana | EGUES ALMEIDA, Rodrigo | FELDMAN, Juan Pablo | MANCIOLA, Soledad C. | RODRIGUEZ, Jorge | WEISBURD, Pedro | CUELI, Andrea | CITATE, Graciela

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA SOR MARÍA LUDOVICA

Objetivos: La Ecocardiografía Fetal es una práctica que se ha incrementado de manera notable en estos últimos años, cobrando vital importancia en la detección de patología cardiovascular fetal tanto funcional como estructural.
Los defectos cardiovasculares congénitos se han relacionado con diversos factores de riesgo, considerándose como tales aquellos que incrementan la posibilidad de tener un hijo portador de una malformación cardiovascular congénita; estos factores pueden ser de origen materno, familiares y fetales. El objetivo de este trabajo es exponer la tarea realizada, en los ultimos 6 años, en el diagnostico prenatal de cardiopatias congenitas, sobre la poblacion vulnerable.
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo desde Enero de 2005 a diciembre de 2010 con el objetivo de analizar el motivo de derivación a nuestro servicio.
Se separaron las derivaciones por motivo de consulta, formando dos grupos, los de Alto riesgo de familiar y fetal y Alto riesgo materno.
Resultados: Se realizaron un total de 2380 Ecocardiogramas Fetales desde Enero de 2005 a Diciembre de 2010, representando el 11.8% del total de estudios ecocardiográficos. Se evaluaron 367 pacientes con Alto riesgo familiar y fetal que representaron el 15.5% y 2013 pacientes con Alto riesgo materno que representaron el 85.5% de los estudios fetales. El total de estudios patológicos hallados fueron de 238 (10%).
Los motivos de Derivación más frecuentes en ambos grupos fueron:
DBT------490 pacientes (20.58%);
Antecedentes de Malformaciones-----245 pacientes (10.29%);
RCIU------191 pacientes (8.02%);
Oligoamnios-------105 pacientes (4.4%);
HTA------96 pacientes (4.03%);

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ecocardiografías Fetales	317	550	317	341	367	488
Pacientes	272	326	294	306	312	431

Conclusiones: La Ecocardiografía Fetal en el Hospital Público se ha convertido en una herramienta fundamental en la detección y diagnóstico de la patología cardiovascular fetal permitiendo alcanzar a las poblaciones más vulnerables.
El diagnóstico intraútero de estos defectos resulta de extraordinario valor, ya que permite ofrecer a la pareja asesoramiento prenatal, con el objetivo de brindarle información relacionada con las características de la enfermedad, su evolución, las posibilidades terapéuticas, el pronóstico y el riesgo de recurrencia para futuros embarazos, logrando además programar el nacimiento en un centro de alta complejidad con facilidades cardiovasculares para recibir al recién nacido y brindarle la atención médica requerida.

0129 - ABLACION POR RADIOFRECUENCIA EN POBLACION PEDIATRICA.

Dr. BOCHOEYER, Andres | RABINOVICH, Rafael | RIVAROLA, Marcelo | TRENTACOSTE, Luis | GRIPPO, Maria

HOSPITAL DE NIÑOS DR. RICARDO GUTIERREZ - SANATORIO TRINIDAD MITRE

Objetivos: La ablación por radiofrecuencia (RF) se ha convertido en una terapia bien establecida para el tratamiento de diferentes taquiarritmias. Sin embargo, la aplicación generalizada del método en pacientes (pts) pediátricos representa un desafío en términos de seguridad y eficacia.

Materiales y Métodos: Nos proponemos describir nuestra experiencia en 43 casos realizados en forma consecutiva desde Septiembre del 2009 hasta Mayo del 2011. El análisis fue retrospectivo, la edad media 12±4 años (3-17). El 46% (20 pts) fueron varones y 5 casos presentaron enfermedad cardíaca estructural.

Resultados: El diagnostico de síndrome de Pre-excitación (SP) se realizó en 25 pts (12 de localización lateral izquierda, 7 postero-septal, 4 lateral derecha y 2 anteroseptal); el diagnóstico de taquicardia paroxística por vía accesoria oculta lateral izquierda en 6 pts; Taquicardia por reentrada nodal AV en 5 casos, taquicardia auricular (TA) ectópica en otros 4 pts, taquicardia ventricular idiopática en 2 casos, y fibrilación auricular paroxística en uno. La mayoría (35/43 pts=81%) referían síntomas por episodios de taquicardia recurrente. Solo 8 pts con SP estaban asintomáticos y la RF se realizó por práctica deportiva competitiva. Dos casos con TA desarrollaron una taquicardiomiopatía por TA incesante. En los pts con SP que se realizo mapeo del anillo mitral se accedió por vía arterial retrógrada en 11 y por foramen oval permeable en 4 pts. Tres pts (7%) requirieron de una segunda intervención por recidivas de SP en 2 pts TA en 1. Finalmente el éxito se alcanzo en 39/43 pts (91%). La tasa de complicaciones fue del 2% (1/43 casos), debido a un derrame pericárdico severo que requirió de punción y drenaje quirúrgico.

Conclusiones: En esta población de casos pediátricos, la ablación por RF resultó ser un método altamente eficaz y seguro para el tratamiento de las arritmias. El sustrato arrítmico mas frecuentemente observado fue la presencia de vías accesorias ocultas o manifiestas.

0130 - VÍAS FASCÍCULOVENTRICULARES EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA: CARACTERÍSTICAS ELECTROCARDIOGRÁFICAS Y ELECTROFISIOLÓGICAS

Dr. OLMEDO, Julián Andrés | MOLTEDO, José Manuel | ALONSO, Karina | ARMENTANO, Juan | SCHNETZER, Natalia | COHEN ARAZI, Hernán | ABELLO, Mauricio Sebastián

FLENI - SANATORIO FRANCHIN

Objetivos: Las vías FV (FV) son una variante rara de preexcitacion ventricular en la población general caracterizadas por la presencia de onda delta con un intervalo PR normal, prolongación del intervalo AH con la estimulación auricular sin modificación del intervalo HV, ni del grado de la preexcitación ventricular. Existen escasos datos con pequeñas series de pacientes con estae tipo de vías en la población pediátrica, siendo esta la más grande hasta la actualidad. El objetivo del trabajo es determinar las características electrocardiográficas y electrofisiológicas de las vías FV en pediatría.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 126 ptes entre 1,8 y 16 años con que ingresaron para estudio electrofisiológico y ablación por radiofrecuencia con preexcitación manifiesta en el ECG de superficie, entre noviembre del 2004 y mayo del 2011. Se identificaron los pacientes con vías FV según los criterios antes descriptos.

Resultados: De los 126 p, 9 tenían vía FV (7,1 %) de los cuales 5 eran mujeres (56 %) y la edad media fue de 12±3 años (rango: 7 y 16). El 89 % de los pacientes tenían corazón estructuralmente normal. De las características electrocardiográficas, el intervalo PR fue de 108±15 ms y en todos la polaridad del QRS fue positivo en la cara inferior y en DI, con la transición entre las derivaciones V1 y V2 en 8 p (89%) excepto en uno que la presentó entre V2 y V3. El 56% presentaban palpitaciones, pero todos debidos a otros sustratos arritmogénicos (fisiología de doble vía nodal en un 33 % y vías accesorias aurículoventriculares (VAc) en un 44 %). Respecto a las características electrofisiológica en los pacientes que solo presentaban las vías FV no se indujeron arritmias. El intervalo HV fue de de 22±6 ms (15-35 ms) y el período refractario efectivo (PRE) de la vía FV fue más corto que el nodo aurículoventricular en el 78 % de los casos (360±140 ms).

Conclusiones: La prevalencia de las vías fascículoventriculares en la población pediátrica con síndrome de preexcitación ventricular es de 7%; se asocian con frecuencia a otras vías accesorias y su localización estimada electrocardiográfica sugiere ser anteroseptal con un intervalo PR normal.

Domingo 2

San Telmo	E-posters
	Arritmias
12:00 - 13:30	**Sesión 1**

12:00	**Pediatría I**
Presidente	Dra. SARDELLA Angela (ARGENTINA)
Comentador	Dr. LAZZARIN Omar Edgardo (ARGENTINA)
Comentador	Dra. LOYARTE Adriana Beatriz (ARGENTINA)
Comentador	Dra. SICURELLO Maria Irene (ARGENTINA)

0131 - CRITERIOS DE VIABILIDAD DE LA REPARACIÓN BIVENTRICULAR DEL CANAL AURÍCULOVENTRICULAR DISBALANCEADO.

Dr. LUGONES, Ignacio | INGUANZO, Pablo | ANTONI, Diego | DI SANTO, Marisa | GARCIA, Rubén

FUNDACION FAVALORO

Definir criterios de viabilidad de la reparación biventricular del canal aurículoventricular disbalanceado.

0132 - EXPERIENCIA INICIAL CON EL DISPOSITIVO AMPLATZER DUCT OCCLUDER II PARA CIERRE PERCUTÁNEO DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE

Dr. ANTONI, Diego | HENESTROSA, German | GAMBOA, Ricardo | MOLLÓN, Pedro | INGUANZO, Pablo | DI SANTO, Marisa | MÉNDIZ, Oscar

FUNDACION FAVALORO

Al final de esta presentación usted conocerá la experiencia clínica con un nuevo dispositivo para cierre percutáneo de ductus arterioso persistente

0133 - CUANTIFICACION DE MORTALIDAD QUIRURGICA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA AJUSTADA A 7 FACTORES CON ANALISIS DE REGRESION

Dr. JUANEDA, Ernesto | Dra. BENJAMÍN, Monica N. | ALLUB, Alejandro | CABRERA, Marcelo | DE ROSSI, Roberto

HOSPITAL DE NIÑOS DE CORDOBA

Cuantificar los resultados de la cirugía cardiovascular pediatrica para mejorar

0134 - IMPLANTE DE DISPOSITIVO NIT-OCCLUD PDA-R (REVERSO) PARA CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO PERMEABLE: EXPERIENCIA INICIAL Y RESULTADOS INMEDIATOS Y A CORTO PLAZO.

Dr. PEIRONE, Alejandro Roman | DÍAZ, Juan | Dr. CABRERA, Marcelo | BANILLE, Edgardo | GUEVARA, Antonio | DAGHERO, Fernando | BUENO, Nora | JUANEDA, Ernesto

HOSPITAL PRIVADO - CENTRO MEDICO DE CORDOBA

Informar sobre utilización de nuevo dispositivo

0135 - RELACION DEL ANCHO DEL QRS CON LA SOBRECARGA VOLUMETRICA DE VENTRICULO DERECHO EN PACIENTES ADULTOS CON FALLOT CORREGIDO

Dra. VEGA, Betina | MAISULS, Hector | RABBATT, Damian | JUANEDA, Ernesto | ALDAY, Luis

HOSPITAL DE NIÑOS DE CORDOBA

Reconocer aquellos pacientes con Fallot corregidos con mayor riesgo de muerte subita relacionando RM y QRS para poder intervenir antes que sea tarde.

0136 - CUANTIFICACION DE MORBILIDAD EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA

Dra. VEGA, Betina | JUANEDA, Ernesto

HOSPITAL DE NIÑOS DE CORDOBA

Mejorar la calidad de atencion medica identificando los factores que aumentan la morbilidad influyendo negativamente en los resultados quirurgicos.

0137 - CUANTIFICACION DE LA CAUSALIDAD DE MORTALIDAD QUIRURGICA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA .

Dra. VEGA, Betina | Dr. JUANEDA, Ernesto | Dr. DE ROSSI, Roberto

HOSPITAL DE NIÑOS DE CORDOBA

Reconocer aquellos factores causales de mortalidad quirurgica cardiovascular y asi poder trabajar en ellos y mejorar nuestros resultados.

12:00 **Arritmias I**

Presidente Dr. RODRIGUEZ Roberto Aurelio (ARGENTINA)

Comentador Dr. FONTANA Sergio Andres (ARGENTINA)

Comentador Dr. GINIGER Alberto Germán (ARGENTINA)

Comentador Dr. SANSALONE Rodolfo A. (ARGENTINA)

0138 - SOBREUTILIZACIÓN DE AMIODARONA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR REVERTIDA?ESTUDIO FORWARD.

NADINIC, Branimir | Dr. FERRANTE, Daniel Carlos | MARIANI, Javier | MACCHIA, Alejandro | VARINI, Sergio | GRANCELLI, Hugo | LONGHI, Andrea | DOVAL, Hernan

FUNDACIÓN GESICA

utilizacion de amiodarona en Argentina

0139 - EFICACIA DE UN SEGUNDO PROCEDIMIENTO EN RECURRENCIAS DE SUSTRATOS ARRITMOLÓGICOS SIMPLES

Dr. OLMEDO, Julián Andrés | MOLTEDO, José Manuel | SCHNETZER, Natalia | COHEN ARAZI, Hernán | ABELLO, Mauricio Sebastián

FLENI

Al final de esta presentación se podrá conocer la eficacia de un segundo procedimiento en pacientes que recurrieron tras una ablación.

0140 - EVALUACIÓN DE LA CONDUCCIÓN V-A TRAS LA ABLACIÓN POR RADIOFREUCUENCIA DE LAS VÍAS ACCESORIAS

Dr. OLMEDO, Julián Andrés | ABELLO, Mauricio Sebastián | SCHNETZER, Natalia | COHEN ARAZI, Hernán | MOLTEDO, José Manuel

FLENI

Al final de esta presentación usted podrá conocer las características de la conducción nodal en los pacientes con vías accesorias.

0141 - EVALUACION DEL SINCOPE EN PACIENTES DERIVADOS PARA REALIZAR ESTUDIO DE TILT TEST

Dr. VALERA, Nicolás | ONETTO, Leonardo | Tec. TOMASSINI, Luciano Daniel | Dr. KEEGAN, Roberto Orlando

HOSPITAL PRIVADO DEL SUR (B.Blanca)

El sincope es un motivo de consulta muy frecuente que inevitablemente genera elevados costos. Cuando no se produce una adherencia a las guías de mane

0142 - PREDICTORES DE FIBRILACIÓN AURICULAR POST ABLACIÓN DE ALETEO AURICULAR TÍPICO

Dr. PEREZ ETCHEPARE, Raul | MALDONADO, Sebastian | LLORENTE, Jose | PIZARRO, Rodolfo | MAID, Gustavo Fabian | CAGIDE, Arturo Miguel

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Conocer los predictores de desarrollo de fibrilación auricular post ablación de aleteo auricular para su adecuado manejo.

0143 - NUEVO SCORE CHA2DS2-VASC EN FIBRILACIÓN AURICULAR AGUDA. COMPARACIÓN ENTRE CHADS2 VS. CHA2DS2-VASC AL ALTA DE UNIDAD CORONARIA.

Dra. CIPRIANO, Silvina | CHARASK, Adrian | GRANADA AYALA, Carolina | RODRIGUEZ, Santiago | CASTILLO COSTA, Yanina | FAIRMAN, Enrique | MAURO, Victor | BARRERO, Carlos

CLINICA BAZTERRICA - CLINICA SANTA ISABEL

Al finalizar la presentación usted podrá conocer la prevalencia de cada componente de ambos scores de riesgo y su implicancia clínica

0144 - PROTOCOLO ABREVIADO DE TILT TEST SENSIBILIZADO EN PACIENTES CON SINCOPE VASOVAGAL. EXPERIENCIA DE UN CENTRO.

Dr. SORIANO, Lisandro | VENTURA, Alejandro | ENCIZO, Elizabeth | LOPEZ, Marisa | TASSO, Damian | MENESES, Rafael | COLOMBO, Mauricio

INSTITUTO DEL CORAZON CORDIS

Determinar si era posible acortar el tiempo del estudio y la dosis ideal del dinitrato de isosorbide (la mas usada en nuestro medio).

0145 - VALOR DIAGNOSTICO DEL REGISTRADOR DE EVENTOS IMPLANTABLE EN PACIENTES CON SINCOPE RECURRENTE DE CAUSA DESCONOCIDA.

Dr. MALDONADO, Sebastian | Dr. PEREZ ETCHEPARE, Raul | LLORENTE, Jose | Dr. MAID, Gustavo Fabian | Dr. CAGIDE, Arturo

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Conocer el rédito diagnóstico del registrador de eventos implantable en el estudio del sincope de origen desconocido

San Telmo	E-posters
	Cardiopatía Isquémica Crónica
14:00 - 15:30	**Sesión 2**
14:00	**Cardiología intervencionista I**
Presidente	Dr. ROUSSEAU Juan Jose (ARGENTINA)
Comentador	Dr. BLUGUERMANN Julio Jorge (ARGENTINA)
Comentador	Dr. CURA Fernando Adrian (ARGENTINA)
Comentador	Dr. PEREZ BALIÑO Pablo Ernesto (ARGENTINA)

0146 - ¿EN LA ERA DE LOS STENTS LIBERADORES DE MEDICAMENTO DEBEMOS REALIZAR REVASCULARIZACIÓN COMPLETA?

Dr. PASCUA, Julio Andrés | NUÑEZ, Pablo Eduardo | CASARINI, Maria Jesus F. | ROLDAN, Miran Carina | ORDOÑEZ, Maria Victoria | BRETAL, Raul

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

En la actualidad deberíamos definir si la revascularización completa tiene una mejor evolución que la revascularización incompleta

0147 - ¿SE PUEDE PREDECIR LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE MÚLTIPLES VASOS TRATADOS CON ANGIOPLASTIA Y DISTINTOS TIPOS DE STENTS UTILIZANDO UN SCORE ANGIOGRÁFICO?

Dr. PASCUA, Julio Andrés | NUÑEZ, Pablo Eduardo | CASARINI, Maria Jesus F. | ROLDAN, Mirian Carina | ORDOÑEZ, Maria Victoria | BRETAL, Raul

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

Definir si un score angiográfico puede predecir la evolución de pacientes con enfermedad de múltiples vasos tratados con distintos tipos de stent

0148 - VALVULOPLASTIA MITRAL PERCUTANEA: EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DEL ÁREA VALVULAR MITRAL.

Dr. BLANCO, Rodrigo Ignacio | SARMIENTO, Ricardo | GIGENA, Gerardo | GAGLIARDI, Juan | LAX, Jorge | BLANCO, Federico | SZARFER, Jorge | RICCITELLI, Miguel

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. ARGERICH

evaluar la evolucion alejada del area valvular mitral luego de una VMP

0149 - TRATAMIENTO DE LA ANGINA CRONICA ESTABLE EN MUJERES DERIVADAS AL LABORATORIO DE HEMODINAMIA.

Dr. LAGIOIA, Alberto Manuel | CORIA, Daniela | ARELLANO, Juan | FERNANDEZ, Juan | KANTOR, Pablo | PALACIOS, Alejandro

SANATORIO DUPUYTREN - SANATORIO TRINIDAD PALERMO

Al final de esta presentación usted podrá conocer una problemática habitual de nuestra práctica médica.

0150 - INFARTO DE MIOCARDIO Y ENFERMEDAD DE MULTIPLES VASOS. CARACTERISTICAS CLINICAS Y EVOLUCIÓN.

Dr. GARCIA ESCUDERO, Alejandro Mario | SZARFER, Jorge | Dra. RODRIGUEZ, Andrea Silvina | GIGENA, Gerardo | BLANCO, Rodrigo | BLANCO, Federico | GAGLIARDI, Juan | RICCITELLI, Miguel

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. ARGERICH

DETERMINAR LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON IAM Y ENFERMEDAD DE MULTIPLES VASOS

0151 - ANGIOPLASTIA CORONARIA CON DES EN LESIONES DE BIFURCACIÓN MEDIANTE TÉCNICA DE "CRUSHING STENT" RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS Y A MEDIANO PLAZO.

Dr. SCAGLIA, Juan Andres | LARRABURU, Alfredo | CRESPO, Marcelo | MURYAN, Sergio | ARRINDA, Javier | GARIGLIO, Luis | MIANO, Jorge | MRAD, Jorge

SANATORIO DE LOS ARCOS - CLINICA OLIVOS

Evaluar los resultados hospitalarios y a mediano plazo de angioplastia de bifurcacion mediante tecnica de crushing stent

0152 - PREDICTORES CLÍNICOS DE NO-REFLOW EN LA ANGIOPLASTIA CORONARIA POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Dr. GAGLIARDI, Juan Alberto | GARCIA ESCUDERO, Alejandro | SZARFER, Jorge | GIGENA, Gerardo | SARMIENTO, Ricardo | TRAVETTO, Carolina | BLANCO, Federico | RICCITELLI, Miguel

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. ARGERICH

Establecer predictores clínicos de no-reflow en el contexto de la ATC por IAM para mejorar sus resultados

0153 - LA TROMBO-ASPIRACION CORONARIA ¿MEJORA LA PERFUSION CORONARIA OBTENIDA LUEGO DE UNA ANGIOPLASTIA PRIMARIA?

Dr. ZAIDEL, Ezequiel Jose | SZARFER, Jorge | Dr. GARCIA ESCUDERO, Alejandro Mario | RODRIGUEZ, Andrea | BLANCO, Federico | GIGENA, Gerardo | GAGLIARDI, Juan | RICCITELLI, Miguel

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. ARGERICH

observar los beneficios de la tromboaspiracion en el flujo coronario.

14:00 Sindromes coronarios agudos I

Presidente Dr. MARTINEZ AQUINO Eleno (ARGENTINA)

Comentador Dr. COHEN ARAZI Hernan (ARGENTINA)

Comentador Dr. COSTA Hector Alejandro (ARGENTINA)

Comentador Dra. MARTURANO Maria Pia (ARGENTINA)

0154 - TROMBOLISIS VS ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN LA VIDA REAL: RESULTADOS DE UNA EXPERIENCIA HOSPITALARIA

Dra. GITELMAN, Patricia Carmen | Dr. MUÑOZ, Elias Ernesto Fabio | Dra. CROTTO, Karina Andrea | Dr. MIGUELEZ, Pablo Alfredo | Dr. PAYASLIAN, Miguel Oscar | Dr. PIÑEIRO, Carlos Daniel | Dr. GUILLARDOT, Alcides Carlos | Dr. SALZBERG, Simon Mario

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "JUAN A. FERNANDEZ"

Se trata de un registro de infarto agudo de miocardio que permite contrastar los resultados de los ensayos clinicos con la vida real

0155 - VARIABLES DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON SINDROMES CORONARIOS AGUDOS CON ELEVACION DEL ST. COMPARACION DE SU CUMPLIMIENTO SEGÚN EL GENERO.

Dr. GONZALEZ, Miguel Angel | TRIVI, Marcelo | Dr. PEDERNERA, Gustavo Omar | COSTABEL, Juan Pablo | LALOR, Nicolàs | ALVES DE LIMA, Alberto | PADILLA, Lucio | BELARDI, Jorge

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA) - SANATORIO ANCHORENA

Tasa de cumplimiento de variables de calidad de atenciòn, y comparaciòn entre hombres y mujeres

0156 - PREDICTORES CLINICOS Y ANGIOGRAFICOS DE MUERTE, REINFARTO O REINTERNACION POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO TRATADOS CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Dr. GONZALEZ, Miguel Angel | TRIVI, Marcelo | RODRIGUEZ, Leandro | CURA, Fernando | Dra. IRIBARREN, Ana Carolina | ALVES DE LIMA, Alberto | NAU, Gerardo | BELARDI, Jorge

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA) - SANATORIO ANCHORENA

Conocer variables predictoras de eventos cardiovasculares en el post infarto de miocardio

0157 - ¿QUE DIA DE LA SEMANA SE PRODUCEN LOS INFARTOS DE MIOCARDIO EN LA ARGENTINA?

Dr. ROSENDE, Andres | Dr. FAILO, Matias | PEREZ, Gonzalo Emanuel | COSTABEL, Juan Pablo | GONZALEZ, Nicolás | ELEIT, Guillermina | LANGE, Juan Manuel | IGLESIAS, Ricardo Mario

CONSEJO ARGENTINO DE RESIDENTES DE CARDIOLOGIA

Contribuir al conocimiento de la distribución diaria del infarto agudo de miocardio en la Argentina.

0158 - EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACION DEL SEGMENTO ST, LA FRAGMENTACION DEL QRS EN EL ECG ES UN SIGNO RECIENTE DE IAM NO ST.

Dr. CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustin | FERRER, Leonardo | LEONARDI, Mariela | FORCINITO, Daniela | MONTEROS, Ariel | DIZEO, Claudio | CALDERON, Gustavo

SANATORIO FRANCHIN

Evaluar si la fragmentación del QRS, puede ser un signo de Infarto no Q en pacientes con sindromes coronarios agudos

0159 - PREDICTORES DE DERIVACIÓN A CENTROS DE MAYOR COMPLEJIDAD EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST.

Dr. GONZALEZ, Nicolas | MATTA, Maria Gabriela | PEREZ, Gonzalo | COSTABEL, Juan Pablo | D'AMICO, Andres Eduardo | SECCO, Lucrecia | PIZARRO, Rodolfo | IGLESIAS, Ricardo

CONSEJO ARGENTINO DE RESIDENTES DE CARDIOLOGIA

El requerimiento de complejidad avanzada en pacientes pos infarto agudo de miocardio denota un grupo de mayor riesgo. Es útil conocer esta población a

0160 - VALIDACIÓN DEL SCORE CRUSADE DE SANGRADO EN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Dra. CORRALES BARBOZA, Andrea N. | COSTABEL, Juan Pablo | DONO, Pablo | PÉREZ, Gonzalo | GÓNZALEZ, Nicolas | TERRAGNO, Alicia | DRUNDAY, Cristian | SECCO, Lucrecia

CONSEJO ARGENTINO DE RESIDENTES DE CARDIOLOGIA - INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Conocer la utilidad del score CRUSADE de sangrado como variable pronóstica ante la falta de un score similar en este grupo de pacientes

San Telmo	E-posters
	Cirugía Cardiovascular
16:00 - 17:30	**Sesión 3**

16:00	**Cardiología intervencionista II**
Presidente	Dr. MOREYRA Eduardo (h) (ARGENTINA)
Comentador	Dr. MENENDEZ Marcelo Fernando (ARGENTINA)
Comentador	Dr. TELAYNA Juan M. (ARGENTINA)
Comentador	Dr. WISNER Jorge N. (ARGENTINA)

0161 - SEGUIMIENTO A MEDIANO Y LARGO PLAZO DE PACIENTES SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Dr. POLLONO, Pablo Maximiliano | FUERTES, Fernando | GRINFELD, Diego | RIFOURCAT, Ignacio | PARMISANO, José Luis | PASTENE, Ricardo | GRINFELD, Liliana

HOSPITAL ESPAÑOL DE LA PLATA

Evaluar comportamiento clínico de pacientes post Infarto Agudo de Miocardio

0162 - ¿ES DIFERENTE LA TÁCTICA EMPLEADA EN NUESTRO MEDIO EN LA ANGIOPLASTIA DE TRONCO DE CORONARIA IZQUIERDA VS. LA DE OTROS VASOS? RESULTADOS DEL REGISTRO ARGENTINO DE ANGIOPLASTIA CORONARIA (RADAC).

Dr. TORRESANI, Ernesto Marcelo | CHERRO, Alejandro | PÉREZ BALIÑO, Pablo | PONCE, Juan | MICHELI, Miguel | NADAL, Fernando | MARTINO, Guillermo | LARRIBAU, Miguel A.

CONSEJO DE HEMODINAMIA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA. SAC

Ver si la táctica empleada para ATC de tronco de coronaria izquierda es diferente a la usada en otros vasos coronarios en la vida real en Argentina.

0163 - RESPUESTA ANTIAGREGANTE PLAQUETARIA EN PACIENTES POST ANGIOPLASTIA CORONARIA TRATADOS CON CLOPIDOGREL O PRASUGREL.

Dra. CANDIELLO, Alfonsina | ARIS CANCELA, Maria Esther | CURA, Fernando | PADILLA, Lucio | NAU, Gerardo | PERALTA, Sebastian | BELARDI, Jorge | TRIVI, Marcelo

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

evaluar la rta antiagregante con clopidogrel vs prasugrel post ATC

0164 - EVOLUCION FUNCIONAL LUEGO DEL REEMPLAZO PERCUTANEO DE VÁLVULA AORTICA CON PROTESIS AUTOEXPANDIBLE COREVALVE.

Dra. CANDIELLO, Alfonsina | CURA, Fernando | AVEGLIANO, Gustavo | PADILLA, Lucio | NAU, Gerardo | RONDEROS, Ricardo | NAVIA, Daniel | BELARDI, Jorge

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Evolucion clinica y ecocardiografica de los pacientes sometidos a reemplazo valvular percutaneo.

0165 - FALLA DE SELECCION EN PACIENTES CON ALTO RIESGO QUIRURGICO PARA EL IMPLANTE VALVULAR AORTICO PERCUTANEO.

Dr. SZTEJFMAN, Matias | SZTEJFMAN, Carlos | GOMEZ MARQUEZ, Ramon | CHIMINELLA, Fernando | GOLDSMIT, Alejandro | VILLAREAL, Ricardo | SOSA LIPRANDI, Alvaro | BETTINOTTI, Marcelo

SANATORIO GUEMES

Investigar las causas por las cuales un paciente que necesita un reemplazo valvular aortico percutaneo , no llega a recibir el mismo.

0166 - VALORACIÓN DE SEGURIDAD Y EFICACIA EN ANGIOGRAFÍA CORONARIA CON ROTACIÓN DUAL COMPARADA CON LA ANGIOGRAFÍA CONVENCIONAL

Dr. NAU, Gerardo (h) | ALBERTAL, Mariano | CURA, Fernando | PADILLA, Lucio | CANDIELLO, Alfonsina | PERALTA, Sebastián | BELARDI, Jorge

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Determinar utilidad y reducción de efectos colaterales de nuevas formas diagnósticas.

0167 - DISECCION CORONARIA ESPONTANEA COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE SINDROME CORONARIO AGUDO. SERIE DE CASOS.

Dra. AYMAT, Maria Rosa | PADILLA, Gerardo | GUTIERREZ, Blanca | FUENTES, Claudio | GRAMAJO, Maria Jose | ORTOPAN, Karina | LOPEZ, Ruben | KOCH, Fernando

HOSPITAL CENTRO DE SALUD ZENON SANTILLAN - SANATORIO PARQUE SA

Información sobre patología poco frecuente pero con graves consecuencia clinicas, a tener en cuenta en subgrupos especificos

0168 - VALORACIÓN DEL SCORE SYNTAX POR RESIDENTES DE CARDIOLOGÍA CLÍNICA

Dr. LAMELAS, Pablo Manuel | NAU, Gerardo | THIERER, Jorge | COSTABEL, Juan Pablo | BELARDI, Jorge | ALVES DE LIMA, Alberto | TRIVI, Marcelo

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

El objetivo educativo del trabajo es evaluar la validación del Score Syntax por parte de Residentes de Cardiología

16:00 **Arritmias II**

Presidente Dr. ORIOLO Salvador (ARGENTINA)

Comentador Dr. ALFIE Alberto (ARGENTINA)

Comentador Dr. DUBNER Sergio Jose (ARGENTINA)

Comentador Dr. ESTEPO Jose Felix (ARGENTINA)

0169 - REABLACION POR CATETER DE FIBRILACION AURICULAR: HALLAZGOS ELECTROFISIOLOGICOS MÁS FRECUENTES

Dr. SCAZZUSO, Fernando Adrian | Dr. RIVERA, Santiago Horacio | Dr. ALBINA, Gaston | SAMMARTINO, Victoria | LAIÑO, Rubén | GINIGER, Alberto

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Determinar las causas de recurrencia en la ablación por radiofrecuencia de fibrilación auricular y la estrategia pos ablación

0170 - ABLACION DEL ALETEO TIPICO DEPENDIENTE DEL ISTMO: EVOLUCION EN EL CORTO Y LARGO PLAZO.

Dr. SCAZZUSO, Fernando Adrian | Dr. RIVERA, Santiago Horacio | Dr. ALBINA, Gaston | SAMMARTINO, Victoria | LAIÑO, Ruben | Dr. GINIGER, Alberto Germán

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Determinar la verdadera prevalencia de aleteo auricular puro. Determinar la estrategia de tratamiento

0171 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ELECTROCARDIOGRÁFICAS DEL SÍNDROME DE ANDERSEN-TAWIL

Dr. ACUNZO, Rafael Salvador | Dra. SCIOLINI, Sabrina Andrea | KONOPKA, Isabel V. | SANCHEZ, Ruben | YOO, Hyun Sok | PIZZARELLI, Norma | CHIALE, Pablo A | ELIZARI, Marcelo V.

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "DR. JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA"

mostrar las caracteristicas clínicas electrocardiográficas del síndrome de Andersen-Tawil

0172 - INCIDENCIA DE TROMBOS EN LA OREJUELA IZQUIERDA EN PACIENTES CON ANTICOAGULACION INADECUADA O DE CORTO PLAZO.

Dr. SCAZZUSO, Fernando Adrian | Dr. RIVERA, Santiago Horacio | Dr. ALBINA, Gaston | SAMMARTINO, Victoria | LAIÑO, Rubén | GINIGER, Alberto

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Re evaluar la estrategia en la preparación de pacientes en el pre-operatorio de ablacion de aleteo auricular y/o fibrilación auricular refractaria

0173 - ESTABILIDAD DEL ESOFAGO A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON RE ABLACION DE FIBRILACION AURICULAR RECURRENTE

Dr. SCAZZUSO, Fernando Adrian | Dr. RIVERA, Santiago Horacio | Dr. ALBINA, Gaston | SAMMARTINO, Victoria | LAIÑO, Rubén | KAMLOFSKY, Matias | GINIGER, Alberto

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Demostrar que el esófago es una estructura estable dentro del mediastino por lo que su localización es de gran ayuda durante la ablación de FA

0174 - INCIDENCIA DE FALLAS DE SENSADO AURICULAR EN PACIENTES CON MARCAPASOS VDD

Dra. CARO, Maria de Los Milagros | SAMMARTINO, María Victoria | ALBINA, Gastón | SCAZZUSO, Fernando | RIVERA, Santiago | LAIÑO, Rubén | SEGURA, Eliseo | GINIGER, Alberto

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Con este trabajo, usted podrá conocer la incidencia de fallas de sensado auricular en los marcapasos y su repercusión clínica.

0175 - MEMORIA CARDÍACA "DOBLE" Y EFECTOS DE LA MEMORIA CARDÍACA A CORTO PLAZO SOBRE LA MEMORIA CARDÍACA A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON PREEXCITACIÓN VENTRICULAR SOMETIDOS A ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA

Dr. PALMA, Pablo | CÁNEVA, Alejandro | GARRO, Hugo A. | PASTORI, Julio D. | ACUNZO, Salvador R. | FERNANDEZ, Pablo A. | ELIZARI, Marcelo V. | CHIALE, Pablo A.

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "DR. JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA"

Memoria cardíaca "doble" y efectos de la memoria cardíaca a corto plazo sobre la memoria cardíaca a largo plazo en pacientes con preexcitación ventric

Lunes 3

San Telmo	E-posters
10:00 - 11:30	Sesión 4
10:00	Cirugía I
Presidente	Dr. VALERO LUCERO Jose Luis (ARGENTINA)
Comentador	Dr. ALVAREZ Carlos Eduardo (ARGENTINA)
Comentador	Dr. MARENCHINO Ricardo Gustavo (ARGENTINA)
Comentador	Dr. PICCININI Fernando (ARGENTINA)

0176 - CALIBRACIÓN Y PRECISIÓN DE LAS CLASIFICACIONES EUROSCORE Y VARIANTE LOGÍSTICA PARA UNA COHORTE ARGENTINA DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CENTRAL 2005-2010

Dr. BOZOVICH, Gerardo Edgar | MESSINA, Nahuel | CALDAS COLMAN, Fernando | RAFFAELLI, Héctor | ABUD, José | FRAGUAS, Hugo | DULBECCO, Eduardo | FAVALORO, Roberto

FUNDACION FAVALORO - UNIVERSIDAD FAVALORO

Dar estimación de la precisión y capacidad predictiva de clasificacioens de riesgo de uso frecuente en cirugía cardiovascular

0177 - PLÁSTICA MITRAL EN INSUFICIENCIA MITRAL DEGENERATIVA: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA INSTITUCIONAL

BLANCO, Gustavo | Dr. ROURA, Pablo | Dra. SALVATORI, Carolina | Dr. OCHOA, Juan Pablo | Dra. CICCALE SMIT, Antonella Del Carmen | RAFFAELLI, Hector | Dr. FAVALORO, Roberto Rene

FUNDACION FAVALORO

Analizar la experiencia institucional en plástica mitral en pacientes con Insuficiencia mitral degenerativa

0178 - SÍNDROME DE BAJO VOLUMEN MINUTO CON FUNCIÓN SISTÓLICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO CONSERVADA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA VALVULAR AÓRTICA

Dra. ESCARAIN, Maria Carolina | Dr. OCHOA, Juan Pablo | Dr. SCIARRESI, Esteban Andres | Dra. JUAREZ, Maria Laura | MOUKARZEL, Juan | NALLAR, Florencia | Dra. GALLUCCI, Emilce Mabel | Dr. FAVALORO, Roberto Rene

FUNDACION FAVALORO

Determinar factores predictores y morbimortalidad asociada al sindrome de bajo volumen minuto en el postoperatorio de cirugía valvular aórtica.

0179 - CAMBIOS EN LA CIRUGIA CORONARIA DURANTE LOS ÚLTIMOS 17 AÑOS.

Dr. CAROSELLA, Victorio Carlos | Dr. RODRIGUEZ, Walter | CACERES, Miguel | SELLANES, Miguel | Dra. CARNEVALINI, Mariana | Dr. GRANCELLI, Hugo Omar | CARDENAS, Cesar | NOJEK, Carlos A

FLENI

Conocer los cambios que ocurren con el tiempo, en el perfil de riesgo, los tipos de procedimientos y los resultados, en la cirugía de revascularizaci

0180 - EXPERIENCIA INICIAL EN LA REDUCCIÓN QUIRÚGICA DE AURÍCULA IZQUIERDA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR

Dr. LESCANO, Adrian Jose | NICCOLAS, Sebastian | COSTELLO, Ramiro | CARDENAS, Cesar | VOGGELMAN, Oscar | PENSA, Claudio | TINETTI, Matias | PIAZZA, Antonio

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD FORMOSA

evaluar estrategias quirurgicas alternativas en el tratamiento de la fibrilación auricular

0181 - CIRUGIA DE REEMPLAZO VALVULAR AORTICO EN PACIENTES OCTOGENARIOS.

PIPKIN, Mariano | STAMPONE, Gustavo | ANDRES, Maria Sol | VERON, Facundo | Dra. SALVATORI, Carolina | BLANCO, Gustavo | ABUD, Jose | FAVALORO, Roberto

FUNDACION FAVALORO

Evaluar resultados de Cirugía Valvular aórtica en pacientes octogenarios

0182 - FACTORES PREDISPONENTES E IMPLICANCIA PRONOSTICA DE LA TROMBOCITOPENIA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA

Dra. RIZNYK, Laura Mariana | Dr. OCHOA, Juan Pablo | GALUCCI, Emilse

FUNDACION FAVALORO

Al final de la presentación ud conocerá las implicancias pronósticas del desarrollo de trombocitopenia tras la cirugía de revascularización miocardica

10:00 Cirugía II

Presidente Dr. LOPEZ Guillermo Gustavo (ARGENTINA)

Comentador Dr. LIENDO Ricardo (ARGENTINA)

Comentador Dr. RAFFAELLI Hector Alfredo (ARGENTINA)

Comentador Dr. RODRIGUEZ Walter (ARGENTINA)

0183 - VÁLVULA AORTICA BICÚSPIDE CON O SIN DILATACIÓN DE AORTA ASCENDENTE: CORRELACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA

Dr. GROMENIDA, Paolo Yoel | PICCININI, Fernando | VRANCIC, Mariano | GUSTAVO, Siles | GIL, Christian | GUZMAN, Francisco | THIERER, Jorge | NAVIA, Daniel

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Es determinar la presencia de alteraciones histopatologicas en pacientes Valvulas Aorticas Bicuspides con y sin dilatacion de la Aorta Ascendente

0184 - PREDICTORES DE INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO (ISQ) ASOCIADA A ESTERNOTOMÍA: EXPERIENCIA EN 6046 CIRUGÍAS CARDÍACAS (1998-2010).

Dr. FERNANDEZ OSES, Pablo Andres | THIERER, Jorge | VRANCIC, Mariano | PICCININI, Fernando | VACCARINO, Guillermo | BENZADON, Mariano | NAVIA, Daniel | NACINOVICH, Francisco

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Identificar factores asociados a Infeccion de sitio quirurgico post esternotomía

0185 - VALOR PRONOSTICO DEL LACTATO EN EL POST-OPERATORIO DE CIRUGIA CARDIACA.

Dr. ARAGON, Martin | Dr. BENZADON, Mariano N. | VRANCIC, Mariano | PICCININI, Fernando | VACCARINO, Guillermo | NAVIA, Daniel

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

El asistente a esta presentación oral será capaz de utilizar el valor pronóstico del lacatato en la cirugía cardíaca.

0186 - PREDICTORES DE MEDIASTINITIS ASOCIADA A ESTERNOTOMÍA EN CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA: EXPERIENCIA EN 3589 CIRUGÍAS (1998-2010).

Dr. FERNANDEZ OSES, Pablo Andres | THIERER, Jorge | VRANCIC, Mariano | PICCININI, Fernando | VACCARINO, Guillermo | BENZADON, Mariano | NAVIA, Daniel | NACINOVICH, Francisco

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Identificar predictores de Mediastinitis en cirugía de revascularización miocárdica

0187 - TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA FIBRILACION AURICULAR CON TÉCNICA DE MAZE, RESULTADOS Y PREDICTORES DE RECURRENCIA

Dr. GIL, Christian Gonzalo | PICCININI, Fernando | VRANCIC, Mariano | GROMENIDA, Paolo | GUZMAN, Francisco | SILES, Gustavo | THIERER, Jorge | NAVIA, Daniel

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

reportar recurrencia FA post cirugia de MAZE

0188 - CIRUGÍA CORONARIA CON VS SIN CIRCULACION EXTRACORPOREA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO: RESULTADOS INMEDIATOS.

Dr. VRANCIC, Juan Mariano | PICCININI, Fernando | SILES, Gustavo | GUZMAN, Francisco | GROMENIDA, Paolo | THIERER, Jorge | GIL, Christian | NAVIA, Daniel

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

presentar los resultados de cirugia coronaria en pacientes de alto riesgo

0189 - PREVALENCIA E IMPLICANCIA DE LA DISFUNCIÓN RENAL OCULTA EN LA CIRUGÍA CORONARIA SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA.

Dr. GUZMÁN, Francisco | VRANCIC, Juan Mariano | PICCININI, Fernando | BENZADON, Mariano | GROMENIDA, Paolo | GIL, Christian | SILES, Gustavo | NAVIA, Daniel

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Evaluar la prevalencia e implicancia de una entidad poco reportada.

San Telmo	E-posters
12:00 - 13:30	Sesión 5

12:00	**Pediatría II**
Presidente	Dr. KREUTZER Rodolfo C. (ARGENTINA)
Comentador	Dr. BENITES Eduardo (ARGENTINA)
Comentador	Dr. CITATE Marta Graciela (ARGENTINA)
Comentador	Dr. FLORES Jose Enrique (ARGENTINA)

0190 - SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS CON BY PASS CARDIOPULMONAR.

MANZOLILLO, Noeli | CRUZ, Osvaldo | RINAS CASULLO, Maximiliano | PICCOLI, Fernando | PEREZ, Claudia | ESCUDERO CORREA, Teresa | DIAZ BELTRAN, Lisandro | MATTA, Leticia

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA JF CABRAL

Conocer la prevalencia del SRIS secundario a cirugía con BCP en un servicio de recuperación cardiovascular pediátrico

0191 - EXPERIENCIA INICIAL EN LA REALIZACIÓN DE ERGOMETRIAS EN PACIENTES MENORES DE 7 AÑOS.

Dra. STEFANI, Amalia Noemi | FERNÁNDEZ, Mariana | GATICA, Mariana | DAL FABBRO, Gabriela | CASTELLANOS, Cecilia | PEREZ MAYO, Osvaldo | ZULOAGA, Claudio De | GENTILE, Jorge

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR A. POSADAS

Describir la características encontradas en las ergometrías realizadas en niños menores de 7 años en nuestro primer año de experiencia.

0192 - PRESENCIA DE UN PATRÓN HAV EN EL CANAL DE HIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TAQUICARDIA INTRANODAL TÍPICA : UN HALLAZGO DISTINTIVO EN ESTE SUSTRATO.

Dr. MOLTEDO, Jose Manuel | ABELLO, Mauricio | OLMEDO, Julian | SCHNETZER, Natalia | SNYDER, Christopher

FLENI - OSCHNER CHILDREN'S HOSPITAL

Describir un hallazgo caracteristico de la taquicardia intranodal en pacientes pediatricos

0193 - SINDROME DE QT LARGO CONGÉNITO Y ASMA EN PACIENTES PEDIATRICOS. POLÉMICA EN EL MANEJO FARMACOLÓGICO

Dra. STEFANI, Amalia Noemi | DAL FABBRO, Gabriela | LUQUE, Graciela | PEREZ, Mariela | ALFIE, Alberto | KAZELIAN, Patricia | BISERO, Elsa | GENTILE, Jorge

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR A. POSADAS

Existen pacientes que padecen ambas patologías generándose controversias con respecto al tratamiento

0194 - IMPLANTES MARCAPASOS ENDOCAVITARIOS EN POBLACION PEDIATRICA CON CATETERES ULTRAFINOS.

Dr. BOCHOEYER, Andres | RABINOVICH, Rafael | BALBUENA, Ligia | RIVAROLA, Marcelo | CONEJEROS, Willy | TRENTACOSTE, Maria | GRIPPO, Maria

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD FORMOSA - HOSPITAL DE NIÑOS DR. RICARDO GUTIERREZ

DEMOSTRAR LA FACTIBILIDAD DE TECNICA DE IMPLANTE DE MARCAPASOS POR VIA ENDOCAVITARIA EN PACIENTES PEDIATRICOS

0195 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUTIVAS DE UNA POBLACIÓN DE ADULTOS CON COARTACIÓN DE AORTA.

Dra. BENJAMÍN, Monica N. | VEGA, Betina | PEIRONE, Alejandro | SPILLMANN, Ana | JUANEDA, Ernesto | MAISULS, Hector | ROQUE, Cordoba | ALDAY, Luis

HOSPITAL DE NIÑOS DE CORDOBA - SANATORIO ALLENDE

Conocer las características clínicas y la evolución de una población de adultos con coartación de aorta

0196 - DISPERSION DE LA ONDA P DEPENDIENDO INVERSAMENTE DEL TIEMPO DE EYECCIÓN AURICULAR EN PREHIPERTENSOS E HIPERTENSOS.

Dr. CHÁVEZ GONZÁLEZ, Elibet | GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, Emilio | LLANES CAMACHO, María Del Carmen | GARY LLANES, Merlyn | GARCÍA NÓBREGA, Yosvany | CARMONA PUERTA, Raimundo | RAMOS RAMÍREZ, Ramiro | CASTRO HEVIA, Jesús

CARDIOCENTRO ERNESTO CHÉ GUEVARA. - UNIVERSIDAD CENTRAL MARTA ABREU DE LAS VILLAS - HOSPITAL PEDIÁTRICO JOSÉ LUIS MIRANDA - INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Lograr la descripción de valores de la Onda P en niños sanos y en niños con riesgo de hipertensión e hipertensos

12:00 Sindromes coronarios agudos II

Presidente Dra. BARRESI Ana Lucia (ARGENTINA)

Comentador Dra. BLANCO CERDEIRA Patricia (ARGENTINA)

Comentador Dr. BORDONAVA Anselmo P. (ARGENTINA)

Comentador Dr. VILLARREAL Ricardo Alfredo (ARGENTINA)

0197 - SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST EN LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES, TIEMPOS A LA REPERFUSIÓN Y COMPLICACIONES. REGISTRO SCACEST TDF.

Dr. BERENSTEIN, Cesar Damian | RISOGLIO, Nestor | GRANÉ, Ignacio | PETROLITO, Fernando | DI NUNZIO, Mariela | FILIPPA, Gerardo | COTS, Claudia | MALTÉS, Raúl

CLÍNICA SAN JORGE - HOSPITAL REGIONAL DE RIO GRANDE - HOSPITAL REGIONAL DE USHUAIA - CEMEP

Primer registro prospectivo de la totalidad de pacientes con sindrome coronario agudo con elevación del ST en la provincia de Tierra del Fuego

0198 - SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN ST COMPARACIÓN EN MAYORES Y MENORES DE 80 AÑ0S. REALIDADES DIFERENTES?

Dra. CORIA, Maria Daniela | LESCANO, Adrian | GARCIA ELEISEQUI, Roberto | ROMEO, Esteban | CANET, Carlos | ARELLANO, Juan | FERNANDEZ, Juan | PALACIOS, Alejandro

SANATORIO TRINIDAD PALERMO

Conocer las diferencias en ptes con SCA sin ST (< >80 años), Comprender que la edad no debe influir al optar por estrategia invasiva,

0199 - COMPARACIÓN DEL VALOR PRONOSTICO DE SCORES DE ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

Dr. NOGUES, Ignacio | HIGA, Claudio | CIAMBRONE, Graciana | COMIGNANI, Pablo | RIZZO, Natalia | GAMBARTE, Jimena | DONATO, Maria Sol | Dr. KOROLOV, Yevgeniy

HOSPITAL ALEMAN

Comparar el valor predictivo de los scores de riesgo utilizados en pacientes con sindromes coronarios agudos sin elevacion persistente del segmento ST

0200 - ¿ES MEJOR UNA ESTRATEGIA MULTI BIOMARCADORES AL USO DE TROPONINA AISLADA EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO?

Dr. CRISTODULO CORTEZ, Roberto | ALLENDE, Gustavo | SOKN, Fernando | RENES, Paola | SOLER, Fernando | TERRENI, Hernan | SCACCHI, Stella | TRONGE, Jorge

CLINICA IMA DE ADROGUE

Ver la sensibilidad, especificidad y diagnóstico global de los distintos biomarcadores en el sindrome coronario agudo

0201 - INDICE LEUCOGLUCEMICO COMO PREDICTOR INDEPENDIENTE DE EVENTOS EN LOS SINDROMES CORONARIOS AGUDOS SIN SUPRA ST

Dr. HIRSCHSON PRADO, Alfredo | Dr. MERLO, Pablo | Dr. DOMINE, Enrique Marcelo | Dra. TABOADA, Susana Beatriz | Dra. CASSANO, Cecilia Maria | Dr. VAZQUEZ, Gaston Ariel | Dra. ROLANDI, Florencia | Dr. NAVARRO ESTRADA, Jose Luis

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

ESTABLECER EL VALOR PRONOSTICO DEL INDICE LEUCOGLUCEMICO EN LOS SCA SIN ELEVACION DEL SEGMENTO ST

0202 - PERFILES GLUCÉMICOS EN PACIENTES CON SINDROMES CORONARIOS AGUDOS: COMPARACIÓN ENTRE SINDROMES CORONARIOS AGUDOS CON O SIN ELEVACION DEL ST

CHARASK, Adrian | Dra. CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | MAURO, Victor | FAIRMAN, Enrique | PEREZ, Roberto | GRIMAU, Martin | Dra. SIERRA, Melisa Andrea | BARRERO, Carlos

CLINICA SANTA ISABEL - CLINICA BAZTERRICA

Conocer el significado de la hiperglucemia en la fase aguda de un síndrome coronario.

0203 - ¿TODOS LOS KILLIP Y KIMBAL II / III SON IGUALES? EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA EN PACIENTES CON KK II / III Y SU IMPACTO EN EL PRONÓSTICO A CORTO PLAZO EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.

Dr. ZAPATA, Gerardo | CHICHIZOLA, Nicolas | TABORRA, Sebastian | ESCALANTE, Juan Pablo | Dr. HOMINAL, Miguel | MEIRIÑO, Alejandro

ICR - INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE ROSARIO SA

Conocimiento de la evolución temprana del infarto agudo de miocardio.

0204 - SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS SIN ELEVACIÓN DEL ST EN LA ACTUALIDAD. RESULTADOS DEL REGISTRO EPI-CARDIO

Dr. GAGLIARDI, Juan Alberto | SILBERSTEIN, Mario | DE ABREU, Maximiliano | MARIANI, Javier | GUETTA, Javier | CHARASK, Adrian | DOVAL, Hernán | TAJER, Carlos

GEDIC

Establecer el perfil de los pacientes con SCASEST que se internan en la actualidad

Temas Libres Posters

San Telmo	E-posters
14:00 - 15:30	Sesión 6

14:00	**Imágenes I**
Presidente	Dr. MARTIRE Victor Daniel (ARGENTINA)
Comentador	Dr. BERTONI Hernan Gabriel (ARGENTINA)
Comentador	Dra. DAICZ Mariana (ARGENTINA)
Comentador	Dra. VOLBERG Veronica Ines (ARGENTINA)

0205 - ALTERACIÓN DE LA TORSIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE. RESULTADOS PRELIMINARES.

Dra. LOCATELLI, Paola | JÁUREGUI, Agustin | DUBROVSKY, Alberto | MESA, Lilia Edith | Dr. GUEVARA, Eduardo

UNIVERSIDAD FAVALORO - FUNDACION FAVALORO

Proveer resultados preliminares del análisis de la torsión ventricular por ecocardiografía "speckle tracking" en pacientes con enfermedad de Duchenne

0206 - ECO ESTRÉS EN LA ENFERMEDAD SEVERA DEL TRONCO DE LA ARTERIA CORONARIA IZQUIERDA.

ESTOFÁN, Mariano Daniel | Dr. STAMPONE, Gustavo | BUSTAMANTE LABARTA, Miguel | VAISBUJ, Fabian

FUNDACION FAVALORO

Evaluación de isquemia con Eco estrés en paciente con enfermedad severa de Tronco de la Arteria Coronaria Izquierda.

0207 - HALLAZGOS ECOCARDIOGRAFICOS EN UNA POBLACION CON ESCLERODERMIA Y SIN ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES

Dr. LESCANO, Adrian Jose | BECK, Martin | GOMEZ, Gaston | NITSCHEL, Alejandro | DE VALAIS, Fernando | SALVATIERRA, Alejandro | SOUTO, Mariana | WANT, Yen

SANATORIO SAN JOSE

EVALUAR ALTERACIONES ECOCARDIOGRAFICAS DE UNA ENFERMEDAD REUMATOLOGICA SIN ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES

0208 - PACIENTES NO DIABETICOS, CON ENFERMEDAD CORONARIA PREVIA, E ISQUEMIA EN EL ESTUDIO SPECT. HALLAZGOS ERGOMETRICOS

Dr. GORAL, Jorge Luis | Dr. PEREZ, Roberto Daniel | CASTILLO COSTA, Yanina | MAURO, Victor | MASCIA, Amilcar | BARRERO, Carlos | CHARASK, Adrian

CLINICA SANTA ISABEL

Aspectos clinicos y toma de desicion segun la PEG en relacion al SPect en pacientes NO DBT isquemicos y no coronarios previos

0209 - ESTIMACIÓN DEL ÁREA DEL TRACTO DE SALIDA VENTRICULAR IZQUIERDO POR ECOCARDIOGRAFÍA 2D Y 3D TRANSTORÁCICAS Y TRANSESOFÁGICAS. ANÁLISIS COMPARATIVO.

Dr. FUNES, Diego Federico | Dr. FALCONI, Mariano Luis | LUCAS, Luciano | SOSA, Federico | PARCERISA, Florencia | GOMEZ, Luis | OBERTI, Pablo | CAGIDE, Arturo

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Reconocer las estrategias ecocardiográficas para estimar el área del tracto de salida del ventrículo izquierdo, su factibilidad y precisión.

0210 - ¿ES DIFERENTE EL FUNCIONAMIENTO DEL VENTRICULO DERECHO EN LOS DEPORTITAS DE ALTA COMPETENCIA?

Dr. CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustin | Dr. DIZEO, Claudio Alberto | BRITO, Mariana | REY, Gabriela | MORENO, Marcela | ROSSI, Santiago

CENTRO DE DIAGNOSTICO DR. ENRIQUE ROSSI

Conocer las características del ventriculo derecho en deportistas de alta competencia

0211 - EL EDEMA DEL MIOCARDIO MEDIDO POR SECUENCIA T2 DE RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA SE ASOCIA CON EL TRASTORNO DE MOTILIDAD PARIETAL EN PACIENTES CON TAKOTSUBO.

Dr. DE STEFANO, Luciano | PEREZ DE ARENAZA, Diego | FALCONI, Mariano | PIETRANI, Marcelo | GARCÍA MÓNACO, Ricardo | NAVARRO ESTRADA, José Luis | CAGIDE, Arturo

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Reconocer las características de una cohorte con Sme. de Takotsubo, y la relación entre edema miocárdico y trastorno contráctil.

14:00 **Arritmias III**

Comentador Dr. DE ZULOAGA Claudio (ARGENTINA)

Comentador Dr. GANT LOPEZ José (ARGENTINA)

Comentador Dr. OSEROFF Oscar (ARGENTINA)

0212 - ARRITMIAS POST ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR

Dr. GONZALEZ, Jose Luis | PALAZZO, Alejandro | Dr. GALIZIO, Nestor Oscar | Dr. MEDESANI, Luis Alberto | Dr. ROBLES, Federico | ALBANO, Felix | Dra. GARGANO, Agustina | CARNERO, Guillermo

FUNDACION FAVALORO

registrar la prevalencia de arritmias luego de la ablación de fibrilación auricular

0213 - UTILIDAD DEL CONOCIMIENTO DE LA DISINCRONÍA ELÉCTRICA EN DISPOSITIVOS ELÉCTRICOS IMPLANTABLES POR EL MÉTODO SINCHROMAX 2

ORTEGA, Daniel | Dr. BARJA, Luis Dante | BONOMINI, Paula | Dr. LOGARZO, Emilio Ariel | MONTES, Juan Pablo | PALADINO, Carlos | MANGANI, Nicolas | HITA, Alejandro

CLINICA SAN CAMILO - HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL - FUNDACION PARA LA INVESTIGACION EN BIOINGENIERIA APLICADA (F.I.B.A.)

Evaluar los conocimientos de la sincronia electrica a traves de un nuevo dispositivo

0214 - SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA POST-ABLACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR

Dr. BARJA, Luis Dante | ORTEGA, Daniel Felipe | Dr. MONTES, Juan Pablo | LOGARZO, Emilio Ariel | MANGANI, Nicolas | BONOMINI, Paula | OLANO, Daniel | BILBAO, Jorge

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL - FUNDACION PARA LA INVESTIGACION EN BIOINGENIERIA APLICADA (F.I.B.A.)

Evaluacion de la respuesta inflamatoria en ablacion de FA

0215 - UTILIDAD DE LA ADENOSINA ENDOVENOSA PARA LA LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LAS VÍAS ACCESORIAS DERECHAS DURANTE LA ABLACIÓN TRANSCATETER POR RADIOFRECUENCIA

FRANCO, David Alejandro | Dr. MILITELLO, Claudio Alejandro | QUIROGA PONCE, Horacio Jose | Dr. LOPEZ DIEZ, Juan Cruz | BOTBOL, Alejandro | CORONEL, Roberto | DIAZ, Carlos | PORCILE, Rafael

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA - SANATORIO SAGRADO CORAZON

Utilidad de la adenosina para la localización precisa de vías accesorias AV y facilitar la técnica de ablación por radiofrecuencia

0216 - UTILIDAD DEL SISTEMA DE NAVEGACIÓN ENSITE. PRIMEROS 100 PACIENTES

Dr. MONTES, Juan Pablo | Dr. BARJA, Luis Dante | ORTEGA, Daniel Felipe | LOGARZO, Emilio Ariel | MANGANI, Nicolas | BARATTA, Sergio | HITA, Alejandro

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Evaluacion de la utilidad de un sistema de navegacion 3D, en relacion a la experiencia de un grupo

0217 - DIFERENCIAS VECTOCARDIOGRÁFICAS ENTRE PACIENTES CON MARCAPASOS EN ÁPEX DE VENTRÍCULO DERECHO CON SINCRONÍA ELÉCTRICA VS PACIENTES CON DISINCRONÍA POR EL MÉTODO SINCHROMAX 2

INGALLINA, Fernando | ORTEGA, Daniel Felipe | Dr. BARJA, Luis Dante | BONOMINI, Paula | LOGARZO, Emilio Ariel | MONTES, Juan Pablo | MANGANI, Nicolas | ADILARDI, Alejandro

FUNDACION PARA LA INVESTIGACION EN BIOINGENIERIA APLICADA (F.I.B.A.) - INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS ALFREDO LANARI - UBA

Evaluar las caracteristicas vectocardiograficas en pacientes con marcapasos definitivo en relacion a metodo Sinchromax

0218 - OPTIMIZACIÓN ELÉCTRICA DEL INTERVALO INTERVENTRICULAR EN TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA CON EL METODO SINCHROMAX 2

Dr. LOGARZO, Emilio Ariel | ORTEGA, Daniel Felipe | Dr. BARJA, Luis Dante | MONTES, Juan Pablo | BONOMINI, Paula | MANGANI, Nicolas | SUAREZ, Jorge | TETTAMANTI, Estela

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL - FUNDACION PARA LA INVESTIGACION EN BIOINGENIERIA APLICADA (F.I.B.A.) - CLINICA SAN CAMILO

Optimizacion de paciente con terapia de resincronizacion cardiaca con un metodo no invasivo

0219 - IMPACTO EN LA SINCRONÍA ELÉCTRICA DE LOS LATIDOS DE FUSIÓN EN PACIENTES CON MARCAPASOS DEFINITIVO EN ÁPEX DE VENTRICULO DERECHO

ORTEGA, Daniel Felipe | Dr. BARJA, Luis Dante | BONOMINI, Paula | Dr. LOGARZO, Emilio Ariel | MONTES, Juan Pablo | MANGANI, Nicolas | PAZ, Nora | KENAR, Mario

CLINICA SAN CAMILO - HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL - FUNDACION PARA LA INVESTIGACION EN BIOINGENIERIA APLICADA (F.I.B.A.)

Impacto de los latidos de fusion en la sincronia electrica en pacientes con marcapasos

Temas Libres Posters

San Telmo	E-posters
16:00 - 17:30	Sesión 7

16:00	**Imágenes II**
Presidente	Dr. AGUIRRE Atilio de Jesus (ARGENTINA)
Comentador	Dr. AVEGLIANO Gustavo Pablo (ARGENTINA)
Comentador	Dr. BARATTA Sergio Juan (ARGENTINA)
Comentador	Dra. REDRUELLO Marcela Fabiana (ARGENTINA)

0220 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANATÓMICAS DE LOS PACIENTES SIN ANTECEDENTES CORONARIOS CON ESTUDIOS DE PERFUSIÓN MIOCARDICA SPECT EVALUADOS CON ANGIOGRAFÍA CORONARIA POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA MULTIDETECTOR.

Dr. DEVIGGIANO, Alejandro Dario | Dra. CARRASCOSA, Patricia Marina | CAPUÑAY, Carlos | CARRASCOSA, Jorge

DIAGNOSTICO MAIPU

Mostras la prevalencia de obstruccion coronaria y las caracteristicas de las mismas en pacientes sin antecedentes coronarios con camara gamma

0221 - RENDIMIENTO DEL SOFTWEARE AUTOMÁTICO DE EVALUACION DE LA PERFUSION MIOCARDICA POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA CARDÍACA: EXPERIENCIA INICIAL.

Dra. CARRASCOSA, Patricia Marina | CAPUÑAY, Carlos | Dr. DEVIGGIANO, Alejandro Dario | GARCÍA, Mario | LESSICK, Jonathan | VEMBAR, Mani | LAMASH, Yechile

DIAGNOSTICO MAIPU

Mostral la evaluación de la perfusión miocárdica a traves de un softweare automático

0222 - ESTUDIO DE LA FASE SISTÓLICA DE LA CONTRACCIÓN VENTRICULAR SEPTAL CON DOPPLER TISULAR Y SU CORRELACIÓN CON LA MORFOMETRÍA EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA SINTOMÁTICA

Dr. BARATTA, Sergio Juan | Dr. DONATO, Pablo Martin | Dr. CHEJTMAN, Demian | Dr. LIPSZYC, Federico Martin | Dr. BILBAO, Jorge Alberto | MORALES, Celina | Dr. HITA, Alejandro | Dr. GELPI, Ricardo Jorge

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE MEDICINA

Determinar la correlación de la función sistólica regional septal con la morfometrìa en estenosis aórtica svera sintomàtica

0223 - MIOCARDIOPATIA HIPERTRÓFICA CON HIPERTROFIA DE AURÍCULA DERECHA

Dr. CIANCIULLI, Tomas Francisco | Dra. SACCHERI, Maria Cristina | Dra. GONDA, Maria Fernanda | Dr. REDRUELLO, Hector Jorge | Dr. LAX, Jorge Alberto | Dr. LABADET, Carlos D. | Tpc. DIAZ, Bibiana Mercedes | Dr. PREZIOSO, Horacio

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. ARGERICH

0224 - NUEVA DEFINICIÓN DE INFARTO: ¿ES VÁLIDO BASARSE EN LAS IMÁGENES?

Dr. MAURO, Victor Miguel | Dra. CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | PEREZ, Roberto | CHARASK, Adrian | Dra. SIERRA, Melisa Andrea | GARCIA AURELIO, Mauro | GORAL, Jorge | BARRERO, Carlos

CLINICA SANTA ISABEL - CLINICA BAZTERRICA

Analizar la nueva definición de infarto basado en la troponina y su confirmación con las imagenes eco y centellográficas.

0225 - VALORES PRESIÓN PULMONAR SISTÓLICA, TAPSE, DIÁMETRO DEL VD Y RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR EN SUJETOS NORMALES MAYORES DE 65 AÑOS.

Dra. CULACIATI, Guillermina | GANTESTI, Jesica | SANCHEZ LUCEROS, Diego | GINGINS, Mauro | FERNANDEZ, Mario | RIOS, Cecilia | CARRASCOSA, Patricia | DESCHLE, Hector Alfredo

DIAGNOSTICO MAIPU

Valorar parámetros anatómicos y hemodinámicos del circuito derecho en pacientes saludables y mayores de 65 años.

0226 - EVALUACIÓN DE PATRONES DE LLENADO DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN PACIENTES CON INFARTO PREVIO DE MIOCARDIO MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA

Dr. RODRIGUEZ GRANILLO, Gaston Alfredo | MEJÍA-CAMPILLO, Marlon | ROSALES, Miguel | INGINO, Carlos | LÓPEZ, Federico | DEGROSSI, Elina | LYLYK, Pedro

CLINICA LA SAGRADA FAMILIA - SANATORIO OTAMENDI - CONICET

Evaluar los patrones de llenado ventricular izquierdo en pacientes con infarto previo utilizando secuencias convencionales de cine-cardiorresonancia

16:00 Ergometría

Presidente Dr. SANCHEZ Javier Albino (ARGENTINA)

Comentador Dr. TORTORELLA Roberto L. (ARGENTINA)

Comentador Dr. TURRI Domingo (ARGENTINA)

0227 - EVALUACIÓN DE LOS NIVELES DE CÉLULAS PROGENITORAS ENDOTELIALES CIRCULANTES CON EL EJERCICIO FÍSICO AGUDO (ERGOMETRÍA)

Dr. GAGLIARDI, Juan Alberto | BERMEJO, Emilse | NEIVA, Maciel | CASTELLANO, José Luis | PALACIOS, María F | MASOLI, Osvaldo | GELPI, Ricardo J. | LAZZARI, María A

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. ARGERICH - INSTITUTO DE HEMATOLOGÍA DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Evaluar mecanismos fisiopatológicos relacionados con el desarrollo de circulación colateral

0228 - EL IMPACTO DE UN PLAN DE ENTRENAMIENTO CARDIOPULMONAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES PULMONARES CRÓNICAS

Dr. BRUZZESE, Martin Fernando | CAPANO, Camilo | VICENTE, Jorge | CANEVA, Jorge | LUIS, Cecilia | ANGELINO, Arnaldo | LOWESTEIN, Roberto | Dra. KERBAGE, Soraya Dalel

FUNDACION FAVALORO

AL finalizar la presentación usted podrá conocer los beneficios de un plan de entrenamiento para pacientes con enfermedad pulmonar.

16:00 Aterosclerosis y enfermedad vascular

Presidente Dr. PEDROZA Carlos Ernesto (ARGENTINA)

Comentador Dra. LAGO Noemi Elisabet (ARGENTINA)

Comentador Dr. PELTZ Guillermo Horacio (ARGENTINA)

Comentador Dra. ZGAIB Maria Elisa (ARGENTINA)

0229 - FUNCIONALIDAD DE HDL: COMPOSICIÓN VS CONCENTRACIÓN

Dra. ZAGO, Valeria | ZUGBI, Santiago | MIKSZTOWICZ, Veronica | CACCIAGIÚ, Leonardo | BASILIO, Francisco | BERG, Gabriela | SCHREIER, Laura

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA - INFIBIOC - INSTITUTO DE FISIOPATOLOGÍA Y BIOQUÍMICA CLÍNICA

Demostrar la probable discordancia entre la concentración de HDL y su funcionalidad.

0230 - TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ENFERMEDAD TIBIOPERÓNEA EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA DE MIEMBROS INFERIORES

Dr. FERREIRA, Luis Mariano | ESCORDAMAGLIA, Sergio | DE PAZ, Martín | RAMOS, Ariel | ALLENDE, José | CODAS THOMPSON, Juan | INGINO, Carlos | LA MURA, A. Ricardo

CLINICA LA SAGRADA FAMILIA

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL INFRAPATELAR

0231 - ESTEATOSIS HEPATICA NO ALCOHOLICA Y ATEROMATOSIS SUBCLINICA EN UNA POBLACIÓN CON SINDROME METABOLICO.

Dr. LYNCH, Santiago | STAMPONE, Gustavo | ESTOFAN, Mariano | RATTO, Roxana | RODRIGUEZ ACUÑA, Maria Isabel | CABELLO, Mariana | DE LA MATTA, Luis | GABE, Eduardo

FUNDACION FAVALORO

Presentar las caracteristicas epidemiológicas de una población aparentemente sana que concurre a realizar estudios de evaluación de riesgo cardivascul

0232 - PERFIL CLÍNICO Y PREDICTORES DE MUERTE EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME AORTICO AGUDO

Dr. GIACOMINI, Mauro Lucas | ARIAS, Anibal Martin | OBERTI, Pablo Fernando | JAIMOVICH, Guillermo | FALCONI, Mariano Luis | NAVARRO ESTRADA, Jose Luis | CAGIDE, Arturo Miguel

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Al final de esta presentación usted conocerá las características y el pronóstico de un grupo de pacientes con síndrome aortico agudo.

0233 - PROGRAMA PROTEGE ACV: UNA HERRAMIENTA UTIL PARA LOGRAR LA ADHESION A LARGO PLAZO EN LA PREVENCION SECUNDARIA AL ACV.

Dra. BRIENZA, Silvina Edith | Dra. ALONZO, Claudia Beatriz | Dra. BRESCACIN, Laura Estela | Dra. ZURRU, Maria Cristina | Dra. MARTÍNEZ, Rocío | Dra. ORTEGA, Fabiana Mònica | CÁMERA, Luis | Dr. WAISMAN, Gabriel Dario

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Evaluar la adherencia a largo plazo de un programa de prevención secundaria al ACV

0234 - PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DEL ESPESOR ÍNTIMA-MEDIA CAROTÍDEO PARA LA DETECCIÓN DE ATEROESCLEROSIS CORONARIA SUCLÍNICA. INFORME PRELIMINAR

Dr. SINIAWSKI, Daniel Alberto | MASSON, Walter | KRAUSS, Juan | CAGIDE, Arturo

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Analizar la precisión diagnóstica de la ecografía carotídea para la detección de ateroesclerosis subclínica mediante el score de calcio coronario

Martes 4

San Telmo	E-posters
10:00 - 11:30	Sesión 8

10:00 Investigación, Educación y Chagas

Presidente Dra. BERENSZTEIN Clotilde Sara (ARGENTINA)

Comentador Dra. COSTA Maria de Los Angeles (ARGENTINA)

Comentador Dr. PEREDO Horacio Angel (ARGENTINA)

Comentador Dr. ROITER Hector Gabriel (ARGENTINA)

0235 - LA ADMINISTRACIÓN AGUDA DE SULFURO DE HIDRÓGENO DISMINUYE LA PRESIÓN ARTERIAL EN UN MODELO GENÉTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ANIMAL

LUCERO, Matías | MERCADE, Juan Manuel | BERTERA, Facundo | Dr. HOCHT, Christian | Dr. TAIRA, Carlos Alberto | Dr. POLIZIO, Ariel H.

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Comprender la terapéutica de la hipertensión arterial

0236 - LOS INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA: ¿ PUEDEN EVITAR LA EVOLUCIÓN A LA CARDIOPATÍA DILATADA EN PACIENTES CHAGÁSICOS CON CARDIOPATÍA INCIPIENTE?.

Dr. AUGER, Sergio Ricardo | DE ROSA, Miguel | GOROCITO, Marta | ACCERBONI, Gabriel | STORINO, Ruben | SABRA, Ahmad | DIONISIO, Gabriel | GOMEZ, Gaston

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI

Determinar si la utilización de determinados inhibidores de la enzima convertidora evitan o retrasan la aparición cardiopatía chagásica severa

0237 - HIPERTIROIDISMO POSTNATAL: MODULACIÓN DE LA ÓXIDO NÍTRICO SINTASA EN RATAS HEMBRAS

MARTINEZ, Carla Romina | ARTES, Nicolas | COHEN, Laura | SARATI, Lorena | BALAZCZUK, Ana Marìa | FELLET, Andrea

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA - CONICET

El grupo de investigancíon con el siguiente trabajo pudo comprender el mecánismo fisiopatoloógico implicados en el hipertiroidismo postnatal.

0238 - HIPOTIROIDISMO: PARTICIPACIÓN DEL ÓXIDO NÍTRICO EN LA REGULACIÓN DE LA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR CON EL AVANCE DE LA EDAD EN RATAS

Sr. SARATI, Lorena Ivonne | MARTINEZ, Carla | ARTES, Nicolas | COHEN, Laura | BALASZCZUK, Ana María | FELLET, Andrea

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA - IQUIMEFA-CONICET

El grupo de investigación con el siguiente trabajo, pudo comprender los mecanismos fisiológicos involucrados en el hipotiroidismo con el avance de la

0239 - ¿CUAL ES EL NIVEL DE CONOCIMENTO EN LOS CONTENIDOS BASICOS DE LOS RESIDENTES QUE INICIAN EL CURSO BIANUAL DE CARDIOLOGIA?

Dra. DE MOLLEIN, Daniela Pilar | LAPRESA, Susana | ROITER, Hector | AHUAD GUERRERO, Rodolfo | THIERER, Jorge | GALLI, Amanda | MIGLIORE, Ricardo | GRANCELLI, Hugo

SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA

Al finalizar la presentación usted podrá reconocer el nivel de conocimientos básicos de cardiología que tienen los residentes.

10:00 Insuficiencia cardíaca I

Presidente Dr. HASSON Isaac Sergio (ARGENTINA)

Comentador Dra. DIEZ Mirta (ARGENTINA)

Comentador Dr. FAIRMAN Enrique (ARGENTINA)

0240 - SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST DE RIESGO INTERMEDIO: VARIABLES RELACIONADAS A LA DECISIÓN DE UNA CONDUCTA INICIAL INVASIVA O CONSERVADORA.

Dr. ZAPATA, Gerardo | MEIRIÑO, Alejandro | CHICHIZOLA, Nicolas | TABORRA, Sebastian | ESCALANTE, Juan Pablo | Dr. HOMINAL, Miguel

ICR - INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE ROSARIO SA

Mejorar el conocimiento de la terapeutica de los SCA

0241 - INTERNACIÓN BREVE PARA EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA DE BAJO A MODERADO RIESGO.

Dr. PETTI, Marcos Alberto | Dra. BENTKOWSKI, Mariana | Dr. GINIGER, Patricio German | REBECCHI, Maria Victoria | GALLI, Matias | Dr. VIOTTI, Rodolfo | Dr. SINISI, Victor Alfredo | Dr. GADALETA, Francisco Leonardo

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS EVA PERON

Conocer la rehospitalización a corto plazo de la insuficiencia cardiaca descompensada con internación breve

0242 - NT-PRO BNP EN LÍQUIDO PLEURAL PARA LA DETECCIÓN DE DERRAMES PLEURALES POR INSUFICIENCIA CARDIACA

Dr. BOURBOTTE, Juan | MELERO, Marcelo Jose | MAZZEI, Juan Antonio | Dr. PIÑEIRO, Daniel José | PARGAMENT, Griselda | CASTRO, Marcela

HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTÍN"

Mostrar un método para diagnósticar derrames pleurales por insuficiencia cardiaca utilizado en Argentina

0243 - INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA EN ANCIANOS. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN.

Dr. FAIRMAN, Enrique | Dra. SCHMUNCK, Maria Victoria | Dr. CARRIZO, Aldo Gabriel | RODRIGUEZ, Leandro | THIERER, Jorge | GOMEZ SANTA MARIA, Héctor

AREA DE INVESTIGACION SAC - CONSEJO DE EMERGENCIAS SAC

Conocer particularidades de los pacientes ancianos que se internan por insuficiencia cardíaca

0244 - LOS PACIENTES AÑOSOS INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA CON DETERIORO DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA PRESENTARON SIMILAR TASA DE COMPLICACIONES QUE LOS PACIENTES CON FUNCIÓN SISTÓLICA CONSERVADA

Dr. CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustin | FORCINITO, Daniela | TREJO, Graciela | MONTEROS, Ariel | MACHADO, Rogelio | DIZEO, Claudio

UNIDAD ASISTENCIAL DR. CESAR MILSTEIN (Ex Hospital Francés)

Conocer en nuestra población añosa como es la evolaución de los pacientes con insuficiencia cardíaca función conservada y deteriorada

10:00 Insuficiencia cardíaca II

Presidente Dr. FORNES Julio Eduardo (ARGENTINA)

Comentador Dr. FERNANDEZ Alberto Alfredo (ARGENTINA)

Comentador Dr. NUL Daniel R. (ARGENTINA)

0245 - SINDROME CARDIORRENAL Y LA UTILIDAD DE LA CREATININA PLASMATICA.

Dr. PIANCIOLA, Federico Luis | Dra. METTINI, Silvana | Dra. URDAPILLETA, Marcela | Dr. GAMBAZZA, Nicolas | Dra. LUPIAÑEZ, Maria Cintia Natalia | Dra. BORATTI, Maria Susana | Dra. LOPEZ, Maria Cecilia | Dr. HERRERA PAZ, Juan Jose

INSTITUTO SACRE COEUR - UNIVERSIDAD CATOLICA ARGENTINA - FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Evaluar si la creatinina plasmática es el mejor método para cuantificar la disfunción renal en la insuficiencia cardiaca.

0246 - REGISTRO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD

Dra. GAMBARTE, Maria Jimena | COMIGNANI, Pablo Dino | HIGA, Claudio | MACCHIA, Alejandro | Dra. CIAMBRONE, Graciana Maria | DONATO, Maria Sol | NOVO, Fedor | NOGUES, Ignacio

HOSPITAL ALEMAN

Analizar las características clínicas, estudios complementarios, tratamiento instituido tanto durante la admisión como en su seguimiento a largo plazo

0247 - PREVALENCIA DE EOSINOFILIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA DE LA PROVINCIA DE FORMOSA.

Dr. VOGELMANN, Oscar Ariel | ATAMAÑUK, Nicolas | DA ROSA, Walter | PEREZ REY, Roberto | GIORGI, Mariano | HEIBER, Julio | LESCANO, Adrian | COSTELLO, Ramiro

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD FORMOSA

Estudiar en nuestra poblacion con Insuficiencia cardiaca la prevalencia de Eosnofilia.

0248 - INSUFICIENCIA CARDIACA Y TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MORTALIDAD A LARGO PLAZO DE UNA COHORTE DE PACIENTES.

Dra. TETTAMANTI, Maria Estela | LÓPEZ DÍAZ, Javier | GARCÍA MORÁN, Emilio | REVILLA ORODEA, Ana | DE LA FUENTA GALÁN, Luis | TAPIA BALLESTEROS, Cristina | PUERTO SANZ, Ana | SAN ROMÁN CALVAR, José Alberto

INSTITUTO DE CIENCIAS DEL CORAZON (ICICOR), HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

Conocer las características clínicas y de mortalidad a largo plazo de un grupo de pacientes con insuficiencia cardíaca, algunos TRC.

0249 - DISFUNCION ENDOTELIAL EN PACIENTES TRASPLANTADOS CARDIACOS

Dr. INI, Alexis Javier | Dr. MARGULIS, Fernando | Dr. RADLOVACHKI, Anibal Daniel | Dr. AHUALLI, Luis | PICONE, Victorio | DAVREAUX, Diego | RODRIGUEZ, Andrea | STEWART HARRIS, Alejandro

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. ARGERICH

Al concluir esta exposición se podra concer la prevalencia de disfunción endotelial en trasplantados cardíacos así como los factores relacionados

San Telmo	E-posters
12:00 - 13:30	Sesión 9

12:00	**Prevención**
Presidente	Dra. PANTALENA Silvia Patricia (ARGENTINA)
Comentador	Dr. CARUSO Gustavo (ARGENTINA)
Comentador	Dr. MEJAIL Ricardo Ivan (ARGENTINA)
Comentador	Dr. SANTOS Jose Maximo (ARGENTINA)

0250 - PROLONGACIÓN DEL INTERVALO QT INDUCIDO POR DROGAS EN UNIDAD CORONARIA

Dr. ALVAREZ, Paulino | COYLE, Javier | DI GIROLAMO, Guillermo | SWIESZKOWSKI, Sandra P. | PÉREZ DE LA HOZ, Ricardo | KELLER, Guillermo

HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTÍN" - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE MEDICINA

Reconocer la prevalencia de la prolongacion del intervalo QT inducido por fármacos en la UCO y estimular una actitud proactiva en Farmacovigilancia

0251 - ¿CORRELATOS METABOLICOS DE ASPECTOS PSICOLOGICOS O CORRELATOS PSICOLOGICOS DE VARIABLES METABOLICAS?

Lic. MORA, Martina | Dr. CAROLI, Christian | COHEN ARAZI, Hernán | GUINJOAN, Salvador Martin

FLENI

Al final de esta presentación el cardiólogo estará en condiciones de: • Reconocer la presencia de limitaciones cognitivas y síntomas anímicos en pacie

0252 - ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN UN CENTRO TERCIARIO DENTRO DE UN SISTEMA PÚBLICO Y CERRADO DE SALUD

Dr. GAIBOR BARBA, Juan Carlos | DELUCA, Carlos | BALLARINO, Daniel | DALL ASTA, Gonzalo | VAZQUEZ, Norberto | YUNE, Said

CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD CARDIOVASCULAR MUNICIPALIDAD DE MALVINAS ARGENTINAS

Mostrar la realidad de la Angioplastia Primaria en un sistema público y cerrado de salud.

0253 - FIBRILACIÓN AURICULAR Y ANTICOAGULACIÓN EN MAYORES DE 80 AÑOS

Dra. RUBIO, Maria Del Carmen | MARTINEZ, Daniel | NICOLOSI, Liliana

HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES

al final de la presentación usted podrá conocer en grado de aplicación de las recomendaciones de las guias de tratamiento

0254 - HÁBITO TABAQUICO EN ADOLESCENTES SEGÚN GÉNERO

Dr. GULAYIN, Pablo Elías | BRUNO, Rodrigo | ROSSI DIAS, André | BRENA, Guillermo | GULAYIN, Miguel Alejandro | URRUTIA, María Inés | MARELLI, Daniel

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (La Plata)

Evaluar la epidemiología del tabaquismo adolescente para programar mejores medidas de prevención primaria.

0255 - PULSO DE OXÍGENO Y GASTO CALÓRICO DE ESFUERZO EN RELACIÓN A LA COMPOSICIÓN CORPORAL DE ADULTOS ENTRENADOS.

Dr. MOTTA, Domingo Agripino | ANGELINO, Arnaldo | DELAMATA, Luis | LYNCH, Santiago | DOS SANTOS, A | RODRIGUEZ ACUÑA, Maria | NICOLAO, Patricia | GABE, Eduardo

FUNDACION FAVALORO

PREVENCIÓN

0256 - PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN UNA POBLACIÓN QUE REALIZA ACTIVIDAD FISICA

Lic. BARRIOS, Cristina | SIERRALTA, Jorge | SILVA, Juan | DI LORETTO, Miriam | BRANDANI, Laura | ANGELINO, Arnaldo | DE URQUIZA, Ignacio | Dra. KERBAGE, Soraya Dalel

FUNDACION FAVALORO

Al finalizar la presentación usted podrá conocer la importancia de la educación en factores de riesgo cardiovasculares.

0257 - RESPUESTA PRESORA DE RECUPERACIÓN Y GASTO CALÓRICO DE ESFUERZO EN HIPERTENSOS TRATADOS.

Dr. MOTTA, Domingo Agripino | ANGELINO, Arnaldo | MERBILHAA, Raul | LOWENSTEIN, Diego | PAOLINI, Julieta | LIZZI, Carolina | BRANDANI, Laura | RODRIGUEZ CORREA, Carlos

FUNDACION FAVALORO

Prevención

12:00 **Pediatría III**

Presidente Dra. MOURATIAN Diana Mariela (ARGENTINA)

Comentador Dr. BLUNDA Cristian (ARGENTINA)

Comentador Dr. GOMEZ Jorge Elvio (ARGENTINA)

Comentador Dra. LAGHEZZA Lidia Beatriz (ARGENTINA)

0258 - PACIENTES PEDIATRICOS Y ADULTOS JOVENES CON ACCIDENTES EMBOLICOS CEREBRALES. ECO TRANSESOFAGICO VERSUS ECO TRANSCRANEAL.
¿QUIEN TIENE LA VERDAD?

Dra. VAZQUEZ, Haydee | MOROS, Claudio | GOLDSMAN, Alejandro | QUILINDRO, Alberto | SICURELLO, Maria Irene | GRIPPO, Maria

HOSPITAL DE NIÑOS DR. RICARDO GUTIERREZ

Evaluar metodología diagnóstica más adecuada para pacientes pediátricos y adultos jóvenes con accidentes embólicos cerebrales

0259 - DOBLE CAMARA DE VENTRICULO DERECHO EN PACIENTES GUCH.

Dr. RIOS MÉNDEZ, Raúl Enrique | GAMBOA, Ricardo | GUTIERREZ, Diego Fausto | ASENJO, Alberto Rubén | ZORRILLA, María de Los Angeles | JORAJURIA, Alejandro | POCHAT, Cecilia

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EL CRUCE

Comunicar nuestra experiencia acerca de una cardiopatía de origen desconocido aún, e informada como de baja prevalencia en pacientes GUCH.

0260 - ECO TISULAR Y 3D AYUDAN A DECIDIR LA OPORTUNIDAD DEL REEMPLAZO VALVULAR PULMONAR EN EL FALLOT ALEJADO POST QUIRURGICO

Dra. DE DIOS, Ana Maria Susana | LEVANTINI, Florencia | CARUGATI, Romina | BIANCOLINI, Fernanda | SALTYMIRIS, Romina | SEARA, Gonzalo | DAMSKY BARBOSA, Jesus | GONZALEZ, Gabriela

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

Dilucidar los mecanismos de la disfunción ventricular para poder determinar la mejor oportunidad para el reemplazo valvular pulmonar

0261 - ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO DEL ENGROSAMIENTO INTIMAL EN FETOS Y POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Dr. GUERRI GUTTENBERG, Roberto | GRANA, Daniel Rodolfo | AMBROSIO, Giuseppe | SCHWINT, Oscar | Dr. MILEI, Jose

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CARDIOLOGICAS (ININCA) UBA-CONICET - HOSPITAL DE PEDIATRIA SAMIC DR. J. GARRAHAN

Comprender los mecanismos fisiopatológicos que pueden dar origen al engrosamiento intimal coronario en la población pediátrica.

0262 - TOMOGRAFÍA MULTISLICE DE 64 DETECTORES EN CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

Dr. VAZQUEZ, Esteban | Dr. POLLONO, Pablo Maximiliano | BLEIZ, Jorge | WEISBURD, Pedro | GOMEZ, Rolando | SUÑOL, Jorge | KOCIUBINSKI, Pablo

CIMED

Comunicación de experiencia

0263 - ENDOCARDITIS FÚNGICA NEONATAL: UN DESAFÍO CLÍNICO-QUIRÚRGICO

Dr. TOLEDO, Ruben Arnaldo | PEREZ CARAM, Pablo | SOTO, Sandra | SEGOVIA, Alejandra | BERMAN, Sofía | FAGALDE, Guillermo | BASELGA, Patricia | ALVAREZ, Carlos

HOSPITAL DEL NIÑO JESUS

Compartir nuestra experiencia y analizar puntos controversiales y opciones válidas en el manejo de una enfermedad poco frecuente.

0264 - HALLAZGOS NO ESPERADOS EN PACIENTES PORTADORES DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EVALUADOS CON TOMOGRAFÍA MULTISLICE DE 64 DETECTORES

Dr. POLLONO, Pablo Maximiliano | VAZQUEZ, Esteban | WEISBURD, Pedro | BLEIZ, Jorge | GOMEZ, Rolando | SUÑOL, Jorge | KOCIUBINSKI, Pablo

CIMED

Hallazgos no esperados en tomografía multislice.

San Telmo	E-posters
14:00 - 15:30	Sesión 10

14:00	Cardiología clínica I
Presidente	Dr. OJEDA Juan de La Cruz (ARGENTINA)
Comentador	Dr. ESPER Roberto Cesar (ARGENTINA)
Comentador	Dr. GABE Eduardo D. (ARGENTINA)
Comentador	Dr. ROURA Pablo (ARGENTINA)

0265 - SINCOPE. RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO. RESULTADOS A PARTIR DE UN REGISTRO PROSPECTIVO.

Dr. GALIZIO, Nestor Oscar | Dra. GARGANO, Agustina | Dr. GONZALEZ, Jose Luis | Dr. MEDESANI, Luis Alberto | Dr. ROBLES, Federico | PALAZZO, Alejandro | ALBANO, Felix | CARNERO, Guillermo

FUNDACION FAVALORO

Mostrar el rendimiento diagnóstico de un algoritmo para síncope a partir de un registro prospectivo de 486 pacientes.

0266 - IMPACTO DE LA FUNCIÓN RENAL EN LA MORTALIDAD Y EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES EN EL SCA.

Dra. MACIN, Stella Maris | VILLEGAS, Esteban | PERNA, Eduardo R | ECHEVERRIA, Fernando | INSAURRALDE, Fernando | ARISTIMUÑO, Guillermo | COMISARIO, Matias | ACEVEDO, Pablo

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA JF CABRAL

importancia de comorbilidades en infarto agudo de miocardio

0267 - INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO EN EL MUNDO REAL

Dra. MACIN, Stella Maris | VILLEGAS, Esteban | ARISTIMUÑO, Guillermo | INSAURRALDE, Fernando | PERNA, Eduardo R | ACEVEDO, Pablo | COMISARIO, Matias | LANGHE, Juan

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA JF CABRAL

Uso de inhibidores de la bomba de protones en el mundo real

0268 - IMPLICANCIA CLÍNICA DEL INDICE LEUCOGLUCÉMICO EN LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS CON SUPRADESNIVEL DEL ST

Dr. VAZQUEZ, Gaston Ariel | Dr. DOMINE, Enrique Marcelo | Dr. MERLO, Pablo | PERUSSO, Aldo | SAAVEDRA, Daniel | FITZ MAURICE, Mario | Dr. CORDERO, Diego Julio | Dr. HIRSCHSON PRADO, Alfredo

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA

Nueva variable de facil aplicación como predictor de riesgo en pacientes con diagnostico de IAM con supra ST

0269 - VALIDACION DEL ECG PARA VALORAR HIPERTROFIA CARDIACA UTILIZANDO EL PRODUCTO DEL CORNELL Y EL ANCHO DEL QRS.

Dr. BARRIO, Juan Pablo | Dr. ROCCA, Federico Eduardo | Dr. KEEGAN, Roberto Orlando | ONETTO, Leonardo | GUTIERREZ, Victor | COMEZAÑA, Cesar | Dra. BUDASSI, Nadia | Dr. RAMALLO, German

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "DR. JOSÉ PENNA"

Reconsiderar un metodo antiguo pero vigente como el ECG para valorar la HVI.

14:00	Cardiología clínica II
Presidente	Dr. PICAREL Anibal Enrique (ARGENTINA)
Comentador	Dr. CASAS Marcelo Martin (ARGENTINA)
Comentador	Dr. COMTESSE Daniel (ARGENTINA)
Comentador	Dr. SARAVIA TOLEDO Sebastian (ARGENTINA)

0270 - CORRELACIÓN ENTRE ENFERMEDAD ATEROESCLERÓTICA CAROTÍDEA CON ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Dr. CAROLI, Christian | GIORGI, Mariano | WALDMAN, Silvina | SAN MIGUEL, Lucas | CARNEVALINI, Mariana | FALCONI, Estela | MIRIUKA, Santiago | COHEN ARAZI, Hernán

FLENI

Usted deberá reconocer la correlación entre la enfermedad carotídea y coronaria, su prevalencia , la importancia de su valoración prequirúrgica

0271 - 1- SOSPECHANDO LA ETIOLOGÍA DEL SÍNCOPE POR LA ANAMNESIS: RELACIÓN ENTRE LA DESCRIPCIÓN DEL EPISODIO Y LOS ANTECEDENTES CLINICOS.

Dra. RUIZ, Graciela Aurora | AVERSA, Eliana | CHIRIFE, Raul | TENTORI, Maria Cristina | GRANCELLI, Hugo | PERFETTO, Juan Carlos | NOGUES, Martin

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "JUAN A. FERNANDEZ" - FLENI

Aportar al conocimiento sobre el valor de la anamnesis en el diagnostico etiologico del síncope

0272 - ANAMNESIS EN EL PACIENTE CON SÍNCOPE: CONCORDANCIA DE LA PRESENTACIÓN MALIGNA EN DIFERENTES EPISODIOS

Dra. RUIZ, Graciela Aurora | FALCONI, Estela | CHIRIFE, Raul | GRANCELLI, Hugo | TENTORI, Maria Cristina | NOGUES, Martin

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "JUAN A. FERNANDEZ" - FLENI

Evaluar a la anamesis como metodo de estratificación en los pacientes con síncope

0273 - VALOR PRONÓSTICO DEL BNP EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES EN DIALISIS. CUATRO AÑOS DE SEGUIMIENTO.

Dr. BLURO, Ignacio Martin | MASSON JUAREZ, Walter | ARIAS, Anibal | FALCONI, Mariano | DE MIGUEL, Raul | ROSA DIEZ, Guillermo | CRUCELEGUI, María Soledad | OBERTI, Pablo

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Determinar el valor pronóstico independiente del BNP en una población en hemodíalisis y diálisis peritoneal luego de 4 años de seguimiento

0274 - MODIFICACIONES RELACIONADAS CON LA EDAD EN EL ELECTROCARDIOGRAMA DEL DEPORTISTA.

Dr. PEIDRO, Roberto Maximino | Dra. BRION BARREIRO, Graciela Beatriz | Dr. CASTIELLO, Gustavo Gabriel | Dr. BRUZZESE, Martin Fernando | MAURO, Sergio

CONSEJO DE ERGOMETRÍA Y REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR. SAC - FUTBOLISTAS ARGENTINOS AGREMIADOS

Conocer características del electrocardiograma del deportista relacionadas con la edad.

14:00 Valvulopatías e hipertensión arterial

Presidente Dr. SORIA Carlos Alberto (ARGENTINA)

Comentador Dr. DELUCCHI Alejandro Mariano (ARGENTINA)

Comentador Dr. KLYVER Jorge Benjamin (ARGENTINA)

Comentador Dr. MANGANIELLO Juan Emilio (ARGENTINA)

0275 - PERSISTENCIA AL VALSARTÁN EN PACIENTES QUE PARTICIPAN EN PROGRAMAS DE ASISTENCIA

Dr. MORENO, Santigo | BONELLI, Pablo Esteban | Dr. GIORGI, Mariano Anibal | GALDOS, Monica Romina | MASTRODONATO, Yesica Albana | TROMBA, Luciana Soledad

SWISS MEDICAL MEDICINA PRIVADA - FLENI

Evaluar la persistencia de pacientes bajo tratamiento con va que participan de programas de asistencia (seguimiento telefonico y charlas informativas)

0276 - VALOR PRONÓSTICO DEL VOLUMEN DE LA AURÍCULA IZQUIERDA EN LA INSUFICIENCIA MITRAL ORGÁNICA ASINTOMÁTICA.

Dr. ARIAS, Anibal Martin | PIZARRO, Rodolfo | OBERTI, Pablo | FALCONI, Mariano | LUCAS, Luciano | SOSA, Federico | FUNES, Diego | CAGIDE, Arturo

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Determinar el valor pronóstico del volumen de la aurícula izquierda en pacientes con insuficiencia mitral orgánica asintomática.

0277 - CARACTERISTICAS DE LA HIPERTENSION ARTERIAL Y SU REPERCUSION CARDIOVASCULAR EN UNA POBLACION A 3000 METROS DE ALTURA

Dr. PIERONI, Pablo Gustavo | ELEIT, Guillermima | GONZALO, Perez | Dr. LESCANO, Adrian Jose | PAZ, Sebastian | METTINI, Silvana | OVEJERO, Rodrigo Abel | IGLESIAS, Ricardo

FUNDACION CARDIOLOGICA ARGENTINA - CONSEJO ARGENTINO DE RESIDENTES DE CARDIOLOGIA

EVALUAR EL COMPORTAMIENTO DE LA HTA Y SU IMPACTO CARDIOVASCULAR A LOS 3000 METROS DE ALTURA

0278 - ANÁLISIS ECOCARDIOGRÁFICO ESTRUCTURA-FUNCIÓN BASAL Y A DOCE MESES DEL POSTOPERATORIO EN ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA SINTOMÁTICA CON FUNCIÓN SISTÓLICA CONSERVADA

Dr. HITA, Alejandro | Dr. DONATO, Pablo Martin | Dr. BARATTA, Sergio Juan | Dr. CHEJTMAN, Demian | Dr. BENTICUAGA NAVA, Alejandro Daniel | MORALES, Celina | Dr. NAVIA, Jose | Dr. GELPI, Ricardo Jorge

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE MEDICINA

Evaluar evoluciòn postoperatoria de parámetros ecocardiográficos de función ventricular, deformación longitudinal y estructura en estenosis aòrtica

0279 - SELECCION DE PACIENTES CON ESTENOSIS AORTICA SEVERA DE ALTO RIESGO Y RESULTADOS EN UN CENTRO CERTIFICADO EN EL REEMPLAZO VALVULAR AORTICO PERCUTANEO

Dra. AGATIELLO, Carla Romina | FALCONI, Mariano | MARENCHINO, Ricardo | FERNANDEZ, Alejandro Diego | ROJAS MATAS, Carlos | GRINFELD, Liliana | BATTELLINI, Roberto | BERROCAL, Daniel

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Determinar la importancia en la seleccion de pacientes con estenosis aortica severa de alto riesgo para el Reemplazo Valvular Aortico Percutaneo

0131 - CRITERIOS DE VIABILIDAD DE LA REPARACIÓN BIVENTRICULAR DEL CANAL AURÍCULOVENTRICULAR DISBALANCEADO.

Dr. LUGONES, Ignacio | INGUANZO, Pablo | ANTONI, Diego | DI SANTO, Marisa | GARCIA, Rubén

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: Evaluar nuestra experiencia en la resolución biventricular del CAVdis, definiendo criterios y algoritmos para orientar la estrategia a seguir.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de una muestra de 5 pacientes con diagnóstico de CAVdis dominante derecho intervenidos entre julio de 2009 y mayo de 2011 en nuestra institución. Sexo femenino: 3/5, edad promedio al momento de la cirugía: 7,5 meses (2,5 a 15), peso promedio: 5,4 kg (3,5 a 9,7), 2/5 con síndrome de Down. Anomalías asociadas: coartación aórtica (1), tetralogía de Fallot (1) y fibroelastosis endocárdica (1). El ecocardiograma estableció el diagnóstico en todos los casos. Se midieron áreas y diámetros de los componentes derecho e izquierdo de la válvula auriculoventricular, y se establecieron índices. Se evaluó asimismo el ancho del flujo de entrada al ventrículo izquierdo, la relación entre las longitudes de ambos ventrículos y la relación entre los volúmenes estimados. Se estudió por cateterismo a 3/5 pacientes para definir la anatomía y las presiones.

Resultados: Se establecieron criterios de viabilidad de la reparación biventricular. Siguiendo estos criterios, el 100% de los pacientes pudo ser orientado hacia la corrección biventricular. Se realizó cierre de las comunicaciones interauricular e interventricular, más plástica valvular auriculoventricular. Procedimientos adicionales: resección de coartación y reconstrucción del arco aórtico (1), desobstrucción de ventrículo derecho (2) y colocación de parche transanular (1). Media de días de internación: 13, de ARM: 3,6 y de inotrópicos: 4. Mortalidad hasta la fecha: 0%. Todos se encuentran en clase funcional I. La insuficiencia mitral postoperatoria es leve en 3 y moderada en 2, al igual que la insuficiencia tricuspídea.

Conclusiones: La estrategia a seguir en la corrección del CAVdis debe ser adaptada a cada paciente, seleccionando el camino uni o biventricular de acuerdo a criterios definidos. La corrección biventricular es factible en un alto número de casos, con excelentes resultados a corto y mediano plazo.

0132 - EXPERIENCIA INICIAL CON EL DISPOSITIVO AMPLATZER DUCT OCCLUDER II PARA CIERRE PERCUTÁNEO DE DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE

Dr. ANTONI, Diego | HENESTROSA, German | GAMBOA, Ricardo | MOLLÓN, Pedro | INGUANZO, Pablo | DI SANTO, Marisa | MÉNDIZ, Oscar

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: Describir la experiencia clínica con un nuevo dispositivo, Amplatzer Duct Occluder II (ADO II), para el cierre de Ductus Arterioso Persistente (DAP) por vía percutánea.

Materiales y Métodos: Desde Mayo de 2009 hasta Abril de 2011 se realizó el cierre de DAP con ADO II a 30 pacientes. En aquellos casos en los cuales se pudiesen utilizar distintos dipositivos para el cierre del DAP, se favoreció el uso del ADO II para maximizar la experiencia con éste. El seguimiento se realizó con ecocardiograma a las 24 hs, al mes, 6 meses y al año.

Resultados: En 33 pacientes se intentó la colocación del ADO II. En 30 pacientes se implantó el ADO II. 25 fueron mujeres. La mediana de edad fue 6.06 años (11 meses a 30 años). La mediana de peso fue 22.05 Kg (9.3 a 78 Kg). La mediana del mínimo diámetro ductal fue 1.8 mm (0.6 a 5 mm). El cierre se realizó desde el lado venoso en 14 pacientes y desde el lado arterial en los casos restantes. No hubo embolizaciones ni otras complicaciones mayores relacionadas con el procedimiento. La angiografía de control inmediata post liberación mostró flujo residual mínimo en la mayoría de los pacientes. El ecocardiograma a las 24 hs mostró cierre completo del DAP en todos los pacientes y no se observaron alteraciones en el flujo en la arteria pulmonar y la aorta descendente. Todos los pacientes se han controlado ecograficamente según el tiempo desde el cierre, al mes, 6 meses y al año con los mismos resultados.

Conclusiones: El dispositivo ADO II es muy versatil y efectivo para el cierre de DAP pequeño y mediano de variadas morfologías. El bajo perfil de su sistema de liberacióny la posibilidad de implantar el dipositivo desde el lado venoso o arterial son características muy beneficiosas.

0133 - CUANTIFICACION DE MORTALIDAD QUIRURGICA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA AJUSTADA A 7 FACTORES CON ANALISIS DE REGRESION

Dr. JUANEDA, Ernesto | Dra. BENJAMÍN, Monica N. | ALLUB, Alejandro | CABRERA, Marcelo | DE ROSSI, Roberto

HOSPITAL DE NIÑOS DE CORDOBA

Objetivos: Las cardiopatias congénitas son un grupo variado de anomalías estructurales. La cuantificación de los resultados quirúrgicos puede efectuarse a través de la mortalidad observada y utilizarse para identificar y mejorar la calidad de la cirugía cardiovascular pediátrica (CCVP).
Materiales y Métodos: El siguiente es un estudio prospectivo de cohortes en donde se analizó la mortalidad quirúrgica de aquellos pacientes sometidos a CCVP desde el 1.1.2000 al 31.12.2007 enviando datos consecutivos al Pediatric Cardiac Care Consortium (PCCC) que efectuó el análisis de regresión.
Dicho análisis se efectuó en modelo de riesgo de mortalidad dentro de los 30 dias del postoperatorio y fue ajustado a 7 factores :1. edad quirúrgica, 2.peso quirúrgico, 3.severidad de diagnóstico cardiaco, 4.número de diagnóstico cardiaco secundario, 5.máxima severidad de diagnóstico secundario, 6.presencia de anomalía o síndrome extracardíaco y 7.número de operaciones cardiacas previas.
La información se agrupó y comparó por periodos de 5 años: 2000-2004, 2001-2005, 2002-2006 y 2003-2007. El resultado se expresó en diferencia standard (DS), siendo los limites comprendidos entre -2 y + 2 el patrón o standard aceptado de mortalidad por el PCCC.
Los centros con DS <-2 fueron considerados que tuvieron mortalidad significativamente menor, mientras que los con DS >+2 fueron considerados como inadecuados, y DS entre +1 y <+2 requieren análisis detallado de los pacientes y del centro participante para poder mejorar el resultado de los procedimientos de CCVP.
Resultados: El volumen acumulado en los periodos de tiempo descriptos sólo permitió el análisis estadístico en: reparación de coartación de aorta (Co Ao) < 1 año, ligadura de ductus arterioso permeable (DAP) < 1 año, anastomosis de Blalock-Taussig modificada (B-T) en < 1 año, reparación quirúrgica de comunicación interventricular perimembranosa (CIV) < 1 año, cerclaje de arteria pulmonar (CAP) en < 1 año y reparación quirúrgica de tetralogia de Fallot (TF) en > 1 año. Los datos fueron omitidos (*) por el PCCC debido a presentar mejoría respecto a los períodos previos. Los datos entre paréntesis corresponden al número de pacientes por patología.

DIAGNOSTICO	2000-2004	2001-2005	2002-2006	2003-2007
CO AO	-0,273 (12)	-0,233 (12)	-0,173 (10)	(*)
DAP	-0,241 (15)	-0,126 (15)	(*)	(*)
BT	+2,019 (31)	+3,708 (25)	0,650 (23)	+1,828 (26)
BT DER	+1,766 (28)	+2,838 (23)	0,222 (21)	+1,258 (23)
CIV	+1,733 (15)	+1,293 (16)	+1,237 (15)	+3,436 (18)
TF	+2,926 (34)	+3,279 (34)	+5,590 (20)	+5,114 (26)
CAP	+3,794 (15)	+4,014 (17)	+3,785 (18)	+3,327 (21)

Conclusiones: Conclusión: Del resultado obtenido se observó que estaban dentro del patrón o standard los resultados quirúrgicos en Co Ao, DAP y B-T; en observación la reparación de CIV perimembranosa e inadecuado la reparación de TF y CAP.
Esta cuantificación fue de utilidad para identificar el standard local de los resultados en las cardiopatías que tuvieron un volumen anual suficiente para la realización de este análisis estadístico.

0134 - IMPLANTE DE DISPOSITIVO NIT-OCCLUD PDA-R (REVERSO) PARA CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO PERMEABLE: EXPERIENCIA INICIAL Y RESULTADOS INMEDIATOS Y A CORTO PLAZO.

Dr. PEIRONE, Alejandro Roman | DÍAZ, Juan | Dr. CABRERA, Marcelo | BANILLE, Edgardo | GUEVARA, Antonio | DAGHERO, Fernando | BUENO, Nora | JUANEDA, Ernesto

HOSPITAL PRIVADO - CENTRO MEDICO DE CORDOBA

Objetivos: El dispositivo Nit-Occlud® PDA-R (pfm Medical, Alemania) es un nuevo dispositivo desarrollado para el cierre del ductus arterioso permeable (DAP) entre 2 y 8 mm de diámetro. Es autoexpandible, tiene forma de hongo y es fabricado de una sola guía de nitinol que presenta una peculiar reconfiguración del disco de retención distal en “forma reversa”. El objetivo del estudio es evaluar los resultados inmediatos y a corto plazo luego del implante anterógrado del dispositivo.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo-descriptivo y observacional. El dispositivo fue seleccionado por el hemodinamista como alternativa a los otros dispositivos/coils disponibles en el mercado. Seguimiento con ecocardiografía Doppler-color fue realizado a las 24 hs, 1 mes y 3 meses post procedimiento.

Resultados: Desde mayo a diciembre de 2010, 20 pts consecutivos (15 mujeres) recibieron implante percutáneo anterógrado de dispositivo Nit-Occlud® PDA-R para cierre de DAP. Edad media fue 4,7 años (6 meses - 21 años) y un peso medio de 16,4 kg (6 – 49). Tipos de DAP fueron: A 16 pts (80%), E 2 pts (10%) and C – D 1 pt cada uno (5% each). Diámetro medio de DAP en su semento más estrecho fue 2,92 ± 0,61 mm (2,1 – 4,5), longitud media fue 7,05 ± 1,17 mm (4,7 – 9,2) y el diámetro medio de la ampopla aórtica fue 9,52 ± 1,62 mm (6 – 13). La presión media de arteria pulmonar fue 20,6 ± 4,49 mm Hg (14 - 28) y el índice Qp/Qs medio fue 2,0 ± 0,29 (1,6 - 2,5). El éxito del procedimiento fue 100%. El tiempo medio de fluoroscopía fue 7,12 min (5 – 13). El tamaño medio del cilindro del dispositivo fue 6,53 ± 1,05 mm (5,5 – 8,5) representando un tamaño final de dispositivo seleccionado 124% mayor que el menor diámetro obtenido del DAP. Evaluación mediante ecocardiografía Doppler-color a las 24 hs mostró cierre completo en 12 pts (60%), al mes incrementó a 18 pts (90%) y a los 3 meses 19 pts (95%). El pt restante aún presenta cortoircuito resiudal pequeño a los 3 meses de seguimeinto. No hubo complicaciones.

Conclusiones: La experiencia inical con la utilización de dispositivo Nit-Occlud® PDA-R para cierre de DAP fue efectiva y segura. Seguimiento a largo plazo y un mayor número de pts son necesarios para confirmar su amplia utilización

0135 - RELACION DEL ANCHO DEL QRS CON LA SOBRECARGA VOLUMETRICA DE VENTRICULO DERECHO EN PACIENTES ADULTOS CON FALLOT CORREGIDO

Dra. VEGA, Betina | MAISULS, Hector | RABBATT, Damian | JUANEDA, Ernesto | ALDAY, Luis

HOSPITAL DE NIÑOS DE CORDOBA

Objetivos: En pacientes (p) adultos con Fallot corregido la prolongación del QRS de 180 mseg o más es un factor de riesgo para muerte súbita .Habría una relación entre el tamaño del ventriculo derecho VD y la prolongacion del QRS a través de una interacción mecano-eléctrica no corroborada por resonancia magnética (RM) .El objetivo de este trabajo es verificar si existe relación entre la prolongación del QRS y el volumen de fin de diástole de VD indexado por superficie corporal (VFDVD)medido por RM.

Materiales y Métodos: Estudio observacional prospectivo. Se estudiaron 13 p adultos portadores de Fallot corregido con electrocardiograma de 12 derivaciones y RM para medir VFDVD en ml/m2. Se dividio a los p en dos grupos: a)QRS de 180 ms o más y b)QRS de 179 mseg ó menos. Se analizó el VFDVD en los dos grupos y se estableció si habia diferencias significativas.

Resultados: Hubo 8 p femeninos. La edad media fue de 24,9 años(rango 16/33).Los valores de VFDVD fueron respectivamente para los grupos a) 6 p y b) 7 p :Media 152 y 110 (T Stastic=2,2596 ,p=0,0451) , Minimo:123 y 67, Quartil 25:128 y 78 , Mediana:147 y 108, Quartil 75:174 y 157, Maximo:195 y 158, y Modo:123 y 67, Ds=29 y 36 . Se estableció una diferencia significativa entre los dos grupos.

Conclusiones: Existe una relación entre el QRS y el VFDVD. Los p adultos con Fallot corregido con QRS de 180 mseg o más tienen una frecuencia significativamente mayor de sobrecarga volumetrica de VD que el resto de los p.
El VFDVD por RM podria ayudar a tomar decisiones en estos p ya que se relaciona con el ancho del QRS y podria anteceder a la prolongación del mismo antes que alcance los 180 mseg.

0136 - CUANTIFICACION DE MORBILIDAD EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA

Dra. VEGA, Betina | JUANEDA, Ernesto

HOSPITAL DE NIÑOS DE CORDOBA

Objetivos: Desarrollar mediciones para cuantificar la morbilidad en cirugia cardiovascular pediatrica para mejorar la atencion medica .

Materiales y Métodos: La morbilidad quirurgica se definió como un problema observado durante o después de una operación y fue evaluada hasta el alta hospitalaria si el evento se atribuyó al procedimiento.
La morbilidad se clasificó como transitoria (mt) cuando el problema se resolvió durante la internación y se analizó en aquellos paciente (ptes) que requirieron periodo de internación > o = a 6 dias desde 01-01-2005 al 31-12-2007 y en morbilidad permanente (mp) aquella constituida por complicaciones como bloqueo auriculoventricular completo (bavc) con necesidad de marcapaso,accidente cerebrovascular (acv) y/o insuficiencia renal permanente con requerimiento de dialisis (irp) analizada desde 01-01-2000 al 31-12-2007.

Resultados: El tiempo de internación fue > o = a 6 dias en 103/225 (45,75%) y la causa de la mt se pudo analizar en 98/103 (96%) ,atribuyendose a infecciones un 51,5% (herida quirurgica, bacteriemia ,sepsis, neumonias), causa social 28% y varias 22,3%.
La cuantificacion de la mp ocurrio en 8/637 (1,25%) procedimientos quirurgicos debido a bavc en 6 ptes, acv en 2 ptes y ninguno presentó irp.

Conclusiones: La cuantificacion de la mt objetivó que más de la mitad fue por infecciones y que la mp tuvo un bajo porcentaje representado mayoritariamente por bavc post-quirurgico. Estos hallazgos indican la necesidad de disminuir las infecciones postquirurgicas para mejorar la atención medica en cirugia cardiovascular pediátrica .

0137 - CUANTIFICACION DE LA CAUSALIDAD DE MORTALIDAD QUIRURGICA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA .

Dra. VEGA, Betina | Dr. JUANEDA, Ernesto | Dr. DE ROSSI, Roberto

HOSPITAL DE NIÑOS DE CORDOBA

Objetivos: Identificar las causas de mortalidad quirúgica cardiovascular pediatrica para aplicar los métodos necesarios para disminuirla .

Materiales y Métodos: Se analizaron los informes de mortalidad dentro de los primeros 30 dias de cirugia cardiocascular (ccv) del 01-01-2000 al 31-12-2007 en forma retrospectiva y se cuantificó la causalidad. La mortalidad fue 81/591 ccv(13,7%), discriminados por edad : < 1 mes 18/81 (22,2%) , 1 - 12 meses 32/81 (39,5%) y > 12 meses 31/81 (38,3%). Se efectuaron 15/81 (18,5%)de autopsias.

Resultados: La causalidad fue - bajo gasto cardiaco 69%
- tecnica quirurgica 14,8%
- sepsis 7,4%
- hemorragia 2,5%
- insuficiencia respiratoria 2,5%
- periprocedimiento durante terapia intensiva 3,7%.

Dentro de las causantes de bajo gasto cardiaco :fallo ventricular 48,2%,hipertension pulmonar 26,8%,función ventricular conservada con insuficiencia cardiaca 19,6% ei nsuficiencia de valvulas auriculoventriculares 5,4%.

Conclusiones: La causa mas frecuente de mortalidad operatoria fue el bajo gasto cardiaco, siendo el fallo ventricular la mitad de los mismos, lo cual sugiere la necesidad de contar con apoyo circulatorio para mejorar la sobrevida de estos pacientes; seguida de hipertensión pulmonar lo que nos llevó a incorporar el óxido nítrico como elemento terapeútico de rutina para mejorar los resultados .

0138 - SOBREUTILIZACIÓN DE AMIODARONA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR REVERTIDA? ESTUDIO FORWARD.

NADINIC, Branimir | Dr. FERRANTE, Daniel Carlos | MARIANI, Javier | MACCHIA, Alejandro | VARINI, Sergio | GRANCELLI, Hugo | LONGHI, Andrea | DOVAL, Hernan

FUNDACIÓN GESICA

Objetivos: Evaluar el patrón de utilización y variables asociadas con el uso de amiodarona en pacientes con fibrilación auricular (FA) revertida.

Materiales y Métodos: El ensayo FOWARD es un ensayo clínico aleatorizado doble ciego que randomiza pacientes en ritmo sinusal con al menos 2 episodios previos de FA o 1 cardioversion exitosa (CVE) (menores de 65 años con 1 factor de riesgo o mayores de 65 años independientemente de los factores de riesgo) a tratamiento con omega 3 o placebo, sobre el tratamiento recibido de rutina. Se evaluó la indicación de la amiodarona a la randomización, y su asociación con los motivos de randomización (FA persistente revertida, 2 episodios de FA previos) número de episodios previos de FA, edad y sexo, y riesgo de eventos embólicos y anticoagulación recibida
Relealizó un test de chi cuadrado para evaluar la utilización de amiodarona según el cuadro de presentación y un modelo de refresión logística para evaluar el efecto independiente de diferentes caacterísticas clínicas y tratamientos recibidos en el uso de amiodarona.

Resultados: n=574, edad promedio 66 años, 54.5% hombres, 72.8% ingresaron luego de una CVE exitosa de una FA persistente, 9.4% luego de al menos 2 episodios de FA y 17.8% por ambos criterios. La utilización de amiodarona fue de 61.7%. La utilización en caso de cardioversión exitosa de una FA persistente fue de 62.2%, en los pacientes con 2 episodios previos de FA fue de 53.7%, y aquellos con ambos criterios 63.7% (p=0.43).
El score CHADS2 mayor o igual a 2 (OR 1.6 IC95% 1.1-2,35 p=0.01), uso de anticoagulación (OR 3.8 IC95% 2.5-5.8 p<0.001, y uso de aspirina (OR 2.1 1.42-3.1 p<0.001). Las formas de presentación (FA persistente revertida o 2 episodios previos de FA en 6 meses) ni el numero de epidosios en los ultimos 6 meses no se asociaron en forma significativa al uso de amiodarona. Los pacientes bajo amiodarona presentaron mayor uso de antocoagulación (77.9% vs. 50.7%).

Conclusiones: A pesar de constituir una población de relativo bajo riesgo de recurrencia de FA, 6 de cada 10 pacientes recibió amiodarona. Esta indicación no varió en función de la forma de presentación que también se asocia diferentes riesgos de recurrencia. Sin embargo, a pesar que se podría considerar que en los pacientes bajo amiodarona se priorice una estrategia de control de ritmo con menor uso de anticoagulación, la utilización de anticoagulacion fue, en contra de lo esperado, mayor en el grupo amiodarona, aun con similar riesgo embólico. La elevada utilización de amiodarona en nuestro medio para prevención de recurrencia de FA podría asociarse más a un patrón arraigado en nuestro país que al riesgo de recurrencia o riesgo embólico.

0139 - EFICACIA DE UN SEGUNDO PROCEDIMIENTO EN RECURRENCIAS DE SUSTRATOS ARRITMOLÓGICOS SIMPLES

Dr. OLMEDO, Julián Andrés | MOLTEDO, José Manuel | SCHNETZER, Natalia | COHEN ARAZI, Hernán | ABELLO, Mauricio Sebastián

FLENI

Objetivos: La eficacia de la ablación por radiofrecuencias (ARF) de sustratos arrítmicos simple es de ~ 95% con una recurrencia en el seguimiento del 3 al 5%. Se ha demostrado que en la fibrilación auricular, una segunda ARF aumenta aún más la tasa de eficacia definitiva; sin embargo no se conoce dicha información en sustratos simples. El objetivo de este trabajo es demostrar la eficacia de una segunda intervención en sustratos simples.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 299 ptes consecutivos que ingresaban para ARF de sustratos simples como, taquicardias intranodales (TIN), vías accesorias (VAc), aleteos auriculares comunes (AA), taquicardias auriculares (TA) y taquicardias ventriculares idiopáticas (TV). Se analizaron las tasas de eficacia y recurrencia (Rec) del primer procedimiento, y las de la segunda intervención en el caso de las que se la realizaron.

Resultados: De los 299 ptes, 155 (52%) fueron VAc, 76 (25%) TIN, 37 (12%) AA, 18 (6%) TA y 15 (5%) TV. La eficacia global fue del 96%. En el caso de los AA y las TIN, fue exitosa la ARF en un 100% y en las VAc, TA y TV fue del 95, 94 y 80 % respectivamente. Hubo un total de 17 recurrencias (Rec) durante el seguimiento (6%). La Rec según cada sustrato fue de 11 (65%) para VAc, 2 (11%) en TIN, 3(18%) de las TA y 1 (6%) en el caso de las TV. No hubo recurrencias en los pacientes con AA. De los pacientes que recurrieron durante el seguimiento, 7 (41%) fueron expuestos a una segunda intervención (5 VAc, 1 TIN y 1 TA). La tasa de eficacia en este grupo fue del 100% y ninguno presentó Rec en el seguimiento de 27 ± 25 meses (min: 8 max. 72).

Conclusiones: La tasa de eficacia en aquellos pacientes sometidos a una segunda ablación por radiofrecuencia fue del 100 % sin recurrencias en el seguimiento, con lo cual se deber considerar fuertemente su indicación en estos casos.

0140 - EVALUACIÓN DE LA CONDUCCIÓN V-A TRAS LA ABLACIÓN POR RADIOFREUCUENCIA DE LAS VÍAS ACCESORIAS

Dr. OLMEDO, Julián Andrés | ABELLO, Mauricio Sebastián | SCHNETZER, Natalia | COHEN ARAZI, Hernán | MOLTEDO, José Manuel

FLENI

Objetivos: La conducción VA a través del nodo AV está ausente en el ~40% de los pacientes sometidos a un estudio electrofisiológico y se desconocen los motivos de la discordancia entre conducción AV y VA. En ptes con vías accesorias (VAc) con conducción retrógrada no es infrecuente observar tras la ablación de la vía, disociación VA, sin embargo, aún no se conoce con precisión su prevalencia y si está asociada con determinada localización de VAc.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 82 pacientes consecutivos sometidos a estudio electrofisiológico que presentaran conducción VA por una VAc y que fueron ablacionados exitosamente. Se determinaron diferentes regiones del anillo AV para la evaluación: septales, pared libre izquierda y pared libre derecha. Se estudió la asociación entre conducción VA según estas regiones, así como su relación con el tipo de conducción (VAc bidireccionales y con VAc ocultas).

Resultados: En 18/82 (22%) pacientes se observó disociación VA tras la ablación de la VAc. Analizadas por localización de VAc la disociación se observó en 6/25 (24%) ptes con VAc septales, en 7/37 (19%) con VAc izquierdas y en 5/20 (33%) con VAc derechas (P=0,36). Analizados de acuerdo a su conducción, 6/20 (30%) con VAc ocultas y 12/62 (19%) con VAc manifiestas presentaban disociación VA (P=0.24). Entre los pacientes con VAc derechas, los 10 ptes (100%) con VAc localizadas entre hora 6 y 9 del anillo tricuspideo presentaban conducción VA, mientras que 5/9 (55%) con VAc localizadas entre hora 9 y 12 presentaban disociación VA.

Conclusiones: La presencia de disociación VA tras la ablación de una vía accesoria se evidencia en el 22% de nuestros pacientes. No parece haber una asociación con el tipo de conducción ni con la localización de las vías accesorias. Las haces anómalos derechos tienen algunas características distintivas que deben ser evaluadas con un mayor número de pacientes.

0141 - EVALUACION DEL SINCOPE EN PACIENTES DERIVADOS PARA REALIZAR ESTUDIO DE TILT TEST

Dr. VALERA, Nicolás | ONETTO, Leonardo | Tec. TOMASSINI, Luciano Daniel | Dr. KEEGAN, Roberto Orlando

HOSPITAL PRIVADO DEL SUR (B.Blanca)

Objetivos: Analizar cómo se evaluaron a los p con sincope derivados para realizar una prueba de tilt test.

Materiales y Métodos: Se analizaron prospectivamente todos los pacientes consecutivos derivados al servicio de electrofisiología del Hospital Privado del Sur de Bahía Blanca entre el 04/06/2009 y 06/05/2011 para la realización de una prueba de tilt test. Se recolectaron los datos en base al interrogatorio del p y el análisis de los estudios que se le solicitaron. Se incluyeron los pacientes que consultaron por uno o más episodios de sincope. Se excluyeron los pacientes que presentaron episodios de pérdida transitoria de conocimiento no sincopales (PCNS) y trastornos con alteración de la conciencia sin pérdida del conocimiento asociado o no a cuadros sincopales; tampoco se incluyeron los p que no sabían referir con precisión que pruebas diagnósticas que le realizaron. Se analizaron las características basales y estudios solicitados.

Resultados: Durante el periodo de inclusión se derivaron 214 p para la realización de un tilt test. Se excluyeron del estudio 31p, 8 con PCNS, 3 con caídas, 6 con mareos y 14 sin datos de los estudios realizados. Se incluyeron 183 p. El 39,9 % eran hombres, la mediana de edad fue de38 años. Al 51.9% de los pacientes se le realizaron una o más pruebas no indicadas para la evaluación del sincope: 15,9 % Eco doppler de vasos cuello, 30,6 % eletroencefalograma y/o mapeo cerebral, 10.4 % RM de encéfalo y 24,6% TAC de encéfalo no solicitada por un traumatismo encefalocraneano. Por otro lado solo al 1,1% se le realizó test ortotático y al 1,12 % de los p mayores de 40 años refirió que se le realizó masaje del seno carotideo.

Conclusiones: En la población analizada, una importante proporción de pacientes con sincope no son evaluados de acuerdo a las recomendaciones actuales lo que podría redundar en un importante e innecesario incremento de los costos y escaso rendimiento diagnóstico.

0142 - PREDICTORES DE FIBRILACIÓN AURICULAR POST ABLACIÓN DE ALETEO AURICULAR TÍPICO

Dr. PEREZ ETCHEPARE, Raul | MALDONADO, Sebastian | LLORENTE, Jose | PIZARRO, Rodolfo | MAID, Gustavo Fabian | CAGIDE, Arturo Miguel

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: El propósito de este estudio fue evaluar los predictores de desarrollo de fibrilación auricular (FA) post ablación de aleteo auricular (AA) durante el primer año de seguimiento

Materiales y Métodos: Noventa y tres pacientes consecutivos que fueron sometidos a ablación de AA se evaluaron prospectivamente. Se analizaron variables clínicas, electrocardiográficas (onda P) y ecocardiográficas (fracción de eyección (FE), tamaño de aurícula izquierda y derecha, grado de insuficiencia mitral y disfunción diastólica).

Resultados: Noventa y tres pacientes fueron evaluados: edad 64 ± 17 años, varones 77 %; FE : 59 ±5 %. La ablación exitosa del AA se logró en 87 pacientes (94 %). Treinta y nueve pacientes (31 %) desarrollaron FA después de la ablación dentro del año de seguimiento. El análisisis univariado mostró como predictores con significación estadística la FE <50 % (p=0.01), el tratamiento previo con estatinas (p=0.01) y con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (p=0.01). El análisis multivariado mostró como variables predictoras independientes para el desarrollo de FA post ablación de AA, el tratamiento previo con estatinas (OR: 2.6; IC 95 %: 1.29-6.5) y la FE < 50 % (OR: 1.16 ; IC 95 % : 1.03 -7.52).

Conclusiones: En pacientes a los que se les realiza una ablación de aleteo auricular, el desarrollo posterior de FA es frecuente. El tratamiento previo con estatinas y la disfunción sistólica del ventrículo izquierdo se asociaron con un incremento del riesgo de desarrollar FA post ablación del AA.

0143 - NUEVO SCORE CHA2DS2-VASC EN FIBRILACIÓN AURICULAR AGUDA. COMPARACIÓN ENTRE CHADS2 VS. CHA2DS2-VASC AL ALTA DE UNIDAD CORONARIA.

Dra. CIPRIANO, Silvina | CHARASK, Adrian | GRANADA AYALA, Carolina | RODRIGUEZ, Santiago | CASTILLO COSTA, Yanina | FAIRMAN, Enrique | MAURO, Victor | BARRERO, Carlos

CLINICA BAZTERRICA - CLINICA SANTA ISABEL

Objetivos: La fibrilación auricular (FA) es una causa principal de internación en unidad coronaria (UCO) y la prevención de cardioembolias es uno de sus aspectos más relevantes; el CHADS2 ha sido una herramienta útil para valorar este aspecto y actualmente se ha modificado a CHA2DS2-VASc.
Objetivos: 1) Individualizar la prevalencia de los componentes de cada score; 2) Evaluar el alto y bajo riesgos de embolias con cada score.

Materiales y Métodos: Material y métodos: Se analizaron 215 pacientes (p) mediante la epicrisis computada (Epi-Cardio) de septiembre-2006 a abril-2011 con FA como primer diagnóstico de egreso.
1) CHADS2 (C insuficiencia cardíaca; H hipertensión arterial; A edad mayor o igual a 75 años; D diabetes; S accidente cardiovascular por 2 y 2) CHA2DS2-VASc (C; H; A por 2; D; S por 2; V enfermedad vascular; A1 edad 65-74 años y Sc género femenino) Alto riesgo: mayor o igual a 2.

Resultados: Resultados: edad 69a(53-78), hombres 62%(edad 65 (49-75) y mujeres 38% (edad 76(63-83).

n: 215	C	H	A	D	S	V	A1	Sc
Prevalencia %	4,2	55,8	35,3	9,8	5,1	6,5	25	38,5

Puntaje	0	1	2	3	4	5	6
CHADS2 %	34	31,6	23,7	6,5	4,2	-	
CHA2DS2-VASc %	19,1	19,5	18,6	17,2	18,6	4,2	2,8

Población total 215	CHADS2	CHA2DS2-VASc	OR e IC95%	P
Alto riesgo (n/total) %	74/215 (34,4%)	132/215 (61,4%)	2,1 1,1-4,2	<0,01

Conclusiones: El score CHA2DS2-VASc incrementa en nuestra población la prevalencia de pacientes de alto riesgo casi al doble a expensas de la edad (mayor o igual a 75 años, doble puntaje), género femenino y en menor medida los antecedentes vasculares. Implicancia clínica: la edad avanzada per se identifica al alto riesgo embólico mientras que para los p más jóvenes se requiere de la conjunción de otras variables.

0144 - PROTOCOLO ABREVIADO DE TILT TEST SENSIBILIZADO EN PACIENTES CON SINCOPE VASOVAGAL. EXPERIENCIA DE UN CENTRO.

Dr. SORIANO, Lisandro | VENTURA, Alejandro | ENCIZO, Elizabeth | LOPEZ, Marisa | TASSO, Damian | MENESES, Rafael | COLOMBO, Mauricio

INSTITUTO DEL CORAZON CORDIS

Objetivos: comparar el rédito diagnóstico del tilt test sensibilizado (TTS) con dinitrato de isosorbide sublingual (DNI) en diferentes dosis y tiempos de administración, con el protocolo sin sensibilizar (TTNS).

Materiales y Métodos: se evaluaron pacientes (p) con síncope vasovagal (SV) diagnosticado por interrogatorio, examen físico, ECG y Ecocardiograma, sometidos a estudios de TT, utilizando un registro prospectivo con diferentes protocolos.

Resultados: de los estudios de TT realizados entre julio de 2006 y enero de 2011 se registraron 95 p con SV, 37±22 años, 64 mujeres (67%), 87% sin cardiopatía presente y 90% con ECG normal. Se dividieron los p en 2 grupos (G). GA: TTNS, 36 p, 28±22 años. Test positivo: 21p (62%), tiempo del inicio de la prueba al síncope 23±10 min. GB: TTS 59 p, 43±20 años. Test positivo 48p (82%), tiempo al síncope 33±10.
El GB fue dividido según la dosis de DNI en GB1 (1.25 mg): 21p. TTS positivo 15p (71%), tiempo al síncope 12±6 min. Hipotensión secundaria al DNI 1 p (5%). GB2 (DNI 2.5 mg): 38p. TTS positivo 33p (87%). Hipotensión secundaria al DNI 4p (11%).
Cuando se compararon el tiempo de administración del DNI a 10 y 20 minutos de la prueba, no hubo diferencias significativas en cuanto al rédito diagnóstico del TT (P=NS).
10 min: 10p. TTS positivo 10p (100%). Tiempo al síncope 27±8 min.
20 min: 49 p. TTS positivo 38p (78%)Tiempo al síncope 35±10 min.

Conclusiones: . Se observó que el TTS fue mas sensible que el TTNS en el diagnóstico del SV (P<0.05).
. No hubo diferencias significativas entre la administración del DNI a los 10 o 20 min de la prueba, lo que permitiría acortar el tiempo del estudio.
. La dosis de DNI 2,5 mg demostró mayor sensibilidad pero con mayor número de p que presentaron hipotensión inmediata por la droga.

0145 - VALOR DIAGNOSTICO DEL REGISTRADOR DE EVENTOS IMPLANTABLE EN PACIENTES CON SINCOPE RECURRENTE DE CAUSA DESCONOCIDA.

Dr. MALDONADO, Sebastian | Dr. PEREZ ETCHEPARE, Raul | LLORENTE, Jose | Dr. MAID, Gustavo Fabian | Dr. CAGIDE, Arturo

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: El registrador de eventos implantable (REI) esta indicado en la investigación del sincope recurrente. El propósito del presente estudio fue determinar el rédito diagnóstico del REI en la evaluación del sincope de origen desconocido en nuestra práctica

Materiales y Métodos: se incluyeron 23 pacientes con episodios reiterados de sincope de origen desconocido a quienes se les había realizado un estudio electrofisiológico que resultó negativo. Todos los pacientes fueron seguidos al menos hasta la repetición del episodio sincopal con el REI implantado. El seguimiento promedio fue de 7,2 meses ± 6,1.

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes (79,5±8 años, 47,8% varones) que recibieron un REI (Reveal DX). La edad del primer episodio sincopal fue 78±8,7 años, el número de episodios sincopales fue 3,17 ±1,9. La fracción de eyección en los pacientes estudiados fue de 55,5 ±15,4.
Durante el estudio 10 pacientes (43,5%) tuvieron recurrencia del sincope. Dos pacientes tuvieron recurrencia de sincope sin registro diagnóstico en el REI. El REI sirvió para determinar la causa de sincope en 8 (34,8%) pacientes. Del total de pacientes con eventos se observó pausas sinusales en 4 (50%) pacientes, bloqueo AV en 2 (25%) pacientes, fibrilación auricular de alta respuesta ventricular en 1 (12,5%) paciente y en un caso se observó sincope vasovagal (12,5%).
De los pacientes con sincopes recurrentes 8 (75%) recibieron un tratamiento específico luego del implante del REI. Seis (75%) recibieron marcapasos, 1 (12,5%) tratamiento antiarrítmico y 1 (12,5%) tratamiento para el sincope vasovagal.
El tiempo promedio que transcurrió desde el implante del REI hasta el nuevo episodio sincopal fue de 6,05±6,6 meses.

Conclusiones: : La ausencia de registro diagnóstico en el REI en 2 pacientes con recurrencia de sincope sirvió para descartar la causa arrítmica.
Este estudio muestra la capacidad diagnóstica del REI en pacientes con sincope en nuestra población.

0146 - ¿EN LA ERA DE LOS STENTS LIBERADORES DE MEDICAMENTO DEBEMOS REALIZAR REVASCULARIZACIÓN COMPLETA?

Dr. PASCUA, Julio Andrés | NUÑEZ, Pablo Eduardo | CASARINI, Maria Jesus F. | ROLDAN, Miran Carina | ORDOÑEZ, Maria Victoria | BRETAL, Raul

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

Objetivos: Comparar las características, manejo y evolución de pacientes con enfermedad de múltiples vasos (EMV) de acuerdo a si se realizó revascularización completa (RC) o incompleta (RI).

Materiales y Métodos: Pacientes con EMV ingresados consecutivamente a hemodinamia en plan de angioplastia. Los pacientes fueron agrupados de acuerdo a si se realizó RC o RI, decisión a cargo del médico tratante. Se realizó un seguimiento telefónico al 95% de los pacientes; el cual fue en promedio de 14 meses. Se compararon las características clínicas, angiográficas y los eventos con los test de student y chi cuadrado según correspondiera.

Resultados: Se incluyeron entre octubre del 2007 y enero del 2010; 126 pts con EMV; 92 (73%) con RI y 34 (27%) con RC. No se observaron diferencias en las características clínicas, angiográficas, cuadro de admisión y tipo de stent empleado; excepto por mayor antecedente de infarto en el grupo con RI (Tabla 1). La proporción de lesiones oclusivas fue significativamente más alta en el grupo RI comparado con el de RC. La incidencia de eventos fue similar en el grupo de RC y RI: Muerte (5.4% vs. 8.8%), TVR (10.9% vs. 11.8%), MACCE (18.5% vs. 20.6%).Independientemente de si la revascularización fue o no completa, la incidencia de eventos fue mayor en los pacientes que recibieron BMS comparados con los que recibieron DES y combinación de ambos; si bien esto no fue significativo (MACCE: 24.4% vs. 16.1%, muerte o infarto: 15.6% vs. 6.2%). (Tabla 1)

Eventos	Revasc. Incompleta	Revasc. Completa	Valor de *p*
Muerte	5.4%	8.8%	0.49
Muerte e infarto	9.8%	8.8%	0.87
TVR	10.9%	11.8%	0.89
MACCE	18.5%	20.6%	0.79

Conclusiones: En esta población de pacientes la RC no se asoció a una menor incidencia de eventos a los 14 meses de seguimiento. El deterioro moderado a severo de la FSVI y la presencia de oclusiones completas se asociaron al hecho de no realizar una RC.

0147 - ¿SE PUEDE PREDECIR LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE MÚLTIPLES VASOS TRATADOS CON ANGIOPLASTIA Y DISTINTOS TIPOS DE STENTS UTILIZANDO UN SCORE ANGIOGRÁFICO?

Dr. PASCUA, Julio Andrés | NUÑEZ, Pablo Eduardo | CASARINI, Maria Jesus F. | ROLDAN, Mirian Carina | ORDOÑEZ, Maria Victoria | BRETAL, Raul

HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

Objetivos: Comparar las características, manejo y evolución de pacientes con enfermedad de múltiples vasos (EMV) de acuerdo al Score Syntax y dividiéndolos en tres grupos de acuerdo al tipo de stent colocado (convencional, liberadores de droga y combinación de los mismos).

Materiales y Métodos: Población: Pacientes con EMV ingresados consecutivamente a hemodinamia en plan de angioplastia. Los pacientes fueron agrupados de acuerdo al Score Syntax se los dividió en tres grupos Score Syntax alto 33 o más; intermedio 23 a 32 y bajo cuando fue entre 0 y 22. Se realizó un seguimiento telefónico al 95% de los pacientes a los 9 meses de tiempo promedio. Se compararon las características clínicas, angiográficas y los eventos con los test de student y chi cuadrado según correspondiera.

Resultados: Se incluyeron entre octubre del 2007 y enero del 2010; 126 pts con EMV: 43(34.1% con score Syntax bajo; 31(24.6%) con score Syntax intermedio y 52(41.3%) con score Syntax alto. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las características clínicas, angiográficas, cuadro de admisión y tipo de stent empleado, excepto por mayor antecedente de infarto y disfunción del ventrículo izquierdo moderada a severa en el grupo con score Syntax alto.
A pesar de que la revascularización del vaso tratado (TVR) fue diferente en los tres grupos de pacientes definidos en cuanto al tipo de stent utilizado: stents convencionales 15.2%; combinación entre stents liberadores de medicamento y convencionales 10.7% y stents liberadores de medicamento 4%; la incidencia de Muerte, infarto, TVR Y MACCE fue similar en los tres grupos de acuerdo al Score Syntax (Tabla 1).

Eventos	S. Syntax bajo	S. Syntax inter.	S. Syntax alto	Valor de *p*
Muerte	1 (2.3%)	4 (12.9%)	3 (5.8%)	0.18
Muerte e infarto	4 (9.3%)	4 (12.9%)	4 (7.7%)	0.74
TVR	5 (11.6%)	2 (6.4%)	7 (13.5%)	0.61
MACCE	7 (16.3%)	7 (22.6%)	10 (19.2%)	0.79

Conclusiones: En esta población los diferentes grupos de Score Syntax no se asociaron a diferencias en eventos a los 14 meses de seguimiento. Hubo una mayor proporción de pacientes con score Syntax alto tratados con stents liberadores de medicamento como así también una mayor proporción de pacientes con Infarto previo y disfunción moderada a severa de la función ventricular izquierda.

0148 - VALVULOPLASTIA MITRAL PERCUTANEA: EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DEL ÁREA VALVULAR MITRAL.

Dr. BLANCO, Rodrigo Ignacio | SARMIENTO, Ricardo | GIGENA, Gerardo | GAGLIARDI, Juan | LAX, Jorge | BLANCO, Federico | SZARFER, Jorge | RICCITELLI, Miguel

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. ARGERICH

Objetivos: Evaluar la evolución clinica y del área valvular mitral (AVM) pos-valvuloplastia mitral, a largo plazo e identificar predictores de reestenosis en el seguimiento.
Materiales y Métodos: se incluyeron en forma consecutiva 132 pacientes a los que se realizó valvuloplastia mitral (VMP) con catéter balón de Inoue. Se consideró éxito primario cuando se obtuvo un área post VMP >1,5 cm2, con insuficiencia mitral < 2 (clasificación de Sellers). Las variables analizadas fueron edad; puntaje ecocardiográfico de Wilkins (PE), ritmo cardíaco, AVM, presión sistólica pulmonar (PAPs), gradiente diastólico mitral medio, tamaño del balón, diámetro de aurícula izquierda y clase funcional (CF). Luego de la VMP y en el seguimiento, los pacientes fueron evaluados clínicamente y por ecocardiograma doppler durante la hospitalización, al mes, a los 6 meses y posteriormente en forma anual; también se valoró la ocurrencia de los siguientes eventos: muerte cardiovascular, necesidad reemplazo valvular mitral (RVM) o de nueva VMP. Se considero reestenosis (RE) la disminución del AVM < 1.5 cm2 en aquellos pacientes con VMP exitosa. Las variables categóricas fueron expresadas como número y porcentajes y analizadas por test de chi2. Las variables numéricas fueron expresadas como media-DS o mediana e IIC25-75 y analizadas por test T o Kruskal Wallis según correspondía. Se evaluó la relación entre las distintas variables demográficas, ecocardiograficas, clínicas y hemodinámicas con los eventos y la RE en la evolución. Se consideró significativa una p < 0,05.
Resultados: La media de edad fue de 44,6 ± 13,5 años; el 88,5% de los p (115p) eran mujeres. La mediana del área preVMP era de 0,90cm² (IIC25-75: 0,81-1,00), y la PAPs era de 44 mmHg (IIC25-75: 35-52), con un PE de 7 (IIC25-75: 6-9). El 28,3% de los pacientes tenía PE > 8. Se obtuvo éxito primario en 104 p (78,8%). La mediana del AVM luego de la VMP fue de 1,71 cm2 en la población total. En aquellos pacientes en los que el resultado no se consideró exitoso (28 pacientes) el AVM alcanzada fue de 1,26 cm2 (IIC: 1,13 a 1,30). Se observó un descenso de la PAPs de 44 a 30 mmHg y de la presión capilar pulmonar de 23 a 15,5 mmHg. La mediana de seguimiento fue de 48 meses (IIC: 24 a 84 meses). El seguimiento clínico y ecocardiografíco se logró en 119 pacientes. Se observó un descenso muy gradual de la mediana del AVM a través del tiempo: 1,61 (IIC: 1,34 a 1,89), 1,60 (IIC: 1,33 a 1,89), 1,59 (IIC: 1,40 a 1,90), 1,56 (IIC: 1,32 a 1,84) cm2 y 1,54 (IIC: 1,34 a 1,86) a los 12, 24, 36, 48 y 60 meses de seguimiento respectivamente. La incidencia de RE fue del 20,7%, 27,4%, 25%, 28,2% y 29,4% a los 12, 24, 36, 48 y 60 meses de seguimiento respectivamente. Se registraron 3 muertes intrahospitalarias (2,2%) y tres muertes en el seguimiento (2,2%). Se realizó una nueva VMP en 10 pacientes y se indicó RVM en 4 pacientes. En el seguimiento a 4 años se encontraba asintomático el 86,5% (109 p), el 6,3% (8p) de los p presentaba disnea CF II o > y el 3,1% (4 p) presentaba palpitaciones. Luego del análisis univariado las variables asociadas a RE en el seguimiento fueron el PE > 8 (p= 0,04) y el área valvular post VMP < 1,8 cm2 (p=0,02). Luego del análisis multivariado, el área valvular post VMP <1,8 cm2 fue el único predictor de RE (OR: 2,6; IC95%:1,08-6,25).
Conclusiones: La VMP con catéter balón de Inoue es una técnica segura y eficaz, cuyos resultados se mantienen a largo plazo. A pesar que se observa un descenso gradual del AVM a través del tiempo, un alto porcentaje de los pacientes permanecen asintomáticos; aquellos que obtuvieron un área valvular de mayor diámetro luego del procedimiento, son los que presentan una sobrevida libre de reestenosis más larga.

0149 - TRATAMIENTO DE LA ANGINA CRONICA ESTABLE EN MUJERES DERIVADAS AL LABORATORIO DE HEMODINAMIA.

Dr. LAGIOIA, Alberto Manuel | CORIA, Daniela | ARELLANO, Juan | FERNANDEZ, Juan | KANTOR, Pablo | PALACIOS, Alejandro

SANATORIO DUPUYTREN - SANATORIO TRINIDAD PALERMO

Objetivos: Evaluar el tratamiento en las mujeres con angina crónica estable (ACE) e idénticos criterios de selección del estudio COURAGE (Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Agressive Drug Evaluation), derivados al laboratorio de hemodinamia.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, observacional, multicéntrico, que evaluó en forma consecutiva todos los pacientes derivados para la realización de coronariografía en dos centros de la Ciudad de Buenos Aires, desde Noviembre del 2009 a Mayo de 2010.
Los criterios de selección y exclusión fueron los pautados por el estudio COURAGE.Se definió tratamiento médico óptimo (TMO) según el mismo estudio y las guías internacionales (TMO: tratamiento antiagregante plaquetario con aspirina o clopidogrel, anti-isquémico con B bloqueantes, bloqueantes cálcicos, o nitratos combinados o solos, vasodilatador con IECA/ARAII, hipolipemiante con estatinas solas o combinadas con ezetimibe, niacinas o fibratos y ejercicio físico; Parámetros clínicos y de laboratorio TA menor/igual 130/80, FC menor/igual 65 lpm, LDL menor/igual 100 mg%, HDL mayor/igual40 mg%, TG menor/igual150 mg%, HbA 1c menor/igual 7 mg%). Se interrogó a todos los pacientes sobre sus factores de riesgo, antecedentes cardiovasculares, tratamiento médico actual, y se les solicitó un estudio de laboratorio previo a la coronariografía. Posteriormente se informó al médico de cabecera los hallazgos anatómicos, consensuándose la estrategia terapéutica a seguir. Para este subanálisis se seleccionaron pacientes de sexo femenino.

Resultados: Se reclutaron 91 pacientes de sexo femenino (33% del total de la muestra) con una edad media de 68 años. La prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares en esta población fue de: HTA 94%, TBQ 78%, DBT 21%, DLP 90%, AHF 28%, y obesidad 14%, Antecedentes de infarto de miocardio 15%, cirugía de revascularización miocárdica 8%, ATC previa 40%, accidente cerebrovascular 1%, insuficiencia cardíaca 3%. La mayoría de la población se encontraba sintomática 63% y su clase funcional era: I 37%, II 42% y III 21%. El 90% tenía una prueba funcional positiva para isquemia. En cuanto al tratamiento médico previo a la intervención era: Aspirina 90%, Beta bloqueantes 50%, IECA/ARAII 71%, Estatinas 90%, Clopidogrel 37%, Bloqueantes cálcicos 20% y Nitratos 25%.
Los parámetros hemodinámicos y de laboratorio: FC menor/igual a 65 lpm 43%, TA menor/igual130 /80 mmHg 60%, LDL menor/igual 100 mg/dl 15%, HDL mayor/igual 40 mg/dl 42%, TG menor/igual 150 mg/dl 85%, HbA 1c menor/igual 7 mg/dl 20% y actividad física 22%. En definitiva solo el 32% de los pacientes se encontraba con el tratamiento farmacológico completo definido por el estudio COURAGE.
Aun así en el 97% de los casos se decidió por la ATC (3 % se optó por el tratamiento conservador).

Conclusiones: A pesar de lo demostrado por el estudio COURAGE, los resultados de este subanálisis demuestran que solo un pequeño porcentaje de pacientes de sexo femenino tenían un tratamiento médico óptimo y sus factores de riesgo controlados. Aún así, la mayoría fue sometida a un tratamiento intervencionista.

0150 - INFARTO DE MIOCARDIO Y ENFERMEDAD DE MULTIPLES VASOS. CARACTERISTICAS CLINICAS Y EVOLUCIÓN.

Dr. GARCIA ESCUDERO, Alejandro Mario | SZARFER, Jorge | Dra. RODRIGUEZ, Andrea Silvina | GIGENA, Gerardo | BLANCO, Rodrigo | BLANCO, Federico | GAGLIARDI, Juan | RICCITELLI, Miguel

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. ARGERICH

Objetivos: La presencia de enfermedad de múltiples vasos (EMV) en el contexto del IAM tratado con angioplastia (ATC) primaria, sus imlpicancias y manejo es aun un tema controvertido.
El objetivo fue analizar la evolución clínica y angiográfica a 6 meses de los pacientes que fueron sometidos a una (ATC), primaria y enfermedad de múltiples vasos, sin tratamiento endovascular de lesiones no culpables en el momento de la ATC primaria.

Materiales y Métodos: Se analizaron en forma prospectiva todos aquellos pacientes que ingresaron con diagnóstico de IAM y presentaban más de 1 vaso coronario con lesión significativa (>70%). Se excluyeron aquellos pacientes que ingresaron con o desarrollaron shock cardiogenico, los fallecidos en el período de observación por causas no cardiovasculares y aquellos que requirieron una nueva intervencion de revascularización antes del alta (CRM o ATC).
Se analizaron las características clínicas y angiográficas involucradas en el momento de la intervención y a los 6 meses y se compararon con los pacientes que tenian enfermedad de 1 vaso.
Las variables cualitativas se muestran como n y % y se analizaron con chi cuadrado. Las variables cuantitativas se analizaron con test de t o varianza según correspondiera. Se considero significativo p < 0,05.

Resultados: Se incuyeron 534 pacientes, de los cuales 308 tenían EMV (57,9%) y 224p (42,1%) presentaban lesión de 1 vaso. Los pacientes con EMV respecto a los de 1 vaso, tenían mayor prevalencia de dislipemia (51,4% vs 43,8%; p=0,05), diabetes (18,3% vs 12,6%; p=0,04), hipertensión (58,2% vs 46,9%, p=0,006) e IAM previo (26,6% vs 5,2%; p<0,0001). El reso de las variables clínicas no presentaron diferencias signficativas. Se observó mayor presencia de circulación colateral en los pacientes con EMV.
En la tabla se resumen los eventos en el seguimiento.

	Múltiples Vasos (%)	1 Vaso (%)	p	OR	IC 95%
reestenosis	27,3	18,4	0,01	1,66	1,05-2,63
sintomas	24,2	9,5	<0,0001	3,05	1,74-5,36
progresion	15,8	9,0	0,01	1,90	1,04-3,46
mortalidad	4,6	4,3	0,43	0,92	0,37-2,28

Conclusiones: Los pacientes con IAM y EMV presentan mayor progresión de la enfermedad en otros vasos, más sintomas en la evolución y mayor tasa de reestenosis en la ARI. Sin embargo, no existieron diferencias en la necesidad de nueva ATC, CRM y mortalidad.
Estos datos indicarían que no es necesario realizar la intervencion de multiples vasos en el momento agudo.

0151 - ANGIOPLASTIA CORONARIA CON DES EN LESIONES DE BIFURCACIÓN MEDIANTE TÉCNICA DE "CRUSHING STENT" RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS Y A MEDIANO PLAZO.

Dr. SCAGLIA, Juan Andres | LARRABURU, Alfredo | CRESPO, Marcelo | MURYAN, Sergio | ARRINDA, Javier | GARIGLIO, Luis | MIANO, Jorge | MRAD, Jorge

SANATORIO DE LOS ARCOS - CLINICA OLIVOS

Objetivos: El uso de stents liberadores de drogas tipo Taxus o Cypher (DES) ha permitido desarrollar nuevas técnicas para el tratamiento de lesiones complejas, como las bifurcaciones, cuyos resultados aún son inciertos.
Evaluar los resultados intrahospitalarios y a mediano plazo del implante de DES en el tratamiento de lesiones en bifurcaciones coronarias (LBC) mediante técnica de "crushing stent" (TCS)

Materiales y Métodos: Entre enero de 2008 y mayo de 2011 se realizaron 1348 ATC en LBC, de las cuales 48 ATC fueron mediante TCS. Se definió éxito angiográfico (EA) a la obstrucción residual < 30% en las ramas con stents y a la presencia de flujo TIMI grado 3 en ambas ramas. Éxito clínico (EC) al EA en ausencia de muerte, infarto con nuevas ondas Q, cirugía de revascularización miocárdica de urgencia (CRM), necesidad de revascularización del vaso culpable.
Características de la población: 48 pacientes (p), con 48 LBC tratadas con TCS, edad 63.4±12.2 años, sexo masculino 39(81%)p., HTA 39(81%)p., DBT 19(40%)p., DLP 29(60%) p. tabaquistas 14(30%)p. Antecedentes cardiovasculares: IAM 19(40%)p., CRM 7(15%)p. Características clínicas: Isquemia silente 15p, Angina crónica estable 11p, Angina Inestable 17p, IAM 5p. Se trataron: DA 14 les., Cx 6 les., TCI 10 les.(7 no protegidos). Tipo de bifurcación según Medina: 1, 0,1:8 lesiones (les.)1, 1,1:14 les., 1,0,0:9 les., 0,1,1:12 les.,1,1,0: 5 les. con respecto al ángulo de emergencia de la rama secundaria: Y en 32 les. y en T en 16 les.

Resultados: Resultados: Se utilizaron 96 stents Cypher, el diámetro de la rama principal fué 3.2 ± 0.4 mm2, y el diámetro de la rama secundaria fue 2.8±0.6 mm, 46les. de novo, 2les. Reestenosis. Se realizó kissing balón final en el 100% de los crushing. Media seguimiento 19± 5 meses (94%). Éxito clínico intrahospitalario: 46(95%) ptes, 2p. OCA (1 vaso ppal 1 vaso secundario). Evolucionaron libre de eventos 43p (89%), una reestenosis que se trató con balón, 4 Obitos (2 Relacionados, 2 no Relacionados)

Conclusiones: El tratamiento de lesiones en bifurcación mediante técnica de "crushing stent" presentó una alta tasa de éxito angiográfico y una baja incidencia de eventos clínicos tanto en el periodo intrahospitalario como en el seguimiento a mediano plazo.

0152 - PREDICTORES CLÍNICOS DE NO-REFLOW EN LA ANGIOPLASTIA CORONARIA POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Dr. GAGLIARDI, Juan Alberto | GARCIA ESCUDERO, Alejandro | SZARFER, Jorge | GIGENA, Gerardo | SARMIENTO, Ricardo | TRAVETTO, Carolina | BLANCO, Federico | RICCITELLI, Miguel

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. ARGERICH

Objetivos: El fenómeno de no-reflow en el contexto de la ATC en el IAM es un hecho frecuente y que se asocia con peor resultado.
Establecer predictores clínicos de no-reflow antes del inicio del procedimiento podría ayudar a tomar medidas preventivas para evitarlo y por consiguiente mejorar los resultados.
Objetivo: establecer predictores clínicos de no-reflow en el contexto de la ATC por IAM.

Materiales y Métodos: Se analizaron prospectivamente 879 pacientes tratados con ATC por IAM de menos de 12 hs de evolución.
Se consideró no-reflow a la presencia de flujo TIMI 0/1 pos-ATC inmediato. Se analizaron variables demográficas, factores de riesgo coronario, antecedentes y ventana al tratamiento.
Se realizó un análisis multivariado por regresión logística múltiple para determinar el valor pronóstico independiente de las variables relacionadas al no-reflow.

Resultados: Se incluyeron 879 pacientes derivados para ATC por IAM de hasta 12 hs. de evolución. Edad: 58,3 ± 11,3 años, sexo masculino: 82,7%. 91 pacientes (10,4%) presentaron no-reflow. No se observaron diferencias en prevalencia de FRC o extensión de la enfermedad coronaria. 91 pacientes (10,4%) presentaron no-reflow. El mismo se asoció en el análisis univariado con mayor edad (62 vs 57 años; p=0,0003), antecedente de IAM previo (25,9 vs 15,7%; p=0,01), presencia de shock al ingreso (25,8 vs 12,3%; p=0.0004) y mayor ventana al tratamiento (340 min (IIC: 240-585) vs 274 (185-420); p=0,012).
No se observó relación con el tipo de ATC (primaria o rescate), arteria responsable o factores de riesgo coronario.
El análisis multivariado determinó que fueron predictores independientes de no-reflow: la edad >60 años (OR: 1,74 (IC95%: 1,00-3,03); el shock al ingreso (OR: 1,97 (1,01-3,85) y la ventana >360 min (OR: 1,86 (1,07-3,23).

Conclusiones: La demora al tratamiento, la edad mayor de 60 años y la presencia de shock al ingreso resultaron predictores independientes de no-reflow en la ATC por IAM. Establecer estos factores al ingreso podría ser útil para determinar mejoras en la estrategia de tratamiento con el fin de mejorar los resultados.

0153 - LA TROMBO-ASPIRACION CORONARIA ¿MEJORA LA PERFUSION CORONARIA OBTENIDA LUEGO DE UNA ANGIOPLASTIA PRIMARIA?

Dr. ZAIDEL, Ezequiel Jose | SZARFER, Jorge | Dr. GARCIA ESCUDERO, Alejandro Mario | RODRIGUEZ, Andrea | BLANCO, Federico | GIGENA, Gerardo | GAGLIARDI, Juan | RICCITELLI, Miguel

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. ARGERICH

Objetivos: En los últimos años se ha desarrollado la trombo-aspiración como terapéutica adyuvante a la angioplastia (ATC). Los resultados de estudios aleatorizados arrojan resultados contradictorios, que podrían deberse a la aplicación universal de la técnica sin racionalidad en la elección adecuada pacientes.
El objetivo de este trabajo es evaluar el grado de perfusión coronaria microvascular utilizando trombo-aspiracion al inicio del procedimiento (ATC) en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio (IAM) con evidencia angiográfica de la presencia de trombo en el sitio de la lesión responsable.

Materiales y Métodos: Se analizaron prospectivamente 300 pacientes ingresados sucesivamente al laboratorio de hemodinamia con IAM supra ST y menos de 12 horas de evolución, se realizó tromboaspiración previa a la primer insuflación del balón a 48 pacientes que mostraban, en el angiograma inicial, imagen de trombo en la lesión objetivo. Realizándose en los demás casos sólo angioplastia con balón e implante de stent. Se evaluó con el score TIMI, el conteo TIMI de cuadros corregidos y perfusión miocárdica por grados de perfusión miocárdica descripta por Gibson (Grado 1: Opacificación persistente; el contraste entra en la microvasculatura, pero no pasa normalmente a la fase venosa: se detecta "tinción persistente" al inicio de la siguiente inyección, Grado 2: Opacificación y lavado retrasados, la tinción miocárdica es evidente al final de la inyección luego de 3 latidos de lavado. Grado 3: Opacificación normal: entrada y salida del contraste de la microvasculatura con velocidad normal) pos-implante del stent. Análisis estadístico: para diferencias: prueba de t de Student, Chi cuadrado, Variaza según correspondiera, análisis univariado para asociación.

Resultados: No hubo diferencias en Edad (56,8±9,8 vs. 59,9±11,9 años), Sexo femenino (16,6 vs. 19,4), historia previa, características demográficas, angiográficas, tipo de procedimiento (ATC Primaria o rescate), tiempo de inicio de los síntomas a la reperfusión y factores de riesgo, excepto en la asociación inversa de visualización angiográfica de trombo e historia de dislipemia, 14/48 (30%) vs. 118/252 (47%),(OR 0,47 [95%IC 0,22-0,98] p=0,0215). La trombo-aspiración se asoció a una mayor tasa de obtención de blush de perfusión miocárdica grado 3 (41/49 (85,4%) Vs. 151/252 60%; OR 4,32 [95%IC 1,55-12] p=0,0012).

Conclusiones: En una cohorte de pacientes de un único centro que ingresaron al laboratorio de hemodinamia con diagnóstico de IAM con elevación del ST, la historia de dislipemia tuvo una asociación inversa con la observación de imagen angiográfica de trombo al inicio del procedimiento. En este grupo de pacientes con imagen angiográfica de trombo coronario en la lesión diana, la aspiración del mismo, antes de la primera insuflación de balón, se asoció con una mejor perfusión miocárdica al final del procedimiento, valorada por medio de la tasa de obtención de TIMI de perfusión miocárdica grado 3.

0154 - TROMBOLISIS VS ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN LA VIDA REAL: RESULTADOS DE UNA EXPERIENCIA HOSPITALARIA

Dra. GITELMAN, Patricia Carmen | Dr. MUÑOZ, Elias Ernesto Fabio | Dra. CROTTO, Karina Andrea | Dr. MIGUELEZ, Pablo Alfredo | Dr. PAYASLIAN, Miguel Oscar | Dr. PIÑEIRO, Carlos Daniel | Dr. GUILLARDOT, Alcides Carlos | Dr. SALZBERG, Simon Mario

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "JUAN A. FERNANDEZ"

Objetivos: A partir del año 2006, la angioplastia primaria (ATCP) ha sido la estrategia de reperfusión imperante en nuestro centro. Antes fue la trombolisis (TL), con la posibilidad de derivación a centros de mayor complejidad.
Objetivos: Comparar la evolución de los pacientes (p) internados por síndrome coronario agudo con supradesnivel del ST (SCACEST) de acuerdo a la estrategia de reperfusión imperante

Materiales y Métodos: Se analizaron epicrisis computadas de 940p que ingresaron a Unidad Coronaria por SCACEST entre enero de 1995 y diciembre de 2010. La muestra se dividió en dos grupos: del año 1995 a 2005 (estrategia TL=666p) y del 2006 al 2010 (estrategia ATCP=270p). Se realizó un análisis univariado con las características demográficas, antecedentes, clínica de ingreso y evolución. Se utilizó el programa EpiInfo 2002.

Resultados: Comparando ambos grupos: la edad fue 59±12 vs 61±12 p=.02, sexo femenino 21 vs 24% pNS. Antecedentes: cirugía de revascularización 1.2 vs 1.1%, infarto 13 vs 14%, angina crónica 10.5 vs 4% e insuficiencia cardiaca 2.5 vs 2% pNS. Factores de riesgo: tabaquismo 58 vs 50 (p<.05), diabetes 14.5 vs 17%, dislipemia 32 vs 29%, hipertensión arterial 47 vs 49% pNS. Presentación: localización anterior. 44.5 vs 45%, Killip>1: 17 vs 17.5% pNS, horas de evolución al ingreso en mediana e intercuartilos 25/75: 3 (1-9) vs 3 (1-8) pNS, ingreso en las primeras 6 hs (6H): 69,5 vs 71,5% pNS, y dentro de las 12 hs(12H): 82% en ambos grupos. Recibió reperfusión: 73 vs 83% p<.01 (TL: 71 vs 15%; ATCP: 2 vs 68%), entre los que ingresaron en 6H: 87 vs 90% pNS, dentro de 12H: 82 vs 88% p=.02 y aquellos con más de 12H: 32 vs 61% p<.05. Evolución: angina posinfarto (APIAM) 13 vs 3%p<.01; reIAM 3 vs 1.8% pNS; Killip>1: 20 vs 17,5% pNS y falleció 11 vs 9% p= 0.2. Desglosando la mortalidad de acuerdo a las horas de llegada, los que ingresaron en 6H: 11 vs 6% p<.03; 12H: 10.5 vs 7.5% p=0.1; y aquellos que superaron 12H: 14.5 vs 16% pNS.

Conclusiones: Los p con estrategia ATCP fueron más añosos, sin diferencias en las características clínicas ni en los tiempos de llegada. La reperfusión fue mayor en este grupo, el que evolucionó con menos APIAM, sin impacto en la mortalidad global. Esto se atribuyó a una elevada mortalidad en los que ingresaron con mas de 12 hs. de evolución.

0155 - VARIABLES DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON SINDROMES CORONARIOS AGUDOS CON ELEVACION DEL ST. COMPARACION DE SU CUMPLIMIENTO SEGÚN EL GENERO.

Dr. GONZALEZ, Miguel Angel | TRIVI, Marcelo | Dr. PEDERNERA, Gustavo Omar | COSTABEL, Juan Pablo | LALOR, Nicolàs | ALVES DE LIMA, Alberto | PADILLA, Lucio | BELARDI, Jorge

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA) - SANATORIO ANCHORENA

Objetivos: Analizar el grado de cumplimiento en las variables de calidad de atención al egreso de un síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST), y si existe una diferencia en la aplicación tanto en hombres como en mujeres.
Las guías de diagnóstico y tratamiento son sugerencias para decidir implementarlas o no según la situación clínica. La mayor adherencia a éstas ha demostrado presentar una menor tasa de eventos cardiovasculares.
Sin embargo, las guías de variables de calidad de atención (ACC-AHA) marcan un standard de cuidado mínimo para ser aplicados a todos los pacientes (pac). Estas no deberían ser tomadas como una sugerencia sino como una obligación. El elevado cumplimiento asegura una alta prestación y probablemente estos procesos se reflejen en los resultados.
Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo, consecutivo, analítico de pac con SCACEST de menos de 12 hs de evolución tratados con angioplastia primaria, ingresados entre enero 2009 y Diciembre de 2010, en dos centros de alta complejidad con los mismos operadores y sistemática de diagnóstico y tratamiento.
Las variables categóricas se expresaron en porcentajes y se compararon mediante la prueba de X2 o Prueba exacta de Fischer; las variables continuas se expresaron como media o medianas y se compararon con la prueba de t de Student o Wilcoxon. Un valor a dos colas de p < 0.05 fue considerad. o significativo.
Resultados: 182 pac fueron incluídos en el registro, con edad media 61.7 (± 10.9) años, 76.4 % eran hombres, HTA 37.3 %, DBT 13.7 %, Dislipémicos 48.4 %, IAM previo 10.4 % y revascularizados previos por cirugía o angioplastia 14 %, KK ingreso I/II 92.3 %, Función ventricular izquierda (FVI) normal o leve 53.3 %, y presencia de enfermedad de múltiples vasos 42.9 %. La mortalidad intrahospitalaria fue del 3.3 % y en un seguimiento a 6 meses 33 pacientes (18.7 %) tuvieron un evento cardiovascular.

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	P
AAS al Ingreso (%)	99.4	99.5	99.3	NS
AAS al egreso (%)	100	100	100	NS
BBloqueantes al egreso (%)	95.9	96.9	92.5	NS
Estatinas al egreso (%)	100	100	100	NS
Evaluación FVI (%)	85.1	86.7	80	NS
IECA/BRAII al egreso (%)	88.7	91.3	81.3	NS
Tiempo Puerta Balón Mediana (25-75)	65 min (40-95)	70 min (40-90)	60 min (40-95)	NS
Terapia de Reperfusión (%)	100	100	98	NS
Indicación dejar de fumar (%)	0	0	0	NS
Indicación rehabilitación (%)	49	48.8	52.9	NS
Evaluación LDL (%)	0	0	0	NS
Clopidogrel al Alta sin ATC	No corresponde			

Conclusiones: Se observó un alto cumplimiento (83 %) de las variables de calidad de atención en sindromes coronarios agudos con elevación del ST tratados con angioplastia primaria, no encontrándose una diferencia significativa de género en su aplicación.
En función de una mejora continua en la atención de nuestros pacientes y el cumplimiento de las guías de calidad de atención, se ejecutarán acciones en nuestras Instituciones para corregir las variables que no se registran en la historia clínica (indicación de abandono tabaquismo) y determinación sistemática del LDL Colesterol.

0156 - PREDICTORES CLINICOS Y ANGIOGRAFICOS DE MUERTE, REINFARTO O REINTERNACION POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO TRATADOS CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Dr. GONZALEZ, Miguel Angel | TRIVI, Marcelo | RODRIGUEZ, Leandro | CURA, Fernando | Dra. IRIBARREN, Ana Carolina | ALVES DE LIMA, Alberto | NAU, Gerardo | BELARDI, Jorge

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA) - SANATORIO ANCHORENA

Objetivos: Identificar variables clínicas y angiográficas durante la internación por un SCACEST que se relacionan con puntos finales como Muerte, reinfarto o reinternación cardiovascular en un seguimiento a 6 meses. Se describe una alta tasa de eventos en los primeros meses del seguimiento de pacientes (pac) post sindrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST). Sin embargo, la resolución del cuadro inicial por angioplastia primaria, un tratamiento médico óptimo y cambios de estilo de vida podrían modificar esta evolución inicial. Individualizar a los pac que tendrán eventos cardiovasculares es de utilidad para el manejo en situación aguda
Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo, consecutivo con seguimiento telefónico con cuestionario preformado a 6 meses post alta, de pac con SCACEST de menos de 12 hs de evolución tratados con angioplastia primaria, ingresados entre enero 2009 y Diciembre de 2010, en dos centros de alta complejidad con los mismos operadores y sistemática de diagnóstico y tratamiento. Las variables categóricas se expresaron en porcentajes y se compararon mediante la prueba de X2 o Prueba exacta de Fischer; las variables continuas se expresaron como media o medianas y se compararon con la prueba de t de Student o Wilcoxon. Un valor a dos colas de p < 0.05 fue considerado significativo.
Resultados: 182 pac fueron incluídos en el registro, con edad media 61.7 (± 10.9) años, 76.4 % eran hombres, HTA 37.3 %, DBT 13.7 %, Dislipémicos 48.4 %, IAM previo 10.4 % y revascularizados previos por cirugía o angioplastia 14 %, KK ingreso I/II 92.3 %, Función ventricular izquierda (FVI) normal o leve 53.3 %, y presencia de enfermedad de múltiples vasos 42.9 %. La mortalidad intrahospitalaria fue del 3.3 %. 33 pacientes (18.7 %) presentaron un evento en el seguimiento a 6 meses. La mediana de tiempo al evento fue de 144 días (26-203 días rango intercuartilo 25-75). No hubo mortalidad, y fueron reinternados por infarto de miocardio 1 paciente, angina inestable 18 pac (10.2 %), insuficiencia cardíaca 8 pac (4.5 %), necesidad electiva de revascularizar por angioplastia o cirugía 4 pac (2.27 %). De los predictores clínicos, angiográficos, ecocardiográficos y de tratamiento analizados, la única variable identificada con significación clínica para evento cardiovascular en el seguimiento fue la presencia de enfermedad coronaria obstructiva de múltiples vasos ECMV (p = 0,03). No hubo diferencias significativas entre los pac identificados con ECMV y aquellos pac con enfermedad de un solo vaso (EUV) cuando se analizaron según edad, género, antecedentes cardiovasculares, factores de riesgo coronario, KK de ingreso, frecuencia cardíaca y TAS de ingreso y FEVI, excepto en la necesidad de realizar otra coronariografía en el seguimiento (p< 0.003) y una nueva angioplastia coronaria (p < 0.01) (58 % a enfermedad coronaria diferente del vaso culpable inicial)
Conclusiones: Nuestra población con síndrome coronario agudo con elevación del ST reperfundidos con angioplastia primaria presentó una tasa baja de eventos cardiovasculares intrahospitalarios y en el seguimiento a 6 meses. La única variable predictiva de reinternación fue la presencia de enfermedad coronaria obstructiva de múltiples vasos cuyo motivo principal fue angina inestable, con mayor necesidad de realizar una nueva coronariografía y angioplastia coronaria, especialmente en arterias diferentes al vaso responsable del infarto inicial.

0157 - ¿QUE DIA DE LA SEMANA SE PRODUCEN LOS INFARTOS DE MIOCARDIO EN LA ARGENTINA?

Dr. ROSENDE, Andres | Dr. FAILO, Matias | PEREZ, Gonzalo Emanuel | COSTABEL, Juan Pablo | GONZALEZ, Nicolás | ELEIT, Guillermina | LANGE, Juan Manuel | IGLESIAS, Ricardo Mario

CONSEJO ARGENTINO DE RESIDENTES DE CARDIOLOGIA

Objetivos: 1- Valorar la distribución de los casos de infarto agudo de miocardio con supradesnivel del segmento ST (IAM SST) en Argentina acorde a los días de la semana. 2- Determinar si existe alguna variable asociada a un día en particular.
Materiales y Métodos: Estudio observacional, de corte transversal, multicéntrico. En primer término, se analizó la distribución diaria de 696 pacientes con diagnóstico de IAM SST que ingresaron a centros de Argentina que poseen residencia médica, entre diciembre de 2009 y agosto de 2010. Posteriormente se compararon las características de los pacientes ingresados el día de mayor prevalencia durante la semana con los ingresados el fin de semana (sábado y domingo). Se utilizaron el test de chi cuadrado y el test de Student, dependiendo de la variable considerada. Se estableció como diferencia estadísticamente significativa un valor de p<0.05.
Resultados: El lunes fue el día de la semana en que hubo más casos de IAM SST (20.1%). Los pacientes que tuvieron el evento durante este día, comparados con los que lo presentaron durante el fin de semana, fueron en forma estadísticamente significativa más jóvenes (59.5 vs. 63.5 años; p=0.02) y tuvieron una prevalencia menor de diabetes (13.6 vs. 25.3%; p=0.01) y mayor de estrés laboral (16.4 vs. 8.9%; p=0.03. OR 1.77).

Variable	IAM lunes (n=140)	IAM FdS (n=190)	p
Edad (años)	59.5 (+/- 11.9)	63.5 (+/-13.9)	0.02
Hombres	80.7% (113)	78.4% (149	0.61
Dislipemia	45.0% (63)	53.7% (102)	0.11
Tabaquismo	68.6% (96)	64.2% (122)	0.40
Hipertensión	59.3% (83)	66.8% (127)	0.15
Diabetes	13.6% (19)	25.3% (48)	0.01
Sedentarismo	52.8% (74)	55.8% (106)	0.59
Estrés laboral	16.4%(23)	8.9% (17)	0.03
Antecedentes CV	35.0% (49)	36.8% (70)	0.73

Conclusiones: El día de la semana en el cual se presentó el mayor número de casos de IAM SST fue el lunes, en concordancia con registros internacionales. Este hallazgo mostró una fuerte asociación a variables psicosociales, fundamentalmente estrés laboral.

0158 - EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACION DEL SEGMENTO ST, LA FRAGMENTACION DEL QRS EN EL ECG ES UN SIGNO RECIENTE DE IAM NO ST.

Dr. CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustin | FERRER, Leonardo | LEONARDI, Mariela | FORCINITO, Daniela | MONTEROS, Ariel | DIZEO, Claudio | CALDERON, Gustavo

SANATORIO FRANCHIN

Objetivos: La elevación del segmento ST y las ondas Q son signos altamente específicos de Sindrome Coronario Agudos (SCA) Con Elevación del ST (SCACEST), pero no hay ningún signo específico del ECG, de Infarto agudo de miocardio (IAM) no Q o SCA Sin Elevación del ST (SCASEST). La fragmentación del QRS (fQRS) representa el retraso de conducción miocárdica debido a isquemia miocárdica o cicatriz en ptes con enfermedad arterial coronaria.
Nosotros pensamos que la fQRS en el ECG, representa un signo de IAM NO ST.

Materiales y Métodos: Se evaluaron 630 ECG de nuestra base de datos de pacientes con SCA, desde Diciembre del 2007 a Diciembre del 2010. Los ECG fueron obtenidos cada 12 hs, durante las primeras 24 Hs del evento y después diariamente hasta el alta. El fQRS fragmentado en el ECG fue definido por la presencia de, una muesca en la onda R o S o patrón RSRˊ, sin patente de bloqueo de rama derecha, en al menos 2 derivaciones continuas, en el territorio de alguna de las arterias coronarias (DA V1 a V6, CX D1, VL, V6, CD en D2-3 y VF).

Resultados: 108 ptes tuvieron IAM NO ST, 161 IAM ST, y 361 tuvieron SCA sin IAM (grupo control). Fueron excluidos 14 y 96 ECG de ambos grupos por la presencia de BCRD o ritmo de marcapaso. La aparición de fQRS se observó dentro de las primeras 48 hs, en 69 ptes (dentro de las primeras 24 hs, se observó en 50 ptes) con IAM NO ST, y en solo 7 pacientes del grupo control (49% y 5%, p=0.001).
La sensibilidad y especificidad del fQRS fue del 49% y 95% respectivamente (p=0.019).
El valor predictivo positivo y negativo fue del 91% Y 66% respectivamente.

Conclusiones: el fQRS es un signo altamente específico de un IAM NO ST reciente. El 64,8 % de los pac desarrollo un fQRS en las primeras 24 hs y un 27,2 % dentro de las primeras 48 hs del evento.

0159 - PREDICTORES DE DERIVACIÓN A CENTROS DE MAYOR COMPLEJIDAD EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST.

Dr. GONZALEZ, Nicolas | MATTA, Maria Gabriela | PEREZ, Gonzalo | COSTABEL, Juan Pablo | D'AMICO, Andres Eduardo | SECCO, Lucrecia | PIZARRO, Rodolfo | IGLESIAS, Ricardo

CONSEJO ARGENTINO DE RESIDENTES DE CARDIOLOGIA

Objetivos: Identificar aquellos pacientes con requerimiento de complejidad avanzada con el objetivo de determinar quienes se beneficiarían con la derivación a centros de mayor complejidad.

Materiales y Métodos: Desde Noviembre del 2009 a Agosto del 2010 se registraron los datos de 705 pacientes con SCAEST. La edad promedio fue de 62 ±12 años; 78% sexo masculino; 21% diabeticos; 51% dislipémicos e hipertensión en 63%. Ingresaron con KK A 521 p (74%) y presentaron antecedentes de IAM 96 p (13%).
Se determinaron predictores clínicos, ecocardiográficos, de laboratorio y tratamiento previo. El punto final del estudio fue la utilización de complejidad avanzada definida por el requerimiento de: asistencia respiratoria mecánica, catéter de Swan-Ganz o balón de contrapulsación intraaórtico (ARSB).

Resultados: Se utilizó ARSB en 102 p (14.49%). Se utlizó cateter de Swan-Ganz en 64 p (9.09%); balón de contrapulsación en 28 p (3.98%) y asistencia respiratoria mecánica en 73 p (10.37%). Fallecieron 62 p (8.8%); presentaron angina posinfarto 44 p (6,25%) y reinfarto 15 p (2.13%).
En el análisis multivariado, la edad: OR 1.04 (IC 95%: 1.02-1.06); el antecedente de diabetes: OR 2.2 (1.3-3.8); pico de CPK (x100): OR 1.03 (1.01- 1.045) fueron los únicos predictores independientes del punto final combinado.

Conclusiones: En este registro observacional en pacientes con SCAEST, la utilización de ARSB se asoció a edad avanzada, pico de CPK y antecedente de diabetes. En este grupo de riesgo se concentran aquellos pacientes en quienes se debería considerar la derivación a centros de mayor complejidad para su manejo.

0160 - VALIDACIÓN DEL SCORE CRUSADE DE SANGRADO EN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

Dra. CORRALES BARBOZA, Andrea N. | COSTABEL, Juan Pablo | DONO, Pablo | PÉREZ, Gonzalo | GÓNZALEZ, Nicolas | TERRAGNO, Alicia | DRUNDAY, Cristian | SECCO, Lucrecia

CONSEJO ARGENTINO DE RESIDENTES DE CARDIOLOGIA - INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Objetivos: Las complicaciones hemorrágicas en pacientes con síndromes coronarios agudos debido al tratamiento antitrombótico e intervencionista, representan un problema a tener en cuenta para la evaluación riesgo-beneficio en el cuidado de los pacientes. El score CRUSADE fue desarrollado y validado como modelo predictivo de 8 variables asociadas a mayor probabilidad de sangrado en pacientes con síndromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST incluidos en el registro norteamericano CRUSADE. Hoy en día no poseemos un score similar para la predicción de sangrado en pacientes con síndromes coronarios agudos con elevación del segmento ST (SCACEST).
El objetivo del trabajo fue validar el score CRUSADE en los pacientes con SCACEST incluidos en el registro multicéntrico de infarto CONAREC XVII.

Materiales y Métodos: Desde Noviembre del 2009 a Agosto del 2010 se registraron en forma consecutiva los datos de 705 pacientes con SCACEST. La edad media fue de 62 ± 12 años con una mortalidad global del 8,8 %. Se calculó el score CRUSADE en base a sus 8 variables (hematocrito, clearence de creatinina, frecuencia cardíaca, tensión arterial sistólica, diabetes, historia de enfermedad vascular definida por vasculopatía periférica o accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y sexo). Se definió el sangrado según los criterios utilizados en el registro CRUSADE (sangrado mayor por la presencia de hemorragia intracraneal o retroperitoneal, caída de hematocrito mayor o igual a 12% del basal, cualquier transfusión sanguínea cuando el hematocrito fuese mayor o igual a 28%, o transfusión sanguínea con hematocrito menor o igual a 28% con sospecha de sangrado).
Se efectuó el análisis de asociación entre el score y el sangrado utilizando el método de Mann Whitney aceptando una p significativa menor a 0,05 a dos colas.

Resultados: La tasa de sangrado fue de 9,5 %. La mediana de score para el global de los pacientes fue de 25 (17-33). Para los pacientes con sangrado fue de 28 (20-36) y la de los pacientes sin sangrado resultó de 23 (18 -32) (P NS).

Conclusiones: En nuestra población la tasa de sangrado resultó similar a la descripta en otros estudios internacionales de mayor volumen. La utilización del score CRUSADE no resultó un predictor de sangrado en este grupo de pacientes. La razón de este resultado se podría deber al tamaño de la muestra, y a la baja prevalencia de patologías como la vasculopatía periférica y el accidente cerebrovascular, dos variables implicadas en el score; así como a los buenos niveles de clearence de creatinina que presentaron los pacientes del registro.

0161 - SEGUIMIENTO A MEDIANO Y LARGO PLAZO DE PACIENTES SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Dr. POLLONO, Pablo Maximiliano | FUERTES, Fernando | GRINFELD, Diego | RIFOURCAT, Ignacio | PARMISANO, José Luis | PASTENE, Ricardo | GRINFELD, Liliana

HOSPITAL ESPAÑOL DE LA PLATA

Objetivos: Analizar la evolución clínica a mediano y largo plazo de los pacientes sometidos a angioplastia primaria en nuestros centros

Materiales y Métodos: Entre Enero de 2004 y Mayo de 2011 se realizaron en nuestro servicio 405 AP (283 hombres), con un tiempo medio de presentación de dolor a la internación de 7,1±4 hs y un tiempo puerta-balón de 56±27 minutos. Población: 58.32% HTA, 56.42% DLP, 12.75% DBT, 40.08% tabaquistas y extabaquistas, 17.72% con IAM previo, 18.21% ATC previa y 2.28% CRM previa.
Los infartos fueron: 49.38 % anteriores (DA 190, Tronco 10), 38.27 % inferiores (CD 155), 11.35% laterales (CX 46), con 31 (7.65%) shocks cardiogénicos y 24 bloqueos A-V (5.92 %). Se utilizó inhibidores IIb-IIIa en el 47.89 % de los pacientes (pts), catéter de extracción de trombos coronarios (Diver) en el 14 % y Balón Intraaortico de Contrapulsación (BIAC) en el 5.4 % de los casos.

Resultados: El éxito angiográfico (TIMI III) fue de 90.63 %, TIMI I-II 6.75%, TIMI O 2.62 %; con 19 óbitos intraprocedimiento (4.69%) de los cuales 12 fueron shock cardiogénicos, 7 óbitos (1.72 %) previo al alta y 21 óbitos en el seguimiento (5.18 %). ReIAM 9 pts. (2.2 %), trombosis aguda y subaguda 9 (2.2 %). El seguimiento fue telefónico con una adhesión del 91 %, con un máximo de 7 años y un mínimo de 30 días. De estos, 76 % continúan asintomáticos, 15 % fueron reinternados por causa cardíaca y 9 % requirieron nueva revascularización.

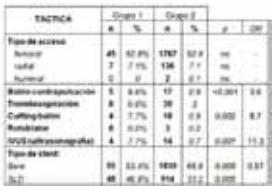
Conclusiones: Los resultados obtenidos demuestran concordancia con lo reportado en los estudios internacionales y estadísticas nacionales en cuanto a tiempos de intervención y morbimortalidad a mediano y largo plazo. Estudios posteriores demostrarán si los nuevos agentes farmacológicos y dispositivos de tromboaspiración pueden mejorar la sobrevida de los pacientes.

0162 - ¿ES DIFERENTE LA TÁCTICA EMPLEADA EN NUESTRO MEDIO EN LA ANGIOPLASTIA DE TRONCO DE CORONARIA IZQUIERDA VS. LA DE OTROS VASOS? RESULTADOS DEL REGISTRO ARGENTINO DE ANGIOPLASTIA CORONARIA (RADAC).

Dr. TORRESANI, Ernesto Marcelo | CHERRO, Alejandro | PÉREZ BALIÑO, Pablo | PONCE, Juan | MICHELI, Miguel | NADAL, Fernando | MARTINO, Guillermo | LARRIBAU, Miguel A.

CONSEJO DE HEMODINAMIA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA. SAC

Objetivos: Comparar la táctica utilizada en pacientes tratados mediante angioplastia (ATC) de tronco de coronaria izquierda (TCI)con la de aquellos en los que se realizó angioplastia coronaria en otro/s vaso/s de los ingresados al Registro Argentino de Angioplastia Coronaria (RAdAC).
Materiales y Métodos: Por iniciativa del Consejo de Hemodinamia de la SAC, y en colaboración con el Consejo de Hemodinamia de la FAC, CACI y CONAREC comenzó en mayo de 2010 el RAdAC como registro prospectivo, longitudinal y multicéntrico. En el período mayo a noviembre de 2010, 67 centros médicos de 15 provincias de la Argentina, incluyeron en forma prospectiva 1.905 pts. El TCI fue tratado mediante ATC en 52 pts (G1) habiéndose realizado ATC en otro/s vaso/s coronario/s en 1853 pts (G2).



Resultados: El sexo, factores de riesgo, cuadro clínico de ingreso y antecedentes clínicos tales como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal crónica, vasculopatía periférica o ATC previos no fueron diferentes entre ambos grupos. Los pacientes del G1 tuvieron mayor edad [G1: 66,6±11,6 años (43 a 90) – G2: 63,8±11,07 (28 a 107) - p=0,07], mayor frecuencia de CRM previa (G1:28,8% - G2:6,3% - p<0,001 – OR: 6,0) y mayor incidencia de insuficiencia cardíaca (G1:15,4% - G2:6,3% - p < 0,002 - OR: 2,7). En el G1 se observó una mayor incidencia de reestenosis intra-stent (G1: 19,2% - G2: 9,8% - p < 0,025 – OR: 2,2) como indicación de la ATC que motivó el ingreso a este registro. En relación a los detalles tácticos del procedimiento (tabla) no hubo diferencias significativas en cuanto a la vía de abordaje. Se utilizó con mayor frecuencia en el G1 el apoyo circulatorio con balón de contrapulsación intraórtico (BCIA), la preparación de placa con Cutting Balloon® (CB) y la utilización de control con ultrasonido intracoronario (IVUS). Por otro lado, si bien en general, fueron muy poco utilizados el Rotablator® y la tromboaspiración, no fueron empleadas en ningún pts del G1. En el G1 se utilizaron 1,98 stent/pts y en el G2 1,4 stent/pts habiendo mayor tendencia a utilizar stent liberadores de droga (SLD) en el G1. Al analizar el uso de SLD en el G1 en relación a la presencia o no de Diabetes se observó una mayor tendencia a su utilización en este subgrupo de pts [(Diabéticos = Bare Stent: 33,3% - SLD: 66,7%) (No Diabéticos = Bare Stent: 58,5% - SLD: 41,5%) p=0,069 – OR: 0,35(0,11-1,07)].
Conclusiones: Esta es una casuística de nuestro medio que surge del estudio RAdAC en relación a la táctica empleada durante la ATC donde se observa que ante la necesidad de tratar mediante ATC obstrucciones en el TCI (y comparados con la ATC de otro/s vaso/s) no hay diferencias en relación a la vía de abordaje, hay una mayor tendencia al uso de BCIA, preparación de placa con CB, control mediante IVUS y empleo de SLD especialmente en los Diabéticos.

0163 - RESPUESTA ANTIAGREGANTE PLAQUETARIA EN PACIENTES POST ANGIOPLASTIA CORONARIA TRATADOS CON CLOPIDOGREL O PRASUGREL.

Dra. CANDIELLO, Alfonsina | ARIS CANCELA, Maria Esther | CURA, Fernando | PADILLA, Lucio | NAU, Gerardo | PERALTA, Sebastian | BELARDI, Jorge | TRIVI, Marcelo

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Objetivos: Evaluar la respuesta antiagregante plaquetaria luego de la administración de carga o mantenimiento de clopidogrel ó prasugrel a 12-24 hs post angioplastia coronaria (ATC) exitosa.

Materiales y Métodos: Se incluyeron de manera prospectiva y consecutiva 83 pacientes <75 años, >60kg y sin antecedentes cerebrovasculares, sometidos a ATC exitosa tratados previamente a la ATC con clopidogrel (600mg de carga ó 75mg/d x más de 7 días, n=42) o prasugrel (60mg de carga ó 10 mg/d x >7 días, n=41). La elección de la tienopiridina quedaba a criterio del médico tratante. La inhibición de la agregación plaquetaria se evaluó entre las 12-24 hs. post-ATC con el VERIFY NOW P2Y12 Assay. Se definió: adecuada antiagregación plaquetaria al % de inhibición de la agregación plaquetaria (%IPA) =50% y/o PRU (unidades de actividad plaquetaria) =230.

Resultados: No hubo diferencias significativas con respecto a las características basales entre el grupo clopidogrel y Prasugrel.

	Clopidogrel (n=42)	Prasugrel (n=41)	P
PRU	160 (83-224)	49 (9-86)	<0.001
PRU menor o igual 230	32 (76%)	41 (100%)	0.001
% IAP	41 (17-69)	79 (61-96)	<0.001
IAP mayor o igual 50%	19 (45.2%)	38 (93%)	<0.001

Conclusiones: Los pacientes tratados con prasugrel preATC comparados con aquellos tratados con clopidogrel, presentaron un mejor perfil de antiagregación plaquetaria evaluado tanto por el PRU como por el % IAP, reflejando un significativo mayor número de pacientes adecuadamente antiagregados.

0164 - EVOLUCION FUNCIONAL LUEGO DEL REEMPLAZO PERCUTANEO DE VÁLVULA AORTICA CON PROTESIS AUTOEXPANDIBLE COREVALVE.

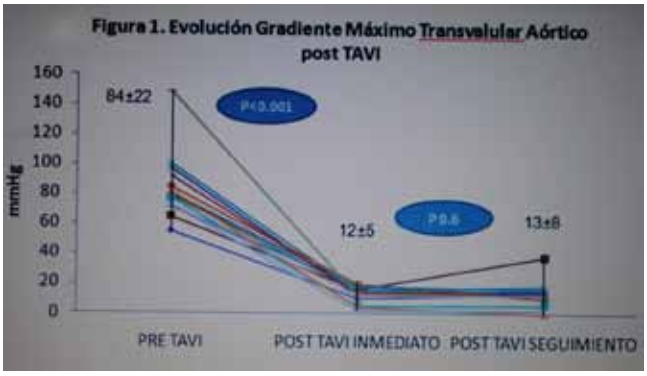
Dra. CANDIELLO, Alfonsina | CURA, Fernando | AVEGLIANO, Gustavo | PADILLA, Lucio | NAU, Gerardo | RONDEROS, Ricardo | NAVIA, Daniel | BELARDI, Jorge

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Objetivos: Reportar la evolución clínica y ecocardiográfica de los pacientes sometidos a reemplazo percutáneo de válvula aórtica (RPVA) en pacientes portadores de estenosis valvular severa de alto riesgo quirúrgico.

Materiales y Métodos: 19 pacientes con estenosis aórtica severa (área <1 cm2) sintomática y elevado riesgo quirúrgico fueron sometidos a RPVA en nuestro centro. Se excluyeron 5 pacientes que fallecieron a una mediana de 7 meses de seguimiento, quedando 14 pacientes con seguimiento clínico y ecocardiográfico para el análisis.

Resultados: La edad media fue de 82±7, sexo masculino 50%, Euroscore log 13±4.5, área valvular pre 0.6±0.13. En todos los pacientes se implantó la válvula exitosamente traduciéndose en una reducción inmediata y marcada del gradiente transvalvular aórtico que se mantuvo en el seguimiento (Fig 1). Esto se reflejó en una mejoría clínica dada por una reducción sostenida de su clase funcional (% ptes PRETAVI = CF III: 50%, CF IV: 50% y POSTAVI= CF I: 86%, CF II:14%). La presencia de Insuficiencia aórtica moderada post TAVI fue del 14.2% manteniendose estable en el seguimiento y no hubo pacientes con Insuficiencia Aórtica Severa en el seguimiento.



Conclusiones: Los sobrevivientes luego del Reemplazo Percutáneo de Válvula Aórtica exitoso con prótesis auto-expandible CoreValve presentan una excelente evolución funcional tanto clínica como ecocardiográfica en el seguimiento.

0165 - FALLA DE SELECCION EN PACIENTES CON ALTO RIESGO QUIRURGICO PARA EL IMPLANTE VALVULAR AORTICO PERCUTANEO.

Dr. SZTEJFMAN, Matias | SZTEJFMAN, Carlos | GOMEZ MARQUEZ, Ramon | CHIMINELLA, Fernando | GOLDSMIT, Alejandro | VILLAREAL, Ricardo | SOSA LIPRANDI, Alvaro | BETTINOTTI, Marcelo

SANATORIO GUEMES

Objetivos: Una proporción importante de pacientes con estenosis aórtica (EAO) grave poseen comorbilidades que incrementan el riesgo de la cirugía de reemplazo valvular aórtico. El implante percutáneo de válvula protésica (RVAP) surge como una alternativa en este grupo de pacientes. Estos deben cumplir criterios clínicos y anatómicos para poder recibir dicho implante. Una vez ingresados en el programa de preseleccion , un alto porcentaje de estos pacientes queda , por diferentes motivos, fuera de la posibilidad de RVAP.El objetivo de este trabajo es evaluar las causas por las cuales estos paciente no llegaron a recibir el implante.
Materiales y Métodos: Desde mayo del 2010 a marzo del 2011 22 pacientes ingresaron a nuestro programa de implante valvular aórtico percutáneo. Se incluyeron paciente con estenosis aortica severa sintomática y con alto riesgo quirúrgico, tomando como alto riesgo quirúrgico un Euroscore mayor de 10. Se definio como falla de seleccion a aquellos pacientes que no se les realizo RVAP por cualquier causa. La evaluación de los estudios de preselección para la aprobación del implante percutáneo fue realizada en todos los casos por el laboratorio de Corevalve , Medtronic, Irvine California. El euroscore promedio fue de 19,69 del total de pacientes . El euroscore promedio de los paciente con falla de selección fue de 22,3.La edad media fue de 78,39 años. 63,6% de los pacientes eran femeninos, 36,3 % diabeticos, 72% hipertensos, 31,8 % ciugia cardiaca previa.
Resultados: 7 pacientes (31,8%) recibieron hasta la fecha dicho implante utilizando la valvula Corevalve, por via trans femoral en todos los casos. 6 pacientes (27,2 %) están actualmente en el programa de preseleccion y 9 pacientes(40,9) quedaron fuera del programa por diferentes causas (Falla de selección).
De los 9 pacientes con falla de selección solo tres pacientes fueron excluidos del reemplazo valvular por no cumplir con los criterios anatómicos y/o clínico. (uno presentaba anillo valvular menor de 20mm , otro paciente presentaba estenosis sub aortica asociada y otro paciente inaccesibilidad tanto por via femoral como por via subclavia). Los restantes seis pacientes cumplian con los criterios anatómicos y clínicos. De ellos 2 no fueron aprobadas los implantes por las coberturas de salud y 3 fallecieron por progresión de su enfermedad mientras esperaban la aprobación financiera del procedimiento. Un paciente se cruzó a tratamiento quirúrgico convencional por decisión del médico tratante.Es decir que solo un 33% de los pacientes con falla de selección quedo fuera de posibilidad del implante valvular percutáneo por causas medico anatomicas y el resto de los pacientes por causas no medicas.
Conclusiones: Comprobamos que actualmente un alto porcentaje de pacientes (40,9%) queda excluido de esta alternativa terapeutica por diferentes motivos. La gran mayoria de ellos (76,6%) no recibe el implante por causas no dependientes de las caracteristicas anatomicas y/o clinicas. En nuestro medio , la falta o el retrazo de la autorizacion financiera de la protesis es la causa mas importante de falla de seleccion para el implante valvular aortico percutaneo. A la luz de los ultimos resultados del PARTNER trial donde se demostro amplia superioridad del RVAP versus el tratamiento medico optimo debemos enfocar todos nuestros esfuerzos para disminuir al maximo la falla de seleccion por cualquier causa en pacientes con EA severa sintomatica de alto riesgo quirurgico.

0166 - VALORACIÓN DE SEGURIDAD Y EFICACIA EN ANGIOGRAFÍA CORONARIA CON ROTACIÓN DUAL COMPARADA CON LA ANGIOGRAFÍA CONVENCIONAL

Dr. NAU, Gerardo (h) | ALBERTAL, Mariano | CURA, Fernando | PADILLA, Lucio | CANDIELLO, Alfonsina | PERALTA, Sebastián | BELARDI, Jorge

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Objetivos: La angiografía convencional (AC) requiere de numerosas imágenes fijas del árbol coronario, y presenta diversas limitaciones. La angiografía coronaria rotacional de eje dual (ARD) es una novedosa técnica de imágenes que permite realizar una toma de numerosas imágenes en forma simultánea (oblicuas izquierda/derecha y craneal/caudal) mediante sólo una inyección de contraste. Objetivo: Determinar la seguridad y eficacia de la ARD comparada con la AC.
Materiales y Métodos: Fueron evaluados mediante AC seguido de ARD 31 pacientes portadores de enfermedad coronaria estable, en forma programada. Se recolectó información sobre la dosis de contraste y radiación empleada con ambas técnicas. Todas las imágenes fueron revisadas por un hemodinamista con experiencia (N=60 lesiones). Primero se evaluó las imágenes de ARD y luego las AC con un intervalo de por lo menos 30 días.
Resultados: Comparado con AC, el uso de ARD se asoció a una reducción de un 45,4% en el volumen de contraste y un 65,4% menos de radiación. No se observaron diferencias significativas en el número de lesiones detectadas, diámetro de estenosis, tamaño del vaso y de la longitud de las lesiones analizadas (tabla).

	AC	ARD	*p*
Volumen de contraste(ml)	33,29±11,2	17±5,4	<0,01
Radiación (mGy)	235,6±76,8	82,7±46,6	<0,01
	AC	ARD	Correlación
Numero de lesiones	2±0,9	1,9±1	r=0,70
Tamaño del vaso (mm)	2,92±0,45	2,95±0,66	r=0,77
Diámetro de estenosis	73±17	72±17	r=0,77
Longitud de la lesión (%) (<10, 11-20, >20 mm)	31/55/14	30/43/27	r= 0,67

Conclusiones: ARD representa una nueva tecnología angiográfica con igual capacidad diagnóstica que la AC pero asociada con un menor uso de contraste y exposición a radiación.

0167 - DISECCION CORONARIA ESPONTANEA COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE SINDROME CORONARIO AGUDO. SERIE DE CASOS.

Dra. AYMAT, Maria Rosa | PADILLA, Gerardo | GUTIERREZ, Blanca | FUENTES, Claudio | GRAMAJO, Maria Jose | ORTOPAN, Karina | LOPEZ, Ruben | KOCH, Fernando

HOSPITAL CENTRO DE SALUD ZENON SANTILLAN - SANATORIO PARQUE SA

Objetivos: Presentar una serie de pacientes (p) con disección coronaria espontanea (DCE), describir el manejo terapéutico realizado y el seguimiento posterior.

Materiales y Métodos: Entre octubre 2006 y marzo de 2011 nuestro grupo realizó 3.000 cineroronariografías, identificándose seis casos de DCE (0,2 %). Se definió DCE como la imagen angiográfica de "doble luz" en el interior de la arteria coronaria, con o sin estenosis por hematoma compresivo, en vasos de aspecto liso y sin otras lesiones asociadas que sugieran aterosclerosis. Se descartaron causas secundarias como traumáticas, iatrogénicas o disección aortica entre otras.

Resultados: Se analizan 6 p con DCE, edad media 39±12 años, sexo femenino 5 p (83 %). Factores de Riesgo Cardiovascular: Hipertensión Arterial 1 p, Tabaquismo 1 p, Dislipemia 1 p, en 2 p no se presentó ningún factor de riesgo. Otros antecedentes: 2 p se encontraban en el puerperio (2/5 40 %) y una p bajo tratamiento anticonceptivo (1/5 20 %), asimismo, una paciente tenía como antecedentes familiares madre con IAM a los 32 años y muerte súbita a los 38 años. La forma de presentación clínica fue sindrome coronario agudo (SCA) en todos los casos, con elevación del "ST" en 4 p (67 %) y sin elevación del "ST" en 2 p (33 %). Datos angiográficos: cinco p presentaron afectación de 1 vaso y una p evidenció afectación de 2 vasos, caso en el cual presentó disección de arteria descendente anterior y durante el cateterismo se observó oclusión transitoria de circunfleja distal, visualizándose imagen de "doble luz" residual. Vaso afectado: Descendente Anterior 71 % y Circunfleja 28 %. FE 48±8,3 %. Caracteristicas angiográficas: doble luz 83 %, retención de contraste 33 %, estenosis por compresión 100 %, oclusión transitoria 17 %, cambios fásicos de calibre 33 %. Se realizó tratamiento conservador en 5 p (83 %) uno de los cuales había recibido trombolíticos. En una p se practicó implante de stent directo por persistencia anginosa, evidenció estenosis severa de descendente anterior proximal secundaria a hematoma compresivo, durante dicho procedimiento fue necesario el implante de un 2º stent por extensión proximal del hematoma con compromiso del tronco coronario izquierdo. Durante el seguimiento de 18±15 meses ningún p presentó nuevos eventos cardiovasculares. Se realizó control angiográfico a 2 p con disecciones extensas, evidenciando sellado de la misma en ambos casos.

Conclusiones: En nuestra experiencia la incidencia de DCE fue del 0,2 % y en todos los casos la forma de presentación fue SCA. Afectó predominantemente a mujeres jóvenes y más de la mitad de ellas se encontraban en el puerperio o bajo medicación anticonceptiva. Se realizó tratamiento conservador en el 83 % de los casos. Todos los pacientes permanecieron asintomáticos en el seguimiento, a los que se realizó control angiográfico evidenciaron sellado de la disección.

0168 - VALORACIÓN DEL SCORE SYNTAX POR RESIDENTES DE CARDIOLOGÍA CLÍNICA

Dr. LAMELAS, Pablo Manuel | NAU, Gerardo | THIERER, Jorge | COSTABEL, Juan Pablo | BELARDI, Jorge | ALVES DE LIMA, Alberto | TRIVI, Marcelo

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Objetivos: El Score Syntax (SS) surgido del estudio homónimo es una herramienta útil para seleccionar, según anatomía coronaria, pacientes con enfermedad de tronco y/o tres vasos pasibles de revascularización con angioplastia utilizando stents farmacoactivos. Existe una moderada reproducibilidad inter-observador entre miembros del laboratorio central del estudio original. La validación del SS por miembros ajenos a un laboratorio de cardiología intervencionista experimentado no fue evaluada, lo que podría plantear dudas respecto de la utilización del SS en la práctica clínica. El objetivo del trabajo es evaluar si residentes de cardiología clínica pueden realizar una adecuada valoración del SS y si existen posibles sesgos en la misma.
Materiales y Métodos: Se seleccionaron de manera retrospectiva cinecoronariografías de pacientes con enfermedad de tronco y/o tres vasos sin revascularización previa realizadas durante el año 2009. Un residente de cardiología, con previo entrenamiento oficial, calculó el SS total utilizando el algoritmo oficial para luego compararse con lo calculado por un cardiólogo intervencionista experimentado. Los resultados fueron analizados a través del coeficiente Kappa de Cohen (decilos y tercilos), coeficiente de correlación de concordancia de Lin y gráficamente a través de Bland Altman.
Resultados: Se analizaron 93 cinecoronariografías. La media de SS del hemodinamista fue 28,58 +/- 10,01; la del residente de 30,44 +/- 10,71; la diferencia de medias de 1,85 +/- 7,01. El coeficiente kappa fue de 0,57 (0,464 - 0,678) en grupos de decilos y 0,60 para tercilos (0,48 - 0,72). El coeficiente de Lin fue de 0.75 (0,65 a 0,83), compuesto por un coeficiente r de Pearson de 0,77 y un factor corrector de sesgo C_b de 0,98. El análisis de Bland Altman ilustra la presencia de 6 observaciones por fuera de los intervalos de confianza del 95%, 10 aciertos exactos (10,7%) y una tendencia del residente de infraestimar scores del hemodinamista superiores a 35 puntos.

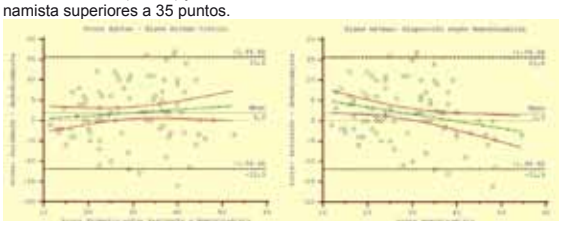


Figura 1: Sobre la izquierda gráfico de dispersión de Bland Altman Clásico y sobre la derecha el Score del Hemodinamista como variable independiente.

Conclusiones: Existe moderada y por lo tanto aceptable reproducibilidad del SS entre un hemodinamista experimentado y un residente de cardiología clínica, lo cual concuerda con la moderada reproducibilidad inter-observador publicada por el laboratorio central oficial. Hay además buena correlación inter-observador. Se evidencia por parte del residente una leve tendencia a sobre estimar los SS bajos y marcada tendencia a infraestimar en SS altos. Una posible hipótesis para explicar dicho fenómeno podría ser la falta de experiencia del residente para valorar lesiones más complejas.

0169 - REABLACION POR CATETER DE FIBRILACION AURICULAR: HALLAZGOS ELECTROFISIOLOGICOS MÁS FRECUENTES

Dr. SCAZZUSO, Fernando Adrian | Dr. RIVERA, Santiago Horacio | Dr. ALBINA, Gaston | SAMMARTINO, Victoria | LAIÑO, Rubén | GINIGER, Alberto

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Objetivos: Determinar la tasa de recurrencia arrítmica luego de un aislamiento de venas pulmonares por fibrilación auricular y cuales son los hallazgos más frecuentes.
Materiales y Métodos: Incluimos pacientes con fibrilación auricular paroxística y persistente tratados con aislamiento de venas pulmonares, entre marzo 2009 y diciembre 2010. Analizamos aquellos que presentaron recurrencia en el seguimiento durante el primer año. Se consideró como recurrencia cualquier arritmia auricular sostenida (>30 seg. o descompensación hemodinámica) ocurrida fuera del periodo de blanking (9-12 semanas) evaluado durante el seguimiento clínico. Todos los pacientes se encontraban sin tratamiento antiarrítmico. Se tomó en consideración el n total de la población; el total de pacientes que presento recurrencia; el tipo de arritmia supraventricular recurrente y los hallazgos electrofisiológicos más frecuentes.

	n=107	%
Sexo Femenino	20	18.7
FA parox.	76	71.02
HTA	48	44.85
DLP	19	17.75
BMI >30	1	0.94
ICC	2	1.86
ENF. CORONARIA	11	10.28
CHADS 0	57	53.27
CHADS 1	41	38.31

Resultados: La tasa de recurrencia arrítmica a 11 ±6 meses fue de 21.49% (23 pacientes); 2 pacientes presentaron aleteos auriculares atípicos; 3 taquicardias auriculares; 18 fibrilaciones auriculares. En 11 casos realizó un segundo procedimiento, mientras que en el resto se reinició el tratamiento antiarrítmico. El hallazgo electrofisiológico más frecuente se correspondió a la reconexión de las venas pulmonares (54.5%). El 100% de los recurrencias por FA se correspondió con este hallazgo. La vena mas frecuentemente reconectada fue la VPSI en un 74% (zona ligamento de Marshall), la localización del GAP más frecuente fue a nivel de la carina y pared anterior en un 83% (90% zona de ridge). En los casos de taquicardias auriculares (3), 2 se originaron en la pared anterolateral de la vena cava superior (VCS) que se eliminaron mediante la aplicación focal de radiofrecuencia, mientras que 1 correspondió a una taquicardia macro reentrante de la aurícula izquierda, interrumpida realizando una línea de bloqueo entre la pared anterosuperior de la aurícula izquierda y la base de la orejuela izquierda. Ambos aleteos atípicos presentaron un circuito perimitral, tratados mediante la realización de una línea anterior mitral. El aislamiento de las venas pulmonares se logro en 5 de los 6 pacientes. En 1 solo paciente no se logró el AVP por superposición de la VPSD con el esófago. No se registraron complicaciones graves relacionadas al procedimiento. Ninguna recurrencia de fibrilación auricular ocurrió en pacientes menores de 45 años.
Conclusiones: El hallazgo electrofisiológico más frecuente en pacientes con recurrencia de FA correspondió a la reconexión de las venas pulmonares. Solo 5 pacientes (21.7%) presentaron arritmias diferentes a fibrilación auricular durante el seguimiento. Este hallazgo ayuda a preconizar la re intervención debido a que es de fácil solución. El tratamiento de la recurrencia de la FA es seguro y altamente efectivo.

0170 - ABLACION DEL ALETEO TIPICO DEPENDIENTE DEL ISTMO: EVOLUCION EN EL CORTO Y LARGO PLAZO.

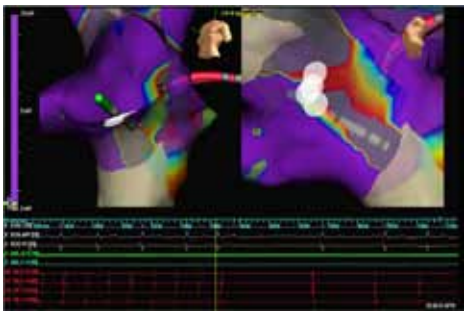
Dr. SCAZZUSO, Fernando Adrian | Dr. RIVERA, Santiago Horacio | Dr. ALBINA, Gaston | SAMMARTINO, Victoria | LAIÑO, Ruben | Dr. GINIGER, Alberto Germán

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Objetivos: Si bien el tratamiento por radiofrecuencia del aleteo auricular es una terapéutica aceptada, el resultado a corto y largo plazo no es claramente reportado en la literatura. Determinar la tasa de recurrencia en el corto y largo plazo y sus causas más frecuentes.

CARACTERISTICAS	N %
edad (años)	65 ± 10
sexo masculino	118 (75%)
HTA	23 (15%)
AI (mm)	42 ± 10
FE%	55 ± 3
n° de episodios	3 ± 1
AA utilizados	2 ± 1

Materiales y Métodos: Pacientes consecutivos incluidos entre marzo 2007 y marzo 2010 para ablación por radiofrecuencia de un aleteo auricular típico istmo dependiente. No se incluyeron pacientes que alternaban aleteo auricular con fibrilación auricular, aleteos en pacientes con cardiopatía congénitas o aleteos atípicos.
La ablación fue realizada con radiofrecuencia en 146 pts (92,4%) y con mapeo electroanatómico tridimensional en 12 pacientes (7%). En el 93% de los casos se trataba de una primera ablación y en el 7% de los casos de una re ablación por recurrencia
Resultados: El éxito se obtuvo en 153 pts. (96,8%), y el objetivo no fue logrado en 5 pts. (3,1%). Un paciente murió de causa extracardíaca y no hubo complicaciones mayores relacionadas al procedimiento (muerte, infarto o embolia cerebral). La recurrencia al año de realizado el procedimiento fue del 28% (44 pts). El 82% presentó una fibrilación auricular como recurrencia.



Conclusiones: Nuestro estudio demuestra que la ablación del aleteo auricular no es curativa dado que el 22% recurre con fibrilación auricular. El diagnóstico de aleteo auricular puro a pesar de un ECG típico es limitado y es posible que la presencia de fibrilación auricular coexista. Estudios aleateorizados podrían demostrar una mejor caracterización del aleteo auricular puro y el beneficio de una terapéutica combinada (ablación de aleteo + fibrilación auricular) o ablación del istmo cavo tricuspídeo solo como tratamiento de esta arritmia.

0171 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ELECTROCARDIOGRÁFICAS DEL SÍNDROME DE ANDERSEN-TAWIL

Dr. ACUNZO, Rafael Salvador | Dra. SCIOLINI, Sabrina Andrea | KONOPKA, Isabel V. | SANCHEZ, Ruben | YOO, Hyun Sok | PIZZARELLI, Norma | CHIALE, Pablo A | ELIZARI, Marcelo V.

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "DR. JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA"

Objetivos: Describir las características clínicas y electrocardiográficas en pacientes (p) con síndrome de Andersen -Tawil (SAT).

Materiales y Métodos: Se analizaron en forma retrospectiva los hallazgos en 7 p con SAT, cuya edad promedio fue de 21±14 años, 4 mujeres. En todos los casos se realizaron ECG de 12 derivaciones simultaneas, pruebas ergométricas graduadas (PEG), ecocardiogramas Doppler color (ECO) y ECG de Holter de 24 hs. (H); en 4 p se efectuó estudio electrofisiológico (EEF).

Resultados: Los 7 p refirieron crisis de palpitaciones, en tres de ellos asociadas con síncope o presíncope y 2 p padecieron de parálisis periódica (en uno asociada con taquicardia ventricular bidireccional (TVB). Todos presentaron baja estatura y micrognatia. Tres p tenían antecedentes familiares de muerte súbita (MS).
Los ECG mostraron ondas U prominentes en 4 p, bigeminia ventricular en uno, extrasístoles ventriculares multiformes en otro y TVB en el restante. Los intervalos QTc midieron 432,7 ± 23,23 mseg y los intervalos QUc 599,1±83,82 mseg. Los ECO fueron normales en todos y 3 p mostraron hiperrefringencia en la zona de los músculos papilares. Durante la PEG, 5 p desarrollaron TVB y taquicardia ventricular multiforme (TVM) que desaparecieron en el máximo esfuerzo. En el H, 6 p presentaron extrasístoles ventriculares polimorfas muy frecuentes, aisladas y bigeminadas, con duplas y 5 salvas de TVB y/o TVM. En los 4 p con ondas U todas las arritmias ventriculares coincidían con su rama ascendente. La estimulación ventricular programada fue negativa en 3 p y uno desarrolló una TVM que degeneró en fibrilación ventricular revertida con choque eléctrico. A ese p se le implantó un cardiodesfibrilador automático y se encuentra libre de síntomas con propranolol y amiodarona. Los 6 p restantes recibieron tratamiento farmacológico (nadolol 2 p, nadolol + espironolactona 2 p, diltiazem 1p, y atenolol 1 p). Durante el seguimiento de 105±135 meses todos los p permanecieron asintomáticos.

Conclusiones: En marcado contraste con lo publicado hasta la actualidad el 42.8% de nuestros p presentaron antecedentes familiares de MS. Todos mostraron alteraciones esqueléticas, pero sólo el 28% tuvo parálisis periódica. Los ECG mostraron ondas U prominentes 57,1% de los casos y las arritmias ventriculares emergían de su rama ascendente.

0172 - INCIDENCIA DE TROMBOS EN LA OREJUELA IZQUIERDA EN PACIENTES CON ANTICOAGULACION INADECUADA O DE CORTO PLAZO.

Dr. SCAZZUSO, Fernando Adrian | Dr. RIVERA, Santiago Horacio | Dr. ALBINA, Gaston | SAMMARTINO, Victoria | LAIÑO, Rubén | GINIGER, Alberto

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Objetivos: El manejo de la anticoagulación durante el preoperatorio de pacientes con fibrilación auricular y/o aleteo auricular que son tratados mediante radiofrecuencia es diferente en muchas instituciones. Estudios observacionales han comparado la utilización de enoxaparina durante la suspensión de la warfarina en el perioperatorio. No se encuentra información acerca del riesgo de suspender warfarina en el preoperatorio de la ablación por radiofrecuencia, sin sustituto con enoxaparina.

Materiales y Métodos: Pacientes (Pts) incluidos en la lista para ablación de fibrilación auricular o aleteo auricular entre marzo 2009 y abril 2011. Los pacientes con valor de INR subterapéutico o con menos de tres semanas de anticoagulación o quienes no estaban anticoagulados fueron evaluados con un ecocardiograma transesofágico previo al inicio del procedimiento en el laboratorio de electrofisiología para evaluar la presencia de trombos en la orejuela izquierda.

Resultados: Un total de 195 pacientes fueron incluidos. 56 pacientes (29%) fueron evaluados con ETE por no presentar una anticoagulación efectiva al momento de la ablación por radiofrecuencia de su arritmia de base. El 72% de la población analizada fueron hombres. Presentaba FA paroxística el 51%, persistente el 20% y aleteo auricular el 27%. El score de CHADS2 0 estuvo presente 68 pts. (35%), 1 en 79 (41%), 2 en 29 (15%) y 3 o más en el 0%. Todos los pacientes tuvieron función renal normal, 4(10%) presentó fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor a 50%. Ningún paciente presentó un trombo o contraste espontáneo en la orejuela izquierda.

Conclusiones: La inicidencia de trombos en pacientes con fibrilación auricular y/o aleteo auricular en plan de ablación por radiofrecuencia sin anticoagulación efectiva es muy baja. Este hallazgo permitiría suponer que la suspensión de la warfarina sin reemplazo previo con enoxaparina no agregaría un riesgo en la formación de trombos o ocurrencia de embolia. La eficacia y seguridad de esta estrategia debería ser evaluada en pacientes con CHADS 2-3 debido a la baja incidencia en esta muestra. En este grupo de pacientes la utilización de heparina de bajo peso molecular o el ETE perece ser apropiado. Estudios a mayor escala deben ser diseñados para evaluar esta estrategia.

0173 - ESTABILIDAD DEL ESOFAGO A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON RE ABLACION DE FIBRILACION AURICULAR RECURRENTE

Dr. SCAZZUSO, Fernando Adrian | Dr. RIVERA, Santiago Horacio | Dr. ALBINA, Gaston | SAMMARTINO, Victoria | LAIÑO, Rubén | KAMLOFSKY, Matias | GINIGER, Alberto

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Objetivos: La ablación por radiofrecuencia en el tratamiento de la fibrilación auricular refractaria ha probado ser una terapéutica segura, con una aceptable tasa de éxito. No obstante la fístula atrio esofágica es una complicación temida. La identificación precisa del esófago durante el procedimiento reduce el riesgo de esta complicación y fue reportada por nuestro grupo. La estabilidad en la relación entre el esófago y la vena pulmonar ha sido cuestionada por otros autores. El objetivo del presente trabajo es evaluar la estabilidad en la posición del esófago en pacientes a los que se les realizó una re ablación de fibrilación auricular por presentar una recurrencia en el seguimiento.

	Primo ablación	Re ablación	P
Esóf. a VPSI (mm)	28±14	28±13	0.8
Esóf. a VPII (mm)	11±8	10±8	0.3
Esóf. a VPSD (mm)	24±12	25±12	0.1
Esóf. a VPID (mm)	9±10	11±11	0.1
Vol. de AI (mm3)	203±96	211±68	0.7
Esóf. – PP AI (mm)	19±9	18±10	0.4
Esof. – columna (mm)	5±5	5±6	0.9

Materiales y Métodos: Análisis prospectivo de 23 pacientes a los que se les realizó una re ablación de fibrilación auricular con la técnica de aislamiento de las venas pulmonares entre marzo 2009 y diciembre 2011. Se realizó una tomografía computada multicorte de alta resolución (TCMC 64) 48 horas previas al procedimiento. Se procedió con la reconstrucción tridimensional utilizando la herramienta Verismo® como fuera descripta anteriormente. Un operador que no conocía la identidad de los pacientes realizó la interpretación de las imágenes. Se realizó la reconstrucción tridimensional del esófago. Se analizó el trayecto, la distancia entre el esófago y las venas pulmonares y se comparó el tamaño de la AI y la orejuela. Se realizó la comparación con la TCMC anterior.
Resultados: La población estuvo constituida por 73 % de hombres con una edad promedio de 55± 5 años. El 81% presentó FA paroxística. El tiempo promedio de re ablación fue de 11± 6 meses. Como se muestra en la tabla I no hubo diferencias estadísticamente significativas en la distancia entre el esófago y las venas pulmonares, el esófago y la pared posterior de la AI ni con la columna dorsal entre la ablación inicial y la re ablación (P=NS). La movilidad promedio de la VPSI fue de 0.4 mm, la VPII fue de 0.3mm, la VPII 1.4 mm, la VPID 1.7 mm entre la tomografía computada inicial y aquélla de la re ablación.
Conclusiones: La posición del esófago es estable en el tiempo y en su relación con las venas pulmonares, la pared posterior de la aurícula izquierda y la columna vertebral. La adquisición de imágenes preoperatorias y su reconstrucción tridimensional es útil para evitar la lesión de esta estructura vulnerable. Además, cuando el primo procedimiento fue limitado en su éxito debido a la oposición del esófago el problema persiste en el segundo procedimiento. Como estrategia debe pensarse en otras alternativas para un tratamiento más eficaz.

0174 - INCIDENCIA DE FALLAS DE SENSADO AURICULAR EN PACIENTES CON MARCAPASOS VDD

Dra. CARO, Maria de Los Milagros | SAMMARTINO, María Victoria | ALBINA, Gastón | SCAZZUSO, Fernando | RIVERA, Santiago | LAIÑO, Rubén | SEGURA, Eliseo | GINIGER, Alberto

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Objetivos: La estimulación cardíaca permanente en la modalidad VDD ha sido una alternativa promisoria, sobre todo en pacientes (p) jóvenes y con función sinusal conservada y trastorno de la conducción aurículo ventricular (A-V), ya que mantiene la sincronía AV y limita a uno el número de catéteres endocavitarios lo que disminuye la posibilidad de complicaciones. Sin embargo, existen casos en los que la aparición de fallas en el sensado auricular determina el cambio de la estimulación a la modalidad VVI con la pérdida de sincronía A-V. El objetivo de este estudio es evaluar la prevalencia de complicaciones asociadas al uso de MCP VDD, especialmente aquellas relacionadas con fallas en el sensado de la onda P.

Materiales y Métodos: Entre enero de 2008 y diciembre de 2010 se implantaron en un solo centro, un total de 433 MCP de los cuales 67 (15,47%) fueron VDD. En 36 casos (53,73 %) el motivo de implante fue bloqueo auriculoventricular (BAV) de tercer grado; en 28 p (41,79%) la indicación fue por BAV de segundo grado sintomático y en 3 (4,47%) por bloqueo de rama alternante. Durante el seguimiento, los controles se realizaron mediante el interrogatorio del dispositivo a la semana, a los 30 y 90 días posteriores al implante y luego cada 4 meses.

Resultados: De los 67 p, en 52 (77,61%) no se registraron complicaciones relacionadas con el implante o la función del MCP, 15 (22,38%) presentaron complicaciones en la evolución, de los cuales 9 (13,43%) fueron fallas en el sensado auricular, 3 (4,47%) elevación patológica del umbral de estimulación; 1 (1,49%) presentó desplazamiento del catéter y 1 p (1,49%) hematoma del bolsillo. De éstos, 5 (7,46%) fueron reintervenidos. En 2 p (2,98%), fue necesario el cambio de marcapasos por un DDD, en 2 (2,98%) recolocación del catéter y en 1 p (1,49%) drenaje del hematoma.
De los 9 p con falla de sensado auricular, en 8 (11,94%) la reprogramación de los parámetros del dispositivo fue suficiente para solucionarla y ningún p fue reintervenido.

Conclusiones: Si bien la falla del sensado auricular representó la complicación más frecuente entre los p con MCP VDD, ésta fue resuelta en la mayoría de los casos sólo con la modificación de los parámetros del dispositivo y no se requirieron reintervenciones.

0175 - MEMORIA CARDÍACA "DOBLE" Y EFECTOS DE LA MEMORIA CARDÍACA A CORTO PLAZO SOBRE LA MEMORIA CARDÍACA A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON PREEXCITACIÓN VENTRICULAR SOMETIDOS A ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA

Dr. PALMA, Pablo | CÁNEVA, Alejandro | GARRO, Hugo A. | PASTORI, Julio D. | ACUNZO, Salvador R. | FERNANDEZ, Pablo A. | ELIZARI, Marcelo V. | CHIALE, Pablo A.

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "DR. JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA"

Objetivos: Evaluar si el marcapaseo desde diferentes zonas del ventrículo derecho en pacientes (p) sometidos a estudio electrofisiológico (EEF) podría provocar distintas manifestaciones en la memoria cardíaca (MC) a corto término y, a su vez, modular cambios en la onda T (oT) causados por la MC a largo término.

Materiales y Métodos: Fueron estudiados trece p entre 17-67 años (10 masculinos) sometidos a ablación por radiofrecuencia (ARF) de taquicardias supraventriculares o vías accesorias aurículo-ventriculares. Antes del EEF y luego de completado el procedimiento terapéutico, fueron realizados dos períodos de marcapaseo ventricular (MV) de 15 minutos de duración (longitud del ciclo: 500 mseg): 1) desde el tracto de salida del ventrículo derecho (TSVD); 2) desde el apex del ventrículo derecho (AVD), precedido por un período de marcapaseo auricular (MA) de 5 minutos de duración de base y seguido por MA a una longitud de ciclo estable hasta la total desaparición de los cambios sobre la oT inducidos por el MV. En p con inversión de la oT en derivaciones precordiales el marcapaseo ventricular fue inicialmente realizado desde el seno coronario. Fueron registrados electrocardiogramas (ECG) de 12 derivaciones simultáneas a una velocidad de 25 y 50 mm/seg antes, durante y seguido a cada período de MV para evaluar cambios en la polaridad de la oT, amplitud y eje eléctrico, intervalo QT, dispersión del intervalo QT, eje eléctrico y duración del QRS.

Resultados: El marcapaseo del TSVD y AVD fueron seguidos por distintos cambios en la repolarización ventricular. El eje eléctrico promedio de la oT en el plano frontal fluctuó desde +6.66°±37.2° de base a +50°±31.83° luego de marcapaseo del TSVD (p:0.0045) y a 0.83°±37.71° (p:0.0024) luego del marcapaseo del AVD. Luego de la ARF del MA las alteraciones en la oT a largo término "inducidas por memoria" en las derivaciones inferiores del ECG fueron revertidas o atenuadas por el marcapaseo del TSVD y exageradas por el marcapaseo del AVD. A pesar de los distintos efectos sobre la polaridad y el eje eléctrico de la oT, el intervalo QT se acortó luego del marcapaseo del TSVD aunque sin alcanzar el nivel de significación estadística. No fueron hallados cambios significativos en la dispersión del intervalo QT.

Conclusiones: Luego del marcapaseo desde sitios opuestos del ventrículo derecho, pueden provocarse en el mismo paciente cambios discretos y secuenciales en la oT, particularmente en las derivaciones ECG de los miembros, como resultado de la MC a corto término. Las modificaciones en la oT inducidas por MC a largo término en pacientes sometidos a ARF de MA pueden ser temporariamente amplificados, revertidos o atenuados por el efecto de la MC a corto término sobreimpuesto, acorde al sitio de marcapaseo.

0176 - CALIBRACIÓN Y PRECISIÓN DE LAS CLASIFICACIONES EUROSCORE Y VARIANTE LOGÍSTICA PARA UNA COHORTE ARGENTINA DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CENTRAL 2005-2010

Dr. BOZOVICH, Gerardo Edgar | MESSINA, Nahuel | CALDAS COLMAN, Fernando | RAFFAELLI, Héctor | ABUD, José | FRAGUAS, Hugo | DULBECCO, Eduardo | FAVALORO, Roberto

FUNDACION FAVALORO - UNIVERSIDAD FAVALORO

Objetivos: Evaluar la validez externa de las clasificaciones EuroSCORE y EuroSCORE logístico para predecir el riesgo de muerte hospitalaria en una cohorte argentina, determinando la capacidad de discriminación del modelo junto con la calibración

Materiales y Métodos: Estudio de cohortes prospectivo sobre pacientes mayores de edad que fueron intervenidos quirúrgicamente por patología cardiaca desde 1 enero del 2004 a 31 de diciembre 2010, múltiples operadores. Excluimos pacientes con reemplazo de la aorta y/o ventriculectomía, n final= 4495. Estimamos incidencias acumulativas de muerte con sus intervalos de confianza por estratos de riesgo y la capacidad de discriminación por curvas ROC y calibración por prueba de Hosmer y Lemeshow (H-L), en todos los casos alfa= 5%

Resultados: La edad media fue 63,79 ± 10,65 años, género masculino 72,86%. Las dos variantes de EuroSCORE discriminaron adecuadamente: área bajo ROC = 0,78, cirugía de revascularización miocárdica (CRM) aislada= 0,76; combinadas con intervencionees valvulares= 0,72; pero con insuficiente precisión (H-L = 17,3; valor p= 0,02) a expensas de sobre estimación de riesgo en los extremos, excepto para CRM aislada (H-L= 7,95, p=0,24)

Rango	Modelo aditivo	Modelo logístico	
	Mort esperada (I.C.95%)	Mort esperada (I.C.95%)	Mort observada (I.C.95%)
0-3 (bajo)	1,7 (1.7 ; 1.8)	1,05 (1.0; 1.1)	1,1 (0.6; 1.1)
4-6 (medio)	4,9 (4.9 ; 5.0)	3,5 (3.4; 3.6)	5,6 (4.4 ; 6.8)
7 o mayor (alto)	8,6 (8.4 ; 8.7)	12.6 (12.1; 13.4)	11,7 (9.9 ; 13.3)

Conclusiones: Sólo para CRM aislada observamos una adecuada combinación de discriminación y calibración para las variantes de Euroscore, lo cual subraya la importancia de procurar un modelo de predicción de riesgo argentino.

0177 - PLÁSTICA MITRAL EN INSUFICIENCIA MITRAL DEGENERATIVA: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA INSTITUCIONAL

BLANCO, Gustavo | Dr. ROURA, Pablo | Dra. SALVATORI, Carolina | Dr. OCHOA, Juan Pablo | Dra. CICCALE SMIT, Antonella Del Carmen | RAFFAELLI, Hector | Dr. FAVALORO, Roberto Rene

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: Analizar los resultados hospitalarios, y a largo plazo, de la cirugía de plástica mitral (Pm) en pacientes con insuficiencia mitral (IM) severa de etiología degenerativa, en nuestra institución.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó en forma consecutiva a 165 pacientes (p), a los que se realizó Pm entre Febrero de 2000 y Octubre de 2010. En todos los casos se realizó un ecocardiograma transesofágico intraoperatorio. Se definió como Pm simple a aquella que requirió reparación exclusivamente de la valva posterior mitral, y como Pm compleja cuando la cirugía involucró a la valva anterior, a ambas valvas, o requirió de translocación cordal o implante de neocuerda.
Se llevó a cabo seguimiento clínico y ecocardiográfico, y se evaluó el punto final combinado de muerte, reoperación o presencia de IM severa postoperatoria

Resultados: La edad media fue de 57±13,2 años y el 44% fueron de sexo femenino. En el preoperatorio, 115 p (70%) tenían función sistólica del ventrículo izquierdo normal y 49 p (30%) presentaban fibrilación auricular. La cirugía fue indicada por disnea en el 76% de los casos. En 117 p (71%) la Pm fue un procedimiento quirúrgico aislado. En 128 p (78%) se llevó a cabo una Pm simple, siendo el resto Pm complejas. Se realizó cirugía de FA en 18 p (11%). La mortalidad hospitalaria fue de 2,4 % (4 p); esta fue mayor en mujeres (p=0,035) y cuando se asoció plástica tricuspídea (p=0,037). El seguimiento a 10 años fue completo en un 91%, con una media de 56 meses. En el seguimiento, 6 p (3,6%) desarrollaron IM severa; 2 de ellos requirieron reoperación y ambos habían sido sometidos a una Pm simple. La libertad del punto final combinado a 10 años fue de 89%. Las variables que se asociaron, en forma independiente, con el punto final combinado fueron: FSVI preoperatoria < 30% y la necesidad de cirugía combinada con plástica tricuspídea o revascularización miocárdica. El porcentaje de Plásticas fallidas fue de 13,6 % .

Conclusiones: La plástica de válvula mitral es un procedimiento quirúrgico de bajo riesgo, con excelentes resultados a largo plazo.

0178 - SÍNDROME DE BAJO VOLUMEN MINUTO CON FUNCIÓN SISTÓLICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO CONSERVADA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA VALVULAR AÓRTICA

Dra. ESCARAIN, Maria Carolina | Dr. OCHOA, Juan Pablo | Dr. SCIARRESI, Esteban Andres | Dra. JUAREZ, Maria Laura | MOUKARZEL, Juan | NALLAR, Florencia | Dra. GALLUCCI, Emilce Mabel | Dr. FAVALORO, Roberto Rene

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: Determinar factores predictores y morbimortalidad asociada al SBVM en pacientes (p) operados de CVAo.

Materiales y Métodos: Entre 01-2009 y 12-2009, se operaron, en nuestro centro, 262p de CVAo, de los cuales se incluyeron 117 p con estenosis aórtica y FSVIc. Se definió: SBVM: IC < 2.2 L/min/m2 ó SvO2 < 50%; FSVIc: fracción de eyección > 50%; Función diastólica del ventrículo izquierdo alterada (FDVI alt): patrón de alteración de la relajación, pseudonormal ó restrictivo y conservada (FDVI c): sin dichos trastornos. Las variables que en el análisis univariado demostraron una asociación significativa al SBVM fueron analizadas mediante Regresión Logística para determinar los factores predictores independientes.

Resultados: Edad media 68 (±8) años; FDVIalt en 78p (67%). Se realizó CVAo en 76p (65%) y CVAo + Cirugía de Revascularización Miocádica (CRM) en 36p (35%). En el POP se diagnosticó SBVM en 46p (40%). En el 82 % de éstos, se constató FDVIalt (p= 0,06). El 100% de los p con Gradiente Intraventricular > 25 mmHg (GIV) presentó SBVM (p=0,04). Mortalidad hospitalaria global 5% (6p). Las variables asociadas en forma significativa al SBVM en el análisis univariado fueron: hipertensión arterial (HTA); RVAO + CRM; edad; diámetros sistólico del ventrículo izquierdo (DSVI); gradiente medio; Score Parsonnet (SP); EuroSCORE y tiempo de circulación extracorpórea (TCEC). Los p con SBVM presentaron mayor morbimortalidad en el POP. En el análisis de regresión logística se identificaron como predictores independientes de SBVM: HTA (OR 5,2 (IC 95% 1,2-23,3)); SP (OR 1,3 (IC 95% 1 – 1,6)); DSVI (OR 0,86 (IC 95% 0,76-0,97)) y TCEC (OR 1 (IC 95% 1-1,1)).

Complicaciones POP	p sin SBVM (n:71)	p con SBVM (n 46)	Valor de p
Asistencia Respiratoria Mecánica (Horas)	13 (± 17)	29 (± 20)	< 0.01
Láctico pico (mg/dl)	26 (±17)	44 (±29)	< 0.01
Insuficiencia Renal Aguda	6p (8%)	10p (23%)	0,02
Plaquetopenia	17p (24%)	24p (54%)	< 0.01
Días de Internación	8 (±4)	11(±7)	0,03
Mortalidad	-	6 (16%)	< 0.01

Conclusiones: El SBVM con FSVIc en el POP CVAo es un cuadro clínico asociado a mayor morbimortalidad. Todos los p con GIV en el POP presentaron SBVM. Fueron identificados como predictores independientes de SBVM: HTA, DSVI, SP y TCEC.

0179 - CAMBIOS EN LA CIRUGIA CORONARIA DURANTE LOS ÚLTIMOS 17 AÑOS.

Dr. CAROSELLA, Victorio Carlos | Dr. RODRIGUEZ, Walter | CACERES, Miguel | SELLANES, Miguel | Dra. CARNEVALINI, Mariana | Dr. GRANCELLI, Hugo Omar | CARDENAS, Cesar | NOJEK, Carlos A

FLENI

Objetivos: Evaluar los cambios en las características clínicas preoperatorios de la población intervenida, las técnicas de revascularización utilizadas y la mortalidad operatoria de la cirugía coronaria en los últimos 17 años.
Materiales y Métodos: Se incluyeron 3232 pacientes adultos consecutivos que fueron intervenidos por cirugía de revascularización miocárdica como único procedimiento e incluidos en nuestra base de datos prospectiva. Se analizó la población operada entre los años 2002 - 2010 (grupo A) , n = 800, comparada a la operada entre los años 1994 - 2001 (grupo B), n = 2432, de acuerdo a los factores de riesgo clínicos previos a la cirugía, las características del cuadro coronario, la prioridad de la cirugía, el procedimiento de la revascularización utilizada y la mortalidad intrahospitalaria. Los datos fueron analizados mediante test de chi cuadrado, test de Fisher o prueba de ANOVA según corresponda. Se consideró significativa una p < 0,05.
Resultados: La población del grupo A comparada al grupo B mostró una edad media similar (63,8±10,2 vs. 63,7±9,4 años, p=NS) pero un mayor porcentaje de pacientes > de 80 años (4,5 % vs. 2,1 %, p < 0,001), menos mujeres (12,9 % vs. 18,7 %, p < 0,0001), más insuficiencia renal preoperatoria (4,2 % vs. 2,7 %, p = 0,03), menos angina inestable como presentación clínica (38,5 % vs. 73,3 %, p < 0,0001), menos angina en las 24 horas previas a la cirugía (5,5 % vs. 18,2 %, p < 0,0001) pero un mayor porcentaje de cirugía no electiva (15,6 % vs. 9,2 %, p < 0,0001); mayor porcentaje de pacientes con lesión de tronco > al 50% (29,8 % vs. 15,9 %, p < 0,0001) y mayor utilización de balón de contrapulsación preoperatorio (5,3 % vs. 3,5 %, p = 0,03).
La mortalidad intrahospitalaria en el grupo A fue significativamente menor (3,25 % vs. 8,26 %, p < 0,0001).

Procedimiento quirúrgico	Grupo A (%)	Grupo B (%)	p
Cirugía sin bomba	15,3	4,2	< 0,0001
Pacientes con doble mamaria	19,1	3,9	< 0,0001
Pacientes con doble radial	2.1	0,6	< 0,0001
Múltiple anastomosis distal mamaria	24,3	4,9	< 0,0001
Múltiple anastomosis distal radial	9,0	5,3	< 0,001
Revascularización incompleta	6,9	17,2	< 0,0001

Conclusiones: La cirugía coronaria aislada de los últimos años se caracteriza por: una población con cuadros clínicos más estables aunque con otras variables de mayor riesgo operatorio, el empleo más frecuente de múltiples conductos arteriales, mayor número de anastomosis secuenciales, mayor porcentaje de pacientes con revascularización completa y una menor mortalidad operatoria.

0181 - CIRUGIA DE REEMPLAZO VALVULAR AORTICO EN PACIENTES OCTOGENARIOS.

PIPKIN, Mariano | STAMPONE, Gustavo | ANDRES, Maria Sol | VERON, Facundo | Dra. SALVATORI, Carolina | BLANCO, Gustavo | ABUD, Jose | FAVALORO, Roberto

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: Analizar los resultados hospitalarios y en el seguimiento, de la Cirugía valvular aórtica en pacientes octogenarios, en nuestro centro.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo que incluyó en forma consecutiva, entre enero de 2005 y diciembre de 2010, 114 pacientes (p) portadores de estenosis aórtica severa sometidos a reemplazo valvular aórtico (RVAo) aislado o combinado, en forma electiva o como urgencia. Se analizaron los eventos asociados a la mortalidad a 30 días y hospitalaria y la supervivencia a 5 años. Para el seguimiento se realizaron análisis de historia clínica, y-o encuestas telefónicas.
El análisis estadístico se realizó con prueba de T de Student para las variable continuas y chi cuadrado con corrección de Fisher para variables categóricas. La sobrevivencia fue analizada con curva de Kaplan-Meier.

Resultados: La edad media fue 82 años ± 2 años (rango entre 80 y 88 años), siendo 63 p (52%) de sexo masculino. Antecedentes: Hipertensión arterial 88%, Diabetes 10%, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 10%,Insuficiencia renal crónica (IRC) 14%, Fibrilación auricular permanente 11 %. El 54 % de los p se encontraban en CF II y el 29 % en CF III. Datos Ecocardiográficos: 10% de los pacientes presentaron deterioro moderado o severo de la función del Ventrículo izquierdo, 14% hipertensión pulmonar moderada o severa. Scores de riesgo: Parsonnet 12 ± 3, Euroscore 8 ± 2. En 51p (42 %) se realizó cirugía de revascularización miocárdica (CRM) asociada. De todos los procedimientos, 27 (23%) fueron de urgencia. Para cirugía de RVAo electiva, la mortalidad hospitalaria y a 30 días fue 7% y 5% respectivamente, en cambio en la cirugía combinada fue 9% y 6% respectivamente. La mortalidad hospitalaria en cirugías de urgencia fue del 22%.
En el análisis univariado, fueron predictores estadísticamente significativos de muerte hospitalaria el antecedente de insuficiencia cardíaca, el clearance de creatinina, puntaje de Euroscore, tiempo de bomba, el sindrome de bajo volumen minuto (SBVM), uso de Balón de contrapulsación aórtico (BCA), insuficiencia renal aguda, sepsis, y horas de Asistencia respiratoria mecánica (ARM).En el analisis multivariado, se identificaron como predictores independientes para muerte hospitalaria el tiempo de bomba (OR 1.02 IC 1-1.04) y el bloqueo AV completo (OR 5.63 IC1.44-22). Fueron predictores de muerte en el seguimiento la edad (OR 1.39 IC 1.01-1.91) y el sexo masculino (OR1.12 IC 1.01-1.98).
El seguimiento se completó en el 93% de los pacientes con una media de 1156 dìas (RI 533 -1768 días). La supervivencia al año fue de 85% y a los 5 años 73%.

Conclusiones: La cirugía de reemplazo valvular aórtica y combinada, en pacientes mayores de 80 años , realizada en forma electiva, es un procedimiento con buenos resultados a corto y mediano plazo.

0180 - EXPERIENCIA INICIAL EN LA REDUCCIÓN QUIRÚGICA DE AURÍCULA IZQUIERDA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR

Dr. LESCANO, Adrian Jose | NICCOLAS, Sebastian | COSTELLO, Ramiro | CARDENAS, Cesar | VOGGELMAN, Oscar | PENSA, Claudio | TINETTI, Matias | PIAZZA, Antonio

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD FORMOSA

Objetivos: 1) Determinar la persistencia del ritmo sinusal al año de seguimiento en un grupo de pacientes (p) con reducción quirúrgica de la aurícula izquierda (RQAI). 2) Demostrar la reducción persistente del diámetro y volumen de aurícula izquierda (AI) en posoperatorio alejado.
Materiales y Métodos: Se incluyeron 15 pacientes con indicación de cirugía cardiovascular (CCV) por valvulopatías, antecedentes de fibrilación auricular (FA) y dilatación severa de AI. La evaluación ecocardiográfica se realizó con un ecógrafo Esaote muy lab 30 gold, con un transductor de 2,5 Mhz y 2 operadores con experiencia. Se determinó el área (vistas de 4 cámara apical), diámetros anteroposterior (vista de eje largo paraesternal) y volumen de AI (cuantificación de volumen en vistas de 4 y 2 cámaras); además de los parámetros de función sistólica ventricular izquierda (VI), diámetro diastólico (DD), diámetro sistólico (DS) y las valvulopatías, siguiendo las recomendaciones internacionales. Con los datos de la historia clínica y el electrocardiograma (ECG) se definió diagnóstico de FA. En relación a la técnica de intervención en todos los p se realizó reducción quirúrgica de AI (RQAI) a expensas de resección del piso (entre las venas pulmonares inferiores y el anillo Mitral), se efectuó plicatura durante el cierre de la auriculotomía en la cara lateral derecha y el techo de la AI, y resección de la orejuela Izquierda. Se usó Eco Trans-esofágico Intraoperatorio (ETE) en todos los casos. Como protocolo del posoperatorio se administró amiodarona, por vía endovenosa, 15 mg/kg/día, durante 48 horas y se mantuvo por vía oral más de 3 meses en 6 p. El seguimiento ambulatorio se realizó a los 30 días, 3, 6 y 12 meses con control cardiológico, ECG y ecocardiográfico (al año).
Resultados: Un total de 15 pacientes realizaron RQAI y cirugías valvulares. 9 reemplazos de válvula mitral, 5 plásticas mitrales (5 anillos, 2 neocuerdas, 1 Alfieri,1comisurotomía), 2 reemplazos de válvula aórtica, 3 plásticas tricúspideas. Se realizó Maze IV en 13 p con radiofrecuencia bipolar. El tiempo de bomba promedio fue 113 minutos (IC 95% 90-130) y tiempo de clampeo 79 minutos (IC95% 60-97). Entre las características de la población se observa: edad media 56 años, 9 mujeres, tiempo de FA promedio de 23 meses. El motivo de la indicación quirúrgica fue: estenosis mitral 8, insuficiencia mitral 5, estenosis aórtica 2. Entre las características ecocardiográficas se observa: DD VI 57 mm, DS VI 41 mm, Fracción de eyección VI promedio 53%, diámetro anteroposterior de AI 63 mm, área de 45 cm2, volumen de AI de 145 ml. No se observó mortalidad y 1 p presentó sangrado médico, con asistencia respiratoria prolongada. En el seguimiento promedio a 12 meses el control ecocardiográfico demostró reducción no significativa de los diámetros ventriculares (DD. VI 51 mm, DS.VI 37 mm) y fracción de eyección promedio del 48%. En relación a la AI se observa reducción significativa del diámetro anteroposterior del 24% (61 a 48 mm, p <0.01), área del 31% (45 a 31 cm2, p <0.01) y volumen del 41% (145 a 85 ml,p<0.01). En relación a la persistencia del ritmo sinusal, se observó en 13 pacientes (87%) y los 2 casos de FA se presentaron a los 6 meses. Las protesis y plásticas valvulares se encuentran normofuncionantes en todos los casos. En el análisis estadístico se utilizó el test de T para las variables continuas.
Conclusiones: En nuestra experiencia preliminar la reducción quirúrgica de la AI ha demostrado una elevada persistencia del ritmo sinusal al año de seguimiento, en pacientes con alto riesgo para el desarrollo de FA. Los diámetros y volúmenes de aurícula izquierda permanecen reducidos en forma significativa en este período.

0182 - FACTORES PREDISPONENTES E IMPLICANCIA PRONOSTICA DE LA TROMBOCITOPENIA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA

Dra. RIZNYK, Laura Mariana | Dr. OCHOA, Juan Pablo | GALUCCI, Emilse

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: Analizar la incidencia, los factores predisponentes para el desarrollo, y el significado pronóstico de la trombocitopenia en una población de pacientes sometidos a CRM.

Materiales y Métodos: Se analizaron en forma retrospectiva 413 pacientes (p) consecutivos sometidos a CRM pura (se excluyeron las cirugías combinadas) entre Octubre de 2007 y Abril de 2011. Se definió como trombocitopenia severa a un recuento plaquetario igual o menor a 80.000/mm3. Se analizaron las características basales de la población y el desarrollo de complicaciones intrahospitalarias. Las variables continuas fueron expresadas como medias +/- SD y comparadas mediante el test de t si presentaban distribución normal o el de Mann-Whitney si no la presentaban. Las variables categóricas fueron expresadas como números enteros y porcentajes, y comparadas mediante el test de Chi cuadrado o exacta de Fisher según corresponda. Se tomó como significativo un valor de p < 0.05.

Resultados: La incidencia global de trombocitopenia severa fue del 16.6 % (70 p) y la mortalidad del grupo 1.4% (6 p). Se pudo observar que el grupo con trombocitopenia era más añoso (67.6 vs. 63.9 años, p 0.005), de sexo masculino (96.3% vs. 3.7%, p 0.039), presentaba mayor deterioro de la función sistólica del ventrículo izquierdo (FSVI) (deterioro severo 25.9% vs 10.6%, p 0.002) y se había sometido en mayor proporción a cirugías con circulación extracorpórea (CEC) (CEC 83.3% vs sin CEC 16.7%, p = 0.004). Las variables que se asociaron a mayor incidencia de trombocitopenia fueron: tiempos de bomba más prolongados (117.9 minutos vs. 103.6 minutos, p 0.002), infusión de milrinona (50.9% vs. 12.1%, p < 0.01), desarrollo de insuficiencia renal aguda (27.8% vs. 8.4%, p < 0.01) y utilización de BCIA (25.9% vs 2.5%, p < 0.01).
Los factores de riesgo independientes para el desarrollo de trombocitopenia luego del análisis de regresión logística fueron: la edad (OR 1.05), el aumento del tiempo de bomba (OR 1.03), la presencia de deterioro severo de la FSVI (OR 14.2) y el uso de BCIA (OR 11.9).
La trombocitopenia se asoció a una mayor estadía hospitalaria (12.7 vs. 9.68 días, p= 0.002) y mayor permanencia en áreas críticas (5.04 vs. 2.2 días, p < 0.01). Hubo un aumento significativo de la mortalidad intrahospitalaria en el grupo (9.3 vs. 0.3%, p < 0.01).

Conclusiones: Le edad, el aumento del tiempo de bomba, el deterioro severo de la FSVI y la utilización de BCIA en el postoperatorio fueron factores de riesgo independientes para el desarrollo de plaquetopenia, no pudiendo demostrarse tal asociación con la presencia de CEC y la infusión de milrinona. Los pacientes con trombocitopenia severa presentaron una prolongación de los días de estadía intrahospitalaria y de permanencia areas criticas, presentando un aumento significativo de la mortalidad.

0183 - VÁLVULA AORTICA BICÚSPIDE CON O SIN DILATACIÓN DE AORTA ASCENDENTE: CORRELACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA

Dr. GROMENIDA, Paolo Yoel | PICCININI, Fernando | VRANCIC, Mariano | GUSTAVO, Siles | GIL, Christian | GUZMAN, Francisco | THIERER, Jorge | NAVIA, Daniel

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Objetivos: Existe una clara asociación entre válvula aórtica bicúspide y enfermedad aneurismática de la aorta ascendente, como resultado de alteraciones histológicas identificadas a nivel de la pared aortica. El objetivo del estudio fue determinar la presencia y grados de lesión histopatológicas de la pared aórtica en pacientes con válvula bicúspide con o sin dilatación de aorta ascendente, y su correlación con los hallazgos operatorios.

Materiales y Métodos: Se analizaron en forma prospectiva los estudios histopatológicos de la pared aortica en 24 pacientes consecutivos con válvula bicúspide intervenidos en el período Octubre 2009-Abril 2011. Se dividió la población en dos grupos de acuerdo al compromiso de aorta ascendente (diámetro mayor 45mm): G1: Cirugía valvular aortica aislada (n =10) y G2: Cirugía valvular con reemplazo de aorta ascendente (n=14). Edad promedio fue 59 + 4 años. Se reportan variables demográficas, condición clínica preoperatoria y datos intraoperatorios. Se efectuó análisis histopatológico de la aorta ascendente para el grupo total de pacientes utilizando la clasificación de Schlatmann and Becker según compromiso histopatológico y presencia de: fibrosis, inflamación, calcificación y necrosis quística de la capa media.

Resultados: : El diámetro de la raíz aortica fue diferente entre los dos grupos (G1: 32 mm vs. G2: 49.5 mm, p 0.0002) No hubo diferencias entre los grupos (G1 vs G2) en cuanto a HTA, DLP, EXTBQ, DISNEA, ANGOR, INSUFICIENCIA AORTICA, ESTENOSIS AORTICA.

Variables	G1(n=10)	G2 (n=14)	p
Diámetro Ao Máx mm	mediana 32	mediana 49.5	0.0002
Anatomía patológica			
Sin lesión o Grado 1	80%	28,57%	0.013
Grado2 o Grado 3	20%	71,43	

Conclusiones: En 91% de los pacientes estudiados con BAV se registro cambios histopatológicos de la pared aortica. Existió una directa correlación entre la presencia de dilatación de la aorta ascendente y la severidad del compromiso histopatológico. El hallazgo de lesiones histopatológicas leves en la pared aortica en pacientes del grupo 1 será motivo de una evaluación prospectiva.

0184 - PREDICTORES DE INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO (ISQ) ASOCIADA A ESTERNOTOMÍA: EXPERIENCIA EN 6046 CIRUGÍAS CARDÍACAS (1998-2010).

Dr. FERNANDEZ OSES, Pablo Andres | THIERER, Jorge | VRANCIC, Mariano | PICCININI, Fernando | VACCARINO, Guillermo | BENZADON, Mariano | NAVIA, Daniel | NACINOVICH, Francisco

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Objetivos: Identificar predictores de ISQ asociadas a esternotomía realizada por cirugía cardiaca en un centro monovalente de alta complejidad.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de cohortes, empleando la base de datos del Servicio de Cirugía y del Servicio de Infectología de la institución. Se analizaron las cirugías de revascularización miocárdica (CRM), de reemplazo valvular (CRV), combinadas (CRM+CRV) y simultáneas (CRM+cirugía carotídea - CC). A través de análisis univariado se identificaron las variables asociadas con ISQ. Aquellas variables que mostraron una asociación estadísticamente significativa fueron incorporadas a un modelo de regresión logística múltiple para poder identificar predictores de ISQ independientes de eventos. Para la discriminación se utilizó un valor de p<0.05 a dos colas.

Resultados: Entre julio de 1998 y diciembre de 2010 se analizaron 6046 pacientes sometidos a esternotomía mediana. Edad: 64+/- 11 años; sexo M 77, 7%. Se registraron 287 ISQ (4,75%): 103 (1,7%,) incisionales, 184 (3,04%) profundas (mediastinitis 2,38%, osteomielitis 0,36%, endocarditis 0,30%). Predictores de ISQ (incisionales + profundas) en el análisis univariado: edad (OR 1,01; IC 95% 1,00-1,02), sexo femenino (OR 1.49; IC 95% 1,15-1,94), diabetes (OR 2,29; IC 95% 1,78-2,95), cirugía de emergencia dentro de las 24 hs (OR 1,40; IC 95% 1,10-1,79), cirugía combinada (OR 1,67; IC 95% 1,11-2,52) y simultánea (OR 4,12; IC 95% 1,36-12,47), BMI (OR 1,03; IC 95%1,00-1,06), reoperación (OR 1,85; IC 95% 1,14-3,01), bajo gasto cardíaco (OR 1,87; IC 95% 1,30-2,68), glucemia pico (primeras 48 hs post-operatorio; OR 1.005; IC95% 1.002-1.008) 209 mg% (media), creatinina pico (el mayor registro durante toda la internación; OR 1,62; IC95% 1,60-1,65) 1,96 mg/l (media), asistencia respiratoria mecánica (ARM) prolongada (>48 hs; OR 2,69; IC 95% 1,82-3,97). Predictores independientes de ISQ (incisionales + profundas) en el análisis multivariado: sexo femenino (OR 1.56; IC 95% 1,20-2,04), diabetes (OR 2,38; IC 95% 1,84-3,07), cirugía combinada (OR 1,52; IC 95% 1,10-2,11) y simultánea (OR 4,35; IC 95% 1,46-12,90), reoperación por sangrado (OR 1,68; IC 95% 1,01-2,78), ARM prolongada (OR 2,28; IC 95% 1,52-3,40).

Conclusiones: Identificar a los pacientes de alto riego, permite implementar estrategias de prevención perioperatorias, de modo de reducir el impacto de las ISQ, en particular las ISQ profundas: extremar las medidas habituales de cuidado en pacientes de riesgo y, entre los factores modificables, asegurar el control de la glucemia, individualizar el uso de la doble arteria mamaria interna, así como el adecuado control hemostático y de la función renal en el período post-operatorio.

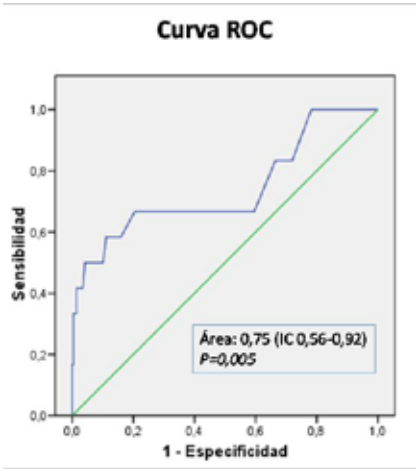
0185 - VALOR PRONOSTICO DEL LACTATO EN EL POST-OPERATORIO DE CIRUGIA CARDIACA.

Dr. ARAGON, Martin | Dr. BENZADON, Mariano N. | VRANCIC, Mariano | PICCININI, Fernando | VACCARINO, Guillermo | NAVIA, Daniel

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Objetivos: Analizar el valor pronóstico de la elevación del lactato (L) en el post-operatorio de cirugía cardíaca.

Materiales y Métodos: Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo utilizando una base de datos prospectiva. Desde enero 2009 hasta enero 2010, se incluyeron 421 pacientes (P) consecutivos sometidos a cirugía cardíaca (56,8% revascularización miocárdica, 26,9% recambio valvular y 16,3% cirugía combinada). La edad media fue de 66±11 años, 22% fueron mujeres. Los valores de L fueron medidos inmediatamente al ingresar a la recuperación cardiovascular (L1) y a las 12 horas (L2) del post-operatorio en 301 P.



Resultados: El uso de circulación extracorpórea fue de 46% y el tiempo quirúrgico de 207±59 minutos. Las tasas de bajo gasto cardíaco (BG) y mortalidad fueron del 3,7% y 4%, respectivamente. El síndrome de BG se asoció a un mayor valor de L2 (2 vs. 3,5 mMol/L, p>0,001), mientras que la mortalidad se asoció a mayores niveles de L1 (2,6 vs. 4,6 mMol/L; p=0,086 tendencia) y de L2 (1,9 vs. 5,1 mMol/L, p=0,005). Ajustados por variables preoperatorias e intraoperatorias, el L2 se asoció independientemente con la mortalidad (OR 1,8; IC 95% 1,2-2,9; p=0,007). Se realizó una curva ROC para determinar un valor de corte de L2 predictor de mortalidad, encontrándose un área debajo de la curva de 0,74 (IC 0,56-0,92; P=0,005) y un punto de corte de ›3,3 mMol/L. La mortalidad fue significativamente mayor en P con L2 ›3,3 mMol/L (6,5% vs. 2,1%; OR: 3,2; IC 95% 1,2-9,2; P=0,025).

Conclusiones: El L2 es una variable simple de medir que está asociada a mayor mortalidad. El valor de corte de L2 ›3,3 mMol/L fue el que mejor discriminó mortalidad.

0186 - PREDICTORES DE MEDIASTINITIS ASOCIADA A ESTERNOTOMÍA EN CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA: EXPERIENCIA EN 3589 CIRUGÍAS (1998-2010).

Dr. FERNANDEZ OSES, Pablo Andres | THIERER, Jorge | VRANCIC, Mariano | PICCININI, Fernando | VACCARINO, Guillermo | BENZADON, Mariano | NAVIA, Daniel | NACINOVICH, Francisco

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Objetivos: Identificar predictores de M asociadas a CRM, en un centro monovalente de alta complejidad.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de cohortes, empleando la base de datos de los servicios de Cirugía e Infectología. Se comparó al grupo de pacientes sin ninguna infección incisional ni profunda con los pacientes que sufrieron una M. A través de análisis univariado se identificaron las variables asociadas con M, y las estadísticamente significativas fueron analizadas por regresión logística múltiple para identificar predictores independientes. Para la discriminación se utilizó un valor de p<0.05 a dos colas.

Resultados: Entre julio 1998 y diciembre de 2010, 3589 pacientes fueron sometidos a CRM; de ellos 3510 cirugías fueron estudiadas (3433 sin ninguna infección vs 77 con M). Edad: 63,79 ± 9,7 años; Hombres: 87,4 %. La incidencia de M fue 2,24%.
Predictores de M en el análisis univariado: edad (OR 1.02; IC95% 1.001-1.05), diabetes (OR 4.38; IC95% 2.77–6.92), cirugía no electiva (OR 2.02; IC95% 1.28- 3.16), Insuficiencia cardiaca previa (OR 3.28; IC95% 1.28–8.38), bajo gasto cardíaco (OR 1.87; IC95% 1.30-2.68), y ARM prolongada (> 48 hs post-operatorio; OR 4.07; IC95% 1.90-8.71). Predictores independientes de M en el análisis multivariado: Diabetes (OR 4.18 IC95% 2.64-6.93), ARM prolongada (OR 2.98 IC95% 1.36-6.55) y cirugía no electiva (OR 1.77 IC95% 1.11-2.81)
Se realizó un sub-estudio con las cirugías realizadas a partir del año 2005 (n=1798), dado que a partir de esta fecha se empezó a monitorear más estrictamente la glucemia y la función renal en el post quirúrgico cercano. Se evaluó si esta estrategia tuvo algún impacto en la incidencia de M. En este modelo una creatinina pico mayor a 1,8 mg/dl fue predictor independiente de mediastinitis (OR 3 IC95% 1.57-5.71), junto con la diabetes y la cirugía no electiva.
El uso de técnica de “doble mamaria” no mostró asociación de mayor incidencia de M (OR 0.68 IC95% 0.19-2.38)

Conclusiones: La incidencia de M estuvo asociada fuertemente a condiciones basales (diabetes) y factores vinculados con la cirugía (urgencia-emergencia y complicaciones posoperatorias). Conocer los factores que predisponen a presentar M post CRM permitiría realizar mejoras en las medidas de control y prevención adecuados

0187 - TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA FIBRILACION AURICULAR CON TÉCNICA DE MAZE, RESULTADOS Y PREDICTORES DE RECURRENCIA

Dr. GIL, Christian Gonzalo | PICCININI, Fernando | VRANCIC, Mariano | GROMENIDA, Paolo | GUZMAN, Francisco | SILES, Gustavo | THIERER, Jorge | NAVIA, Daniel

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Objetivos: Evaluar la efectividad de la cirugía de MAZE por radiofrecuencia y establecer predictores de recurrencia para fibrilación auricular (FA).

Materiales y Métodos: Se analizan retrospectivamente 84 pacientes con diagnostico preoperatorio de fibrilación auricular paroxística y/o persistente, y sometidos a cirugía de Maze por radiofrecuencia en ocasión de procedimiento valvular, coronario o combinado, en el período Junio 2004-Diciembre 2010. Se efectuó ablación por radiofrecuencia unipolar y bipolar, izquierda y derecha según protocolo de Maze III y Maze IV. Se inicia terapia antiarrítmica en etapa postoperatoria inmediata y anticoagulación reglada por 3 meses.Se analiza morbilidad y mortalidad hospitalaria y al seguimiento alejado. Se reporta recurrencia de FA, requerimiento de marcapaso. Se efectuo un seguimiento alejado del 88%con una mediana de1082± 695 días. Se evaluan predictores de recurrencia de FA mediante test de Fisher test.

Resultados: 84 pacientes, edad 67± 11.1, varones 47.6%, Mortalidad hospitalaria 4.7%. Cuadro clínico: Asintomaticos 16%, AI 9,52%, disnea CFIII IV 58.3%, redo12%.El tamaño auricular izquierdo medio fue de 48.9±14.5 mm. FA paroxistica 18% permanente 82%. Medicación preoperatorias: Betabloq 60%, antiarritmicos 26.2%, ACO 36.9%.Data operatoria: prioridad electiva 87%. Tiempo operatorio 220±47 min, clampeo 89±29 min, CEC 116±31min, procedimientos asociados: CRM 6%,RVAO 33.7%, Mitral 73.5%, combinada 19,27%.Posoperatorio: Ritmo postoperatorio inmediato: sinusal 52%, FA 17.7%, Ritmo de la union/nodal 24.8% Bloqueo AV 5.5%. Al alta, FA 40%.Al seguimiento alejado: Mortalidad 4 pacientes (5.6%), FA 28%, anticoagulación 60.5%, tto antiarritmico 21%.
Resultaron predictores de recurrencia de FA al seguimiento, por análisis univariado, la cirugía combinada valvular coronaria, FA al alta (p< 0-05).

Conclusiones: La cirugía de MAZE fue eficaz en la ablación de FA en la gran mayoria de los pacientes operados con baja tasa de recurrencia en el seguimiento alejado. Se identificaron predictores de recurrencia a la presencia de FA al alta y cirugía combinada.

0188 - CIRUGÍA CORONARIA CON VS SIN CIRCULACION EXTRACORPOREA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO: RESULTADOS INMEDIATOS.

Dr. VRANCIC, Juan Mariano | PICCININI, Fernando | SILES, Gustavo | GUZMAN, Francisco | GROMENIDA, Paolo | THIERER, Jorge | GIL, Christian | NAVIA, Daniel

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Objetivos: Comparar los resultados de la cirugía coronaria con y sin circulación extracorpórea (CEC vs sinCEC), en términos de reducción de la incidencia de complicaciones relacionadas con la misma.
Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes (p) prospectivos y consecutivos operados desde enero de 1997 a diciembre de 2010 por enfermedad coronaria exclusivamente, con Euroscore>= 6 (alto riesgo). Se identificaron predictores para mortalidad y complicaciones mayores (infarto postoperatorio (IAM), accidente cerebrovascular (ACV), reoperación por sangrado (REDO), diálisis, bajo gasto cardíaco y asistencia respiratoria mecánica por más de 48hs (ARM)) y la combinación de dichos eventos (EC) al alta o dentro de los 30 días del postoperatorio. Los resultados se analizan de acuerdo al criterio de intención de tratar. Se dividieron los p en 2 grupos CEC (n:286, 38,5%) y sinCEC (n:456, 61.4%). Resultados: Se incluyeron 742 p, edad promedio 71.7 ± 8.5 años, 77,3% hombres, Euroscore promedio 7.7 ± 2, infarto previo 32,8%, diabetes 29,6%, balón preoperatorio 9,8%, función sistólica moderada-severa (VISEV) 54% . Se convirtieron a CEC 12p (1,6%).

	CEC n: 286 (38.5%)	sinCEC n:456 (61.4%)	valor p
IAM	15 (5,24%)	10 (2,19%)	0.025
REDO	13 (4,55%)	13 (2,85%)	0.22
ACV	3 (1,05)	8 (1,75%)	0.4
BGC	50 (17.4%)	49 (10,7%)	0.02
DIALISIS	8 (2,8%)	14 (3%)	0.8
ARM	20 (6.9%)	30 (6,58%)	0.8
MUERTE	38 (13,2%)	34 (7,4%)	0.09
EC	85 (29,7)	91 (19,9%)	0.02

En la tabla 1 se muestran los resultados de los grupos CEC y sinCEC. Resultaron variables independientes para mortalidad en el análisis multivariado: edad OR 1.05, p:0.003, IC 95%: 1.01-1.09; la cirugía no electiva OR 2,76, p:0.002, IC 95%: 1.4-5.3; CEC: OR 2.02, p: 0.02, IC 95%: 1.11-3.6; conversion a CEC: OR 10.4, p<0.001, IC 95%: 2.8-38.7; aorta calcificada OR:3.38, p:0.006, IC95%: 1.42-8.04, cirugía coronaria previa OR:2.75, p:0.002, IC95%: 1.44-5.26 y shock cardiogénico al ingreso OR:6.15, p:0.009, IC95%: 1.56-23.9. Las variables para eventos combinados fueron: CEC: OR 1.89, p: 0.003, IC 95%: 1.24-2.88; diabetes OR 1.58 p:0.024, IC 95%: 1.06-2,36; la cirugía no electiva OR 2,16, p<0.001, IC 95%: 1.4-3,31; conversión a CEC: OR 18.5, p<0.001, IC 95%: 4.5-75.6; VISEV OR: 2,13, p<0.001, IC95%:1.42-3.2; aorta calcificada OR:3.14 p:0.002, IC95%: 1.52-6.51, cirugía coronaria previa OR:1.89, p:0.01, IC95%: 1.15-3.08; shock cardiogénico al ingreso OR:26.3, p=0.002, IC95%: 3.21-215 y balon preoperatorio OR:3.25, p<0.001, IC95%: 1.75-6.02.
Conclusiones: La cirugía coronaria sinCEC en pacientes de alto riesgo reduce la mortalidad y los eventos combinados comparada con CEC. CEC es predictor de mortalidad y eventos combinados en estos pacientes.

0189 - PREVALENCIA E IMPLICANCIA DE LA DISFUNCIÓN RENAL OCULTA EN LA CIRUGÍA CORONARIA SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA.

Dr. GUZMÁN, Francisco | VRANCIC, Juan Mariano | PICCININI, Fernando | BENZADON, Mariano | GROMENIDA, Paolo | GIL, Christian | SILES, Gustavo | NAVIA, Daniel

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)

Objetivos: La disfunción renal oculta (DRO), definida como creatinina preoperatoria normal con clearence alterado, es predictor de morbimortalidad en cirugía coronaria (CRM) con circulación extracorpórea (CEC). El objetivo de este trabajo es evaluar la prevalencia de DRO y su implicancia en el postoperatorio (PO) de pacientes con CRM sin CEC.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional. Se analizaron 1487 pacientes (no consecutivos) en el periodo comprendido entre enero de 2004 – diciembre de 2010, que presentaron valor de creatinina preoperatoria normal y DRO. Fueron divididos en dos grupos de acuerdo al clearence de creatinina calculado con la fórmula de Cockroft- Gault: no-DRO: clearence >/=;60ml/min (n=1243) y DRO: clearence </=; a 60 ml/min (n=244). Se estudiaron variables demográficas, clínicas, operatorias y morbimortalidad al alta. Se utilizaron los test de chi2 Fisher test y t-test.

Resultados: La prevalencia de DRO fue de 244/1487p (16,4%). Las variables demográficas, clínicas y operatorias que resultaron con significancia estadística fueron (tabla1).En el análisis multivariado, DRO se identificó como factor de riesgo independiente para las siguientes complicaciones: insuficiencia renal no dialítica (p=0,001; OR: 1.74, p=0.006, IC 1.17-2.6) y sangrado médico (OR: 1,94, p=0,004, IC 1,24- 3).

	DRO (N=244)	NO DRO (243)	valor p
Edad (años)	72,5 ±7	61,7 ± 8	p<0.01
Mujer	85	101	p<0.001
HTA	211 (86.4)	942 (75.7)	p<0.01
Vasculopatía	37 (15.1)	94(7.5)	p<0.01
ACV previo	18 (7.38)	37 (2.98)	p<0.01
Angor inestable	22 (9)	70 (5.6)	p<0.045
Disnea	22 (9)	67 (5.3)	p<0.029

Conclusiones: La disfunción renal oculta es un factor de riesgo independiente de insuficiencia renal no dialítica y sangrado médico en el postoperatorio de CRM sin CEC. No hubo diferencia significativa con respecto a la mortalidad y complicaciones mayores entre ambos grupos.

0190 - SINDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS CON BY PASS CARDIOPULMONAR.

MANZOLILLO, Noeli | CRUZ, Osvaldo | RINAS CASULLO, Maximiliano | PICCOLI, Fernando | PEREZ, Claudia | ESCUDERO CORREA, Teresa | DIAZ BELTRAN, Lisandro | MATTA, Leticia

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA JF CABRAL

Objetivos: 1) Determinar la prevalencia de Sindrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS) en nuestro Servicio; 2) Determinar factores de riesgo para el desarrollo de SIRS; 3) Determinar la asociación de SIRS con presencia de complicaciones (muerte, arritmias, infecciones, bajo gasto, Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) prolongada); 4) Seguimiento a largo plazo de mortalidad.
Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo y analítico de seguimiento a corto y largo plazo. Población: Pacientes sometidos a cirugía cardíaca pediátrica en el Instituto de Cardiología de Corrientes entre Septiembre del 2010 y Marzo del 2011. Criterios de Inclusión: Pacientes mayores a un mes y menores de 18 años sometidos a cirugía de cardiopatías congénitas con Circulación extracorpórea (CEC). Criterios de exclusión: cirugía de urgencia; infección no controlada en el preoperatorio, cirugía sin CEC, ARM preoperatoria > 48 h. Se registraron variables preoperatorias, quirúrgicas y postoperatorias. Grupo 1 (G1): SIRS, Grupo 2 (G2): No SIRS. Análisis Estadístico: Variables cualitativas: se expresaron como porcentajes y se analizaron con el test de Chi cuadrado. Variables cuantitativas: se expresaron como medias (+DS) y se analizaron con el test de la t. El análisis multivariado se realizó por el modelo de regresión logística. El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS 17.0.
Resultados: G1 44,6% G2 55,4 %. Sexo masculino G1 51,7 %, G2 47,2% (p=0,71); Tratamiento médico previo G1 48,3%, G2 63,9 (p=0,20); Categoría 2 RACHS G1 85,9%, G2 86,2 (p=0,95); Categoría 3 RACHS G1 13,8%, G2 14,3 (p=0,95); cirugía paliativa previa G1 10,5%, G2 7,4% (p=0,71); Edad (meses) G1 60,6, G2 38,8 (p=0,09); peso (kg) G1 18,22, G2 13,41 (p=0,12); Tiempo CEC (minutos) G1 70,79, G2 84,34 (p=0,31); Tiempo clampeo G1 48,93, G2 60,50 (p=0,35); Inotrópicos G1 65,5%, G2 63,9 % (p=0,89); Complicaciones G1 17,3 %, G2 33,3% (p=0,14); Infecciones respiratorias G1 10,3%, G2 27,3% (p=0,08); Arritmias G1 3,4%, G2 8,3% (p=0,41); derrame pleural G1 3,4%, G2 0 % (0,26); Sepsis G1 3,4%, G2 0% (0,26); bajo gasto cardíaco G1 3,4%, G2 2,9% (p=0,89); Obito G1 3,4%, G2 2,9% (p=0,26); ARM (días) G1 7,33 +/- 4, G2 2,33 +/-0,6 (p=0,06). Complicaciones (muerte, arritmias, infecciones, bajo gasto cardíaco). Análisis multivariado: CEC (minutos) complicados 131,76, no complicados 59,4 (p=0,01); Clampeo (minutos) complicados 103,94, no complicados 38,13 (p=0,01); días ARM complicados 2,69, no complicados 0 (p=0,001); peso (kg) complicados 8,29, no complicados 17,69 (p=0,001); edad (meses) complicados 25,53, no complicados 57,5 (p=0,001); RACHS 3 (%) complicados 35,3, no complicados 6,4 (p=0,003); SRIS (%) complicados 29,4, no complicados 70,6 (p=0,142); FC 2 (media) complicados 133,82, no complicados 118,79 (p=0,032); TAM 2 (media) complicados 66,94, no complicados 74,77 (p=0,014); Glu 2 (media) complicados 141,47, no complicados 114,52 (p=0,021) Análisis multivariado CEC (p=0,001); días ARM (p=0,001); edad (p=0,001) RACHS 2 (p=0,001).
Conclusiones: La prevalencia de SIRS según los criterios empleados es mayor que la observada en la literatura. No se pudo identificar factores de riesgo asociados al desarrollo de SIRS. El SIRS no fue útil en nuestro centro para identificar un grupo poblacional de mayor riesgo para el desarrollo de complicaciones en el seguimiento intrahospitalario.

0191 - EXPERIENCIA INICIAL EN LA REALIZACIÓN DE ERGOMETRIAS EN PACIENTES MENORES DE 7 AÑOS.

Dra. STEFANI, Amalia Noemi | FERNÁNDEZ, Mariana | GATICA, Mariana | DAL FABBRO, Gabriela | CASTELLANOS, Cecilia | PEREZ MAYO, Osvaldo | ZULOAGA, Claudio De | GENTILE, Jorge

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR A. POSADAS

Objetivos: La ergometría (ERG) es utilizada para diagnosticar distintas afectaciones en pacientes (P) con corazones sanos o alteraciones estructurales. Permite determinar parámetros cardiovasculares, capacidad funcional y la presencia o inducción de arritmias durante el ejercicio. Tiene valor pronóstico en el pre y postoperatorio de P con cardiopatías congénitas (CC) y para la indicación de actividad física adecuada a la capacidad funcional.
Objetivo: Describir las características de las ergometrías realizadas en menores de 7 años en nuestro primer año de experiencia.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo observacional.
Fueron analizados 54 P consecutivos que realizaron ERG desde abril de 2010 a Abril de 2011. Se incluyeron todos los P de 7 años o menos. Las ERG se realizaron en cinta de trote con control de frecuencia cardíaca, saturometría, tensión arterial y electrocardiograma de 12 derivaciones. En los pacientes de baja talla se utilizó un elevador de infantes para adaptar la cinta a la pequeña contextura física. Se utilizó el protocolo de Leveroni-Abella A o B según antropometría. Los datos obtenidos se expresaron como media y desvío estándar.
Resultados: Fueron 32 varones (59,2 %) y 22 niñas. Solo dos niños se negaron a realizar la prueba. La edad en el momento del estudio fue de 3 a 7 años con una media de 5,5 ± 1,1 años. El peso de los P fue de 22,4 ± 5,5 kg. La talla fue de 1,12 ± 0,12 metros. La indicación más frecuente fueron los trastornos del ritmo en 26 P (48,1%) y el control pre y postquirúrgico de CC en 16 P (29,6%), entre ellas 3 P by pass total del ventrículo derecho, 3 P con Tetralogía de Fallot y 3 P con Coartación de aorta. Se observó disminución de la saturación respecto a los valores basales en un P que presentaba by pass total del ventrículo derecho. No se observó respuesta hipertensiva en ningún P. No hubo P que desarrollaran arritmias complejas. De los 52 P que ejecutaron la prueba 41 P (78,8%) finalizaron el estudio por agotamiento muscular y 11 P (21,2%) completaron el protocolo correspondiente. Se utilizó el elevador de infantes en 20 P con estatura menor a 1,10 metros (38,5%). Los Mets alcanzados fueron de 2,9 a 14 con una media de 10,9 +- 2,4. El VO2max presentó una media de 37,7 +- 8,9 ml/kg/min con un rango de 10,2 a 49,1.
Conclusiones: 1- Se observó buena adhesión de los P para realizar la ERG. 2- En nuestra población la indicación más frecuente fue la patología arrítmica. 3- Solo un cuarto de los niños pudo completar la prueba. 4- El promedio de los P presentó una adecuada capacidad aeróbica. 5- El elevador de infantes facilitó la ERG en más de un tercio de los P. 6- No se registraron complicaciones durante el desarrollo de la ERG

0192 - PRESENCIA DE UN PATRÓN HAV EN EL CANAL DE HIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TAQUICARDIA INTRANODAL TÍPICA : UN HALLAZGO DISTINTIVO EN ESTE SUSTRATO.

Dr. MOLTEDO, Jose Manuel | ABELLO, Mauricio | OLMEDO, Julian | SCHNETZER, Natalia | SNYDER, Christopher

FLENI - OSCHNER CHILDREN'S HOSPITAL

Objetivos: Determinar la prevalencia del patrón HAV, esto es el electrograma auricular luego del de His (H) y precediendo al ventricular en el canal del H, en los pacientes pediatricos con taquicardia intranodal tipica (TINT).

Materiales y Métodos: Las bases de datos de electrofisiología pediátrica de dos instituciones fueron analizadas. Se identificaron 33 pacientes con TINT. Los datos clínicos y demográficos fueron evaluados, asi como la información del estudio electrofisiológico (EF), incluyendo la forma de inducción, la longitud de ciclo de la taquicardia y la presencia o ausencia de un patrón HAV en el canal de His.

Resultados: De los 33 pacientes 11 eran varones. La edad media al momento del EF fue de 12,1 ± 3,7 años. Se indujo TIN mediante estimulación auricular en 16, con un extraestimulo auricular (EEA) en 8 y con 2 EEA en 5. Se necesitó isoproterenol como coadyuvante para la inducción en 17. La media de longitud de ciclo de la TIN en el EE fue de 328 ± 50 ms. Se encontró un patrón HAV en 29 (87%) de los pacientes. Todos los menores de 10 presentaron este patrón.

Conclusiones: La presencia de un patrón HAV en el canal de His constituye un hallazgo muy común en los pacientes pediátricos con taquicardia intranodal típica. Su presencia en los pacientes menores de 10 años es patognomónica de esta taquicardia.

0193 - SINDROME DE QT LARGO CONGÉNITO Y ASMA EN PACIENTES PEDIATRICOS. POLÉMICA EN EL MANEJO FARMACOLÓGICO

Dra. STEFANI, Amalia Noemi | DAL FABBRO, Gabriela | LUQUE, Graciela | PEREZ, Mariela | ALFIE, Alberto | KAZELIAN, Patricia | BISERO, Elsa | GENTILE, Jorge

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR A. POSADAS

Objetivos: Antecedentes
Los pacientes (P) con síndrome de QT largo (SQTL) son tratados con betabloqueantes (BB). La enfermedad respiratoria obstructiva baja (EROB) incluídas asma y enfermedad pulmonar postviral son tratadas con betaestimulantes y se agrava con el uso de BB. Existen pacientes que padecen ambas patologías generándose controversias con respecto al tratamiento.
Objetivos
Describir la presencia de EROB en pacientes con SQTL. Observar la respuesta al tratamiento con BB.
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo observacional. Fueron analizados 18 P consecutivos con SQTL congénito que asistieron a la consulta desde abril de 2005 a abril de 2011. Se considero SQTL a la medición en el ECG del intervalo QTc igual o mayor a 0,46. Se constato la presencia de EROB previa y/o posterior al diagnóstico de SQTL mediante la revisión de las historias clínicas. Se recopiló la evolución de los P con EROB luego de la administración de BB teniéndose en cuenta sintomatología, requerimiento de oxígeno, espirometrías, arritmias y medición de QTc.
Resultados: Fueron 10 varones (55,5%) y 8 niñas. La edad al diagnóstico de SQTL fue entre 15 días y 13 años con una media de 7,3 ± 3,3 años. El seguimiento fue de 6 meses a 7,6 años con un media de 2,6 ± 1,8 años. Por fenotipo 4 P correspondieron a SQTL tipo 3 y fueron tratados con difenilhidantoína, y 14 P pertenecieron al tipo 1 y recibieron inicialmente atenolol en 13 de ellos y bisoprolol en un P. En 5 P (26,3%) se describieron síntomas de EROB, todos pertenecieron al SQTL tipo 1. El P Nº 1 no concurrió a los controles. Tres pacientes con EROB fueron tratados inicialmente con atenolol, los P Nº 2 y Nº 3 no manifestaron cambios en la sintomatología y evolución respiratoria. En el P Nº 4 se observó aumento en el uso de broncodilatadores y corticoides y en el requerimiento de oxígeno durante las crisis luego de iniciar tratamiento con atenolol. Se reemplazó el atenolol con bisoprolol obteniéndose buena respuesta clínica y espirométrica. El P Nº 5 recibió bisoprolol desde el inicio del tratamiento por SQTL y se mantuvo estable en el seguimiento. No se observaron cambios en los valores de QTc. No se registraron taquiarritmias durante el tiempo de seguimiento de los P con EROB.
Conclusiones: 1- Un cuarto de nuestra población con SQTL tuvo EROB. 2- La respuesta respiratoria al tratamiento con BB de los P con EROB fue heterogénea. 3- No hubo variaciones en los valores de QTc ni se detectaron arritmias con ninguno de los BB utilizados. 4- Limitaciones del estudio: Tal vez con el aumento progresivo de series mayores con diseño de tipo experimental y el estudio minucioso de la concomitancia de ambas patologías se podrá evidenciar el tratamiento más efectivo y con menores efectos colaterales en estos pacientes.

	P Nº 4 prebisoprolol (con atenolol)	P Nº 4 postbisoprolol	P Nº 5 prebisoprolol	P Nº5 postbisoprolol
CVF	70	90	109	120
VEF	64	86	93	90

0194 - IMPLANTES MARCAPASOS ENDOCAVITARIOS EN POBLACION PEDIATRICA CON CATETERES ULTRAFINOS.

Dr. BOCHOEYER, Andres | RABINOVICH, Rafael | BALBUENA, Ligia | RIVAROLA, Marcelo | CONEJEROS, Willy | TRENTACOSTE, Maria | GRIPPO, Maria

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD FORMOSA - HOSPITAL DE NIÑOS DR. RICARDO GUTIERREZ

Objetivos: El implante de un marcapasos definitivo (MCP) o Cardio-defibrilador (CDI) en pacientes (pts) pediátricos representa un desafío médico y quirúrgico. El peso, la talla, el calibre de las venas, los riesgos peri-operatorios, y el prolongado tiempo de estimulación que se requiere; representan obstáculos para el implante. En este sentido, la elección de la vía de abordaje, como así también el modo de estimulación bicameral resulta determinante para la evolución futura y la garantía de una correcta estimulación cardíaca.

Materiales y Métodos: Nos proponemos describir nuestra experiencia en implante de MCP bicameral por vía endocavitaria en 19 pts consecutivos desde Noviembre del 2009 hasta Abril del 2011. El análisis fue retrospectivo, la edad media 13±3 años (8-17). El peso promedio fue de 40±12 kg. (rango 18-61 kg.), y el 37% (7/19) fueron mujeres.

Resultados: La indicación de MCP doble cámara fue BAVC en 11 casos (7 congénitos y 4 adquiridos), 4 disfunción sinusal severa post-quirurgica, 3 CDI unicameral por QT Largo y 1 un UP-Grade a MCP Biventricular por ICC con FA de baja respuesta. Se utilizaron catéteres de 4 French en 7 MCP bicamerales y catéteres de 5,5 French en los otros 8. Se utilizaron catéteres de 6 French para defibrilación en los 3 pts con CDI.
El éxito en el implante para lograr la estimulación doble cámara se alcanzó en 18/19 pts (95%) ya que el MCP Biventricular no se pudo realizar por trombosis completa de la vena innominada. No existieron complicaciones agudas ni alejadas. A la fecha en el seguimiento de los pts no se observaron aumento de umbrales ni mal funcionamiento del MCP en ningún caso

Conclusiones: El implante de MCP doble cámara y por vía endocavitaria es factible de manera segura y exitosa. El uso de catéteres adecuados de pequeño calibre constituye una herramienta fundamental para obtener dichos resultados. Por su parte dichos catéteres muestran adecuada seguridad y estabilidad en la estimulación en el seguimiento alejado.

0195 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUTIVAS DE UNA POBLACIÓN DE ADULTOS CON COARTACIÓN DE AORTA.

Dra. BENJAMÍN, Monica N. | VEGA, Betina | PEIRONE, Alejandro | SPILLMANN, Ana | JUANEDA, Ernesto | MAISULS, Hector | ROQUE, Cordoba | ALDAY, Luis

HOSPITAL DE NIÑOS DE CORDOBA - SANATORIO ALLENDE

Objetivos: Describir la características clínicas de pacientes (p) adultos con coartación de aorta (CA), analizar su origen, relación con otras patologías asociadas, tipo de tratamiento al que fueron sometidos, determinar el índice de recoartación de acuerdo al tratamiento realizado y complicaciones alejadas.
Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de cohortes de un registro multicéntrico de adultos con cardiopatías congénitas. De un total de 587 p, la prevalencia de CA fué del 10,9%(64 pacientes) con exclusión de aquellos con cardiopatías complejas asociadas. El rango de edad fue de 15- 55 años (media 25,8 ± 9, 2 años, mediana 23), el sexo masculino representó el 53%.Se registró su prevalencia y origen (transición o consulta tardía). Se analizaron las siguientes variables: patologías asociadas,tratamientos realizados, índice de recoartación de acuerdo al tipo de tratamiento,libertad de hipertensión arterial (HTA) post tratamiento y complicaciones tales como aneurismas de aorta y accidente cerebro vascular (ACV) en el seguimiento desde el momento de su inclusión en el registro a partir de enero de 2000 hasta abril de 2011. Definimos recoartación a un gradiente de tensión arterial mayor a 20 mm Hg entre miembros superiores e inferiores. Se realizó análisis estadístico con software open epi, con un intervalo de confianza (IC) de 95%, siendo sinificativos los valores de p <0,05.
Resultados: Del total de p de acuerdo a su origen un 62,5% provenía de la transición y un 37,5% de consulta tardía. Un 39% (25 p) presentó patologías asociadas, entre ellas: válvula aórtica bicúspide 30,7% (12 p), comunicación interventricular 5 p (12,8),estenosis subvalvular aórtica 2p (5,2%) y 1p (2.5%) aneurisma cerebral. Un 7,8% (5p) presento síndrome genético asociado, la prevalencia de síndrome de Turner fué de 80% (4p). Del total un 64 % (48 p) fue sometido a cirugía, 36%(16p) a angioplastia, dentro de las cuales 77% fueron con balón y 23% con stent. La recoartación ocurrió en un 31% (20 p), correspondiendo a cada procedimiento en particular 80 % (16 p) de los recoartados tratados inicialmente con cirugía, 10%(2p) angioplastia con balón y 10% (2p) angioplastia con stent obteniendo p 0,28 (IC 95% Odds ratio 1,5)para la cirugía con respecto a índice de recoartación comparado con angioplastia ya sea con balón o stent y no se encontró diferencia significativa entre ambos procedimientos intervencionistas. Respecto a la edad del tratamiento el indice de recoartación en en< 1 año y >1 año (p 0,23 Odds ratio 1,05)en cirugía y para angioplastia (p 0,3 Odds ratio 1,3). Un 20,3% (20 p) presentó HTA post tratamiento requiriendo tratamiento médico correspondiendo 40%(8p) al tratamiento con cirugía y 60% (12p)para angioplastia (p<0,05 Odds ratio 0,07). Un 7,8% (5p) presentó aneurisma de aorta todos pertenecen al grupo sometido a cirugía y sólo un paciente requirió reparación el cual tenía el aneurisma previo al tratamiento. Ocurrio ACV 4,7% (3 p) de los cuales 2 fueron previos al tratamiento.
Conclusiones: Los p con CA, representan un 10% del registro proviniendo en su mayoría de la transición, se encuentran asociados a otras patologías mayormente a valvula aortica bicúspide. El indice de recoartación no mostró diferencia significativas respecto al tratamiento inicial ya sea quirúrgico o intervencionista, tampoco respecto a edad en > y < 1 año. Los pacientes que presentaron aneurisma correspondieron al grupo sometido a cirugía siendo en todos la subclavioplastia la técnica elegida. La presencia de HTA post tratamiento se encontró asociada a la angioplastia como tratamiento inicial, probablemente debido a la edad a la que es realizado este procedimiento en la mayoría de los casos por lo que ya se han producidos cambios fisiológicos adaptativos a esta patología.

0196 - DISPERSION DE LA ONDA P DEPENDIENDO INVERSAMENTE DEL TIEMPO DE EYECCIÓN AURICULAR EN PREHIPERTENSOS E HIPERTENSOS.

Dr. CHÁVEZ GONZÁLEZ, Elibet | GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, Emilio | LLANES CAMACHO, María Del Carmen | GARY LLANES, Merlyn | GARCÍA NÓBREGA, Yosvany | CARMONA PUERTA, Raimundo | RAMOS RAMÍREZ, Ramiro | CASTRO HEVIA, Jesús

CARDIOCENTRO ERNESTO CHÉ GUEVARA. - UNIVERSIDAD CENTRAL MARTA ABREU DE LAS VILLAS - HOSPITAL PEDIÁTRICO JOSÉ LUIS MIRANDA - INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Objetivos: Determinar la dependencia de la dispersión de la onda P de variables ecocardiográficas y su realción con la presión arterial en niños.
Materiales y Métodos: Se estudiaron 400 niños, del total de 450 de tres escuelas primarias, excluyendo aquellos que sus padres no desearon que participaran en el estudio y aquellos con patologías congénitas conocidas. Se tomaron variables como la edad, la talla, peso en kilogramos y superficie corporal. Se realizó electrocardiograma de superficie de doce derivaciones, y se practicaron cuatro tomas de presión arterial, clasificándolos según diagnóstico en normotensos, prehipertensos e hipertensos. Se midieron los valores de P máxima, P mínima y se calculó la dispersión de la onda P del electrocardiograma, dada esta por la diferencia entre la duración máxima y la mínima de la onda P; esta medición se realizó por tres observadores, para evitar sesgos de medición. Se realizó además, ecocardiografía para mediciones estructurales y Doppler pulsado del flujo mitral, obteniéndose mediante esta vía la velocidad y la duración de la onda A del flujograma mitral, esta última representando el tiempo de eyección de la auricula izquierda.

Diagnóstico	n	%	Desv. Stand. Dispersión Onda P	Media Dispersión Onda P	Desv. Stand. Duración Onda A Mitral	Media Duración Onda A Mitral
Normotensos	279	69,5	5,46	31,5	22,99	140,88
Prehipertensos	109	27,25	6,64	36,9	21,23	139,81
Hipertensos	17	4,25	12,0	38,3	28,72	120,41

Resultados: Al realizar, con las variables ecocardiográficas, un análisis multivarido de regresión lineal, obtenemos un modelo estadístico demostrando que la variable independiente que más logra modificar la dispersión de la onda P (variable dependiente) es la duración de la onda A del flujograma Mitral, con fuerte correlación negativa. Este test estadístico se aplicó a toda la muestra y al obtener este resultado, lo aplicamos a los grupos diagnósticos, observándose siempre esta intensa correlación inversa, fundamentalmente para prehipertensos e hipertensos. Después de realizar una correlación parcial para la dispersión de la onda P y la duración de la onda A del flujo mitral, ajustada para edad, peso en kilogramos, talla y superficie corporal (considerando que estas son variables influyentes sobre las cifras de presión arterial, y conociendo que la dispersión de la onda P es dependiente de las cifras de presión arterial), los resultados se muestran de la siguiente forma: para normotensos (r= - 0.117 p=0.05), prehipertensos (r= - 0.309 p=0.001) e hipertensos (r= - 0.586 p=0.001). Los valores de media para la duración de la onda A del flujo mitral no muestran diferencias significativas al realizar comparación de medias para muestras independientes entre grupos de diagnóstico.Se realizó el cálculo de media para los valores de dispersión de la onda P ,según grupos diagnósticos, y una comparación de estas intergrupos muestra diferencias significativas para estos valores, representados de la siguiente forma: entre normotensos y prehipertensos p=0.001 y entre normotensos e hipertensos p=0.05.
Conclusiones: Existe una dependencia inversa de la dispersión de la onda P, del electrocardiograma, de la duración de la onda A del flujo de entrada mitral, estos hechos han sido relacionados con riesgo de fibrilación auricular en el adulto, por lo que quizás esté relacionado con aumento de la vulnerabilidad auricular al desarrollo de arritmias en edades pediátricas, correspondiéndose los mayores valores de dispersión de la onda P con mayor heterogeneidad en la conducción intra e interatrial.

0197 - SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST EN LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES, TIEMPOS A LA REPERFUSIÓN Y COMPLICACIONES. REGISTRO SCACEST TDF.

Dr. BERENSTEIN, Cesar Damian | RISOGLIO, Nestor | GRANÉ, Ignacio | PETROLITO, Fernando | DI NUNZIO, Mariela | FILIPPA, Gerardo | COTS, Claudia | MALTÉS, Raúl

CLÍNICA SAN JORGE - HOSPITAL REGIONAL DE RIO GRANDE - HOSPITAL REGIONAL DE USHUAIA - CEMEP

Objetivos: Registrar el total de los pacientes que ingresan con sindrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) durante un año, en los únicos cuatro centros con unidades de cuidados intensivos de la provincia de Tierra del Fuego.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo y transversal de pacientes consecutivos que ingresaron con SCACEST o bloqueo completo de rama izquierda dentro de las 12 horas de inicio de los síntomas, durante un año. Se registraron antecedentes, cuadro de ingreso, estrategia inicial de tratamiento, complicaciones y mortalidad intrahospitalaria

Resultados: Entre noviembre de 2009 y octubre de 2010 se incluyeron 47 pacientes. Se internaron en Río Grande 27 y 20 en Ushuaia. Requirieron derivación dentro de la provincia 15 (31,9%) hacia centros con hemodinamia. La edad fue de 55 (±10,1) años y fueron de sexo masculino el 89,4%, Los días de internación fueron 4,7 (rango 1 a 22). Los participantes refirieron dislipemia el 74,5%, hipertension el 59,6%, tabaquismo el 61,7%, diabetes el 21,3% y obesidad 27,7%. Infarto previo 17,0%, angina 17,0%, angioplastia coronaria 14,9% cirugía de revascularización miocárdica 4,3%, arteriopatía periférica el 10,6% y accidente cerebrovascular 8,5%. La localización del SCACEST en 25 casos involucró cara anterior (53,2%), en 21 cara inferior (44,7%) y en uno (2,1%) ambos territorios. El Killip de ingreso fue A en el 87,2%, B en el 4,3% y en similar porcentaje fue C y D. La media de tiempo dolor/puerta fue de 208,8 minutos y puerta/reperfusión de 80,6. Recibieron inicialmente fibrinolíticos el 57,4% (27 individuos), angioplastia primaria el 27,7% (13) y ninguna terapéutica de reperfusión el 14,9%(7). La causa de no recibir reperfusión fue nivelación del ST en 2 casos y subdiagnóstico en 5. Se complicaron con insuficiencia cardíaca el 19,1%, bradicardia10,6%, arritmia ventricular grave 10,6%, angina 4,3%. La mortalidad intrahospitalaria fue del 8,5% (4 pacientes)

Conclusiones: Existe retraso en la administración de reperfusión en los individuos con SCACEST en Tierra del Fuego a expensas de la etapa prehospitalaria y algunos de ellos no la reciben. Estos hallazgos exigen la elaboración de estrategias para optimizar la sistemática de manejo de esta patología.

0198 - SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN ST COMPARACIÓN EN MAYORES Y MENORES DE 80 AÑ0S. REALIDADES DIFERENTES?

Dra. CORIA, Maria Daniela | LESCANO, Adrian | GARCIA ELEISEQUI, Roberto | ROMEO, Esteban | CANET, Carlos | ARELLANO, Juan | FERNANDEZ, Juan | PALACIOS, Alejandro

SANATORIO TRINIDAD PALERMO

Objetivos: Comparar las características clínicas y estrategias terapéuticas de los pacientes con Sindromes Coronarios Agudos (SCA) sin elevación ST en nuestra unidad, dicotomizados por edad entre mayores y menores de 80 años.
Materiales y Métodos: Estudio observacional comparativo, prospectivo, consecutivo (Junio de 2009 hasta Abril 2011), de pacientes (ptes) internados con diagnóstico de SCA sin elevación ST, dicotomizados por la edad en < de 80 años (grupo A) e igual o mayores de 80 años (grupo B). Se definió el diagnóstico de infarto (IAM) no Q y angina inestable según la clasificación del Departamento Norteamericano de Salud. Se excluyó la edad como variable de riesgo. Se compararon los factores riesgo, antecedentes cardiovasculares, presentación clínica, conductas terapéuticas y evolución intrahospitalaria. Las variables dicotómicas se analizaron a través de test de Chi Cuadrado. Se consideró significancia estadística un error alfa menor a 0.05.

Características Basales	Grupo A: < 80 años (n 86)	Grupo B: = / > 80 años (n 49)	Valor p-
Hipertensión	61 ptes (70.9 %)	46 ptes (91.8 %)	0.004
Dislipemia	56 ptes (65.1 %)	33 ptes (67.3 %)	0.7
Diabetes	16 ptes (18.6 %)	7 ptes (14.2 %)	0.5
Tabaquismo	9 ptes (33.2 %)	2 ptes (4%)	<0.001
Obesidad	15 ptes (17.4 %)	3 ptes (6.1%)	0.06
Angina Reciente Comienzo	28 ptes (32.9 %)	16 ptes (32.6%)	0.9
Angina crónica estable	7 ptes (8.1 %)	9 ptes (18.3 %)	0.07
Infarto	23 ptes (26.7 %)	16 ptes (32.5 %)	0.4
Cirugía revascularización	7 ptes (8.1 %)	18 ptes (36.7 %)	<0.001
Angioplastia	25 ptes (29 %)	16 % (32.6 %)	0.6

Resultados: Ingresaron 135 ptes con diagnóstico de SCA sin elevación ST, 86 ptes (64%) grupo A y 49 ptes (36%) grupo B, con edad media de 60 ± 10 y 84 ± 4 años respectivamente, con prevalencia similar de sexo masculino 70.9% vs 71.4 % (p=0.9). En cuanto a las características basales encontramos mayor porcentaje de hipertensión arterial y cirugía de revascularización miocárdica (CRM) en el grupo B, mientras que en el grupo A hubo mayor proporción de ptes tabaquistas (Tabla 1).
En el Grupo B se observo una menor incidencia significativa de angina inestable de bajo riesgo, 18.6% vs 2 % (p=0,005). La proporción de angina de moderado y alto riesgo 34,8 % vs 38, 7 % (p=0,6), 22% vs 30,6 % (p=0,2) e IAM no Q 24,4 % vs 28,7 % (p=05) fue similar en ambos grupos. Se observo una diferencia significativa de la indicación de cinecoronariografia en el grupo A (74% vs 53% p= 0,01), sin embargo, no hubo diferencias estadísticas en la tasa de revascularización coronaria; angioplastia 48,5% vs 34,6% (p=0,2) y CRM 15,2 % vs 6,1% (p=0,1). No hallamos diferencias significativas respecto a la anatomía coronaria: lesión de 1 vaso 34 % vs 54 % (p= 0,1), 2 vasos 25 % vs 15 % (p= 0,4), tronco coronaria izquierda y 3 vasos 11 % vs 11% (p= 1), lesiones no significativas 15,6 vs 3,8% (p 0,4) en el grupo A vs grupo B respectivamente. Mortalidad cardiovascular grupo A 1 ptes (1,1%) vs grupo B 2 ptes 2 (4%) p=0,2 no significativa.
Conclusiones: En los pacientes con SCA sin elevación ST igual o mayores de 80 años la estrategia invasiva fue menor, con similar tasa de revascularización. Si bien no se observaron diferencias significativas, es destacable el alto porcentaje de pacientes con lesión de un vaso.

0199 - COMPARACIÓN DEL VALOR PRONOSTICO DE SCORES DE ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO

Dr. NOGUES, Ignacio | HIGA, Claudio | CIAMBRONE, Graciana | COMIGNANI, Pablo | RIZZO, Natalia | GAMBARTE, Jimena | DONATO, Maria Sol | Dr. KOROLOV, Yevgeniy

HOSPITAL ALEMAN

Objetivos: Actualmente el TIMI y el GRACE son los scores más utilizados para la estratificación de pacientes que ingresan con SCA (síndromes coronarios agudos). El propósito de este trabajo es comparar su valor pronóstico respecto a eventos duros (muerte/IAM) a 6 meses.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes en forma prospectiva y consecutiva, internados en unidad coronaria con diagnostico de síndrome coronario agudo sin supradesnivel persistente del segmento ST). Se calculó el TIMI risk score y el GRACE risk score en cada paciente. El punto final combinado analizado fue muerte o infarto (o reinfarto) a los 6 meses de seguimiento. Se construyeron Áreas bajo la curva ROC para ambos scores, a fin de analizar y comparar su capacidad discriminativa de eventos y el test de Hosmer Lemeshow (bondad de ajuste) para determinar su calibración.

Resultados: Ingresaron un total de 327 pacientes, edad 63 años, 38 % fueron mujeres. 88.7% tuvieron diagnóstico de angina inestable y 11.3 % de infarto agudo de miocardio. El score de GRACE mostró un mayor valor predictivo AUC (área bajo la curva ROC): 0.71 (IC 95% 0.60-0.83), en comparación con el score de TIMI AUC: 0.62 (IC95% 0.43-0.78). Ambos scores presentaron una aceptable calibración o bondad de ajuste por el test de Hosmer Lemeshow: TIMI p: 0.1 y para el GRACE, p: 0.3.

Conclusiones: En nuestra población de pacientes con síndrome coronario agudo sin supradesnivel del segmento ST, el score de GRACE fue superior al TIMI, para predecir muerte/infarto a 6 meses.

0200 - ¿ES MEJOR UNA ESTRATEGIA MULTI BIOMARCADORES AL USO DE TROPONINA AISLADA EN EL SINDROME CORONARIO AGUDO?

Dr. CRISTODULO CORTEZ, Roberto | ALLENDE, Gustavo | SOKN, Fernando | RENES, Paola | SOLER, Fernando | TERRENI, Hernan | SCACCHI, Stella | TRONGE, Jorge

CLINICA IMA DE ADROGUE

Objetivos: Determinar si el dosaje simultáneo de 3 biomacadores de injuria miocárdica en pacientes con sospecha de sindrome coronario agudo (SCA), aumenta el rendimiento diagnóstico.
Materiales y Métodos: Se incluyeron prospectivamente 167 pacientes que fueron evaluados en áreas de emergencia para confirmar o descartar el diagnóstico de SCA. La población consistió en 48 (29%) mujeres y 119 (71%) varones con un promedio de edad de 63 años (rango entre 27 y 93). Se tomó en cuenta únicamente la primera muestra de sangre obtenida en un periodo de ventana entre 6 y 24 horas desde inicio de los síntomas, en la que se realizó dosaje simultáneo de Troponina (TNi), CKMB masa y mioglobina (Mio) con técnica de Anticuerpos monoclonales. Se consideró positivo un valor de marcador superior al percentilo 99 de los valores de referencia en sujetos sanos. Para el análisis estadístico se utilizó la pueba de Chi cuadrado y se calculó la sensibilidad y especificidad de cada marcador por separado y de los tres marcadores asociados, ya sea cualquier biomarcador positivo ó los tres biomarcadores positivos. Se consideró como referencia el diagnóstico de egreso del paciente teniendo en cuenta la información de los diferentes métodos diagnósticos y evolución.
Resultados: Del total de la muestra 60 pacientes (35%) presentaron SCA, mientras que el resto recibió otro diagnóstico alternativo. Se observó concordancia positiva de los 3 biomarcadores en un 21%, concordancia negativa en un 42% y un resultado discordante en un 37% de lo casos. La asociaciòn de todos los marcadores con el diagnóstico de egreso fue significativa (p < 0,0001). La sensibilidad y especificidad y precisión diagnóstica global para cada marcador por separado y de la asociación entre ellos se describe en la tabla adjunta.

	SCA positivo	SCA negativo	Sensibilidad	Especificidad	Diagnóstico global
TNi positiva	36	16	60%	85%	76%
TNi negativa	24	91			
CKmb masa pos.	32	20	53%	81,3%	71%
CKmb masa neg.	28	87			
Mio positiva	36	50	60%	53,3%	55%
Mio negativa	24	57			
Cualquier marc. pos.	43	54	71%	49,5%	57%
Todos negativos	17	53			
Todos positivos	27	8	45%	92%	75%
Cualquier marc. neg.	33	99			

Conclusiones: Un porcentaje importante de los pacientes (37%) presentan discordancia en el resultado de los biomarcadores, lo que implicaría una interpretación diferente de la patología según el biomarcador utilizado. El marcador más específico fue la TNi mientras que la mioglobina presentó similar sensibilidad que la troponina, pero con franca disminución de la especificidad diagnóstica y menor rendimiento global. El uso de una estrategia multimarcador con cualquiera de ellos positivo aumenta la sensibilidad, pero tiene la peor especificidad, mientras que cuando los tres biomarcadores son positivos iguala la presición diagnóstica global de la TNi, con un ligero incremento de la especificidad a expensas de una caida importante de la sensibilidad. Teniendo en cuenta los resultados del estudio, el rendimiento diagnóstico global del uso de TNi sola es similar a una estrategia multimarcador.

0201 - INDICE LEUCOGLUCEMICO COMO PREDICTOR INDEPENDIENTE DE EVENTOS EN LOS SINDROMES CORONARIOS AGUDOS SIN SUPRA ST

Dr. HIRSCHSON PRADO, Alfredo | Dr. MERLO, Pablo | Dr. DOMINE, Enrique Marcelo | Dra. TABOADA, Susana Beatriz | Dra. CASSANO, Cecilia Maria | Dr. VAZQUEZ, Gaston Ariel | Dra. ROLANDI, Florencia | Dr. NAVARRO ESTRADA, Jose Luis

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Analizar el valor pronóstico del indice leucoglucemico (ILG) en los sindromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST (SCASEST).

Materiales y Métodos: Analizamos en forma retrospectiva la base de datos del subestudio angiografico PACS, realizado durante los años 2000-2003, estudio multicéntrico en donde se analizó el valor pronóstico de variables clínicas, electrocardiográficas y de multimarcadores (Troponina T, PCR, BNP) (ya publicado)
Se evaluaron 580 pacientes (Ptes) con diagnóstico de SCASEST a quienes se les realizó una cinecoronariografia (CCG), analizamos el valor pronóstico del ILG para el evento mayor combinado de Infarto/Muerte (I/M) a 180 dias, el ILG fue definido en estudio previo como el producto entre la glucemia de ingreso (mg/dl) y el recuento de globulos blancos (ingreso), dividido por 1000.
Analisis estadistico: las variables continuas fueron expresadas como promedio +/- DS para las variables con distribucion normal o como mediana, test de CHI Cuadrado fue utilizado para comparar las variables categóricas.
Valor de P estadísticamente significativa <0,05. Se realizó un análisis multivariado con sus respectivos ODDS e intervalos de confianza. Los análisis estadísticos fueron realizados con el software SPSS, versión 10.0 (SPSS, Chicago, Illinois, USA)

Resultados: Las características basales de la población (N=580 pacientes): edad promedio de 66 años (+/- 12 a), sexo masculino 63%, hipertensión arterial 58%, diabetes 18.1%, tenían revascularización previa el 17.1% de los pacientes, infarto de miocardio previo el 24%, mas de la mitad de los pacientes (61%) tenían al ingreso alguna alteración del Segmento ST u Onda T. Score de alto riesgo ACC/AHA en el 59,6%
La incidencia global de eventos Infarto/Muerte fue del 9.13% a 180 dias (53 pacientes), en el análisis multivariado observamos que las variables con valor pronóstico independiente fueron: edad Odds de 1.05 IC95% (1.01-1.08) P 0.0001, diabetes Odds de 2.53 IC95% (1.28-4.98) P 0.0001, Troponina T con corte >0.03 Odds de 2.88 IC95% (1.46-5.67) P 0.002, PCR >3 Odds de 2.20 IC95% (1.0-4.8) P 0.05, ILG>1800 Odds de 2.6 IC95% (1.34-5.02).
Las variables: sexo, infarto y revascularización previa, no fueron significativas.
El area bajo la curva ROC para el ILG fue de 0.67 (0.63-0.71) con P< 0.0002, similar al score de riesgo TIMI.

Conclusiones: El ILG>1800 demostró ser un predictor independiente de eventos mayores (Infarto/Muerte), de las variables clínicas clásicas / marcadores / scores en los SCASEST, pudiendo ser una herramienta alternativa de estratificación en los centros de baja complejidad. Para ser validado prospectivamente.

0202 - PERFILES GLUCÉMICOS EN PACIENTES CON SINDROMES CORONARIOS AGUDOS: COMPARACIÓN ENTRE SINDROMES CORONARIOS AGUDOS CON O SIN ELEVACION DEL ST

CHARASK, Adrian | Dra. CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | MAURO, Victor | FAIRMAN, Enrique | PEREZ, Roberto | GRIMAU, Martin | Dra. SIERRA, Melisa Andrea | BARRERO, Carlos

CLINICA SANTA ISABEL - CLINICA BAZTERRICA

Objetivos: La hiperglucemia al ingreso (HG-i) es un fenómeno común en los pacientes (p) con síndromes coronarios agudos (SCA) y es un predictor de eventos intrahospitalarios. La mayoría de los estudios han analizado los valores de glucemia en los p con infarto y poco se conoce del perfil glucémico de los p con SCA sin elevación del ST.
Objetivos: Comparar el perfil glucémico al ingreso y en ayunas (dentro de las 24 hs del ingreso) de los p con SCA con y sin ST.

Materiales y Métodos: Se incorporaron p consecutivos internados por SCA con y sin ST que ingresaron a Unidad Coronaria entre el 2008 y 2010. Se definió HG-i a >140 mg/dl e hiperglucemia en ayunas (HG-a) a >127mg/dl.
Resultados: Se analizaron 325 p, 167 p con SST y 158 sin SST. Edad (mediana) 60ª (52-68), 78% hombres, TBQ 42%, HTA 52%, DSL 45%. Los pacientes con SCA con SST fueron en un 86% hombres vs 71% en SCA sin SST (p<0.01) mientras que los p con SCA SST fueron más TBQ (48,5 vs. 35% , p<0.01) y DSL 52 vs 38%, p<0.01).

Resultados: tabla

	global (n:325)	SCAcon SST (n:167)	SCAsin ST (n:158)	p
Glu-ing (mg/dl, mediana)	132(110-169)	141(124-181)	118(106-142)	<0.01
HG-i (%)	40	53	26	<0.01
glu-ayu (mg/dl, mediana)	109 (99-130)	111(103-129)	107(98-130)	0.15
HG-a (%)	28,3	31	27	0.31
HbA1 mediana (%)	5,6(5,3-6)	5,6(5,3-6,1)	5,6(5,3-5,9)	0.68
HbA1>5,7 (%)	43	43	42	0.52

Conclusiones: Los valores de glucemia difieren tanto al ingreso como a las 24 hs, de acuerdo con el tipo de SCA. La hiperglucemia al ingreso fue significativamente mayor en los SCA con SST de suerte tal que se halló en 1 de cada 2 pacientes con SCA con SST y en uno de cada 4 sin SST, mientras que tanto la HG-a como la HbA1C fueron similares en ambos grupos.
Este hallazgo podría explicarse por una mayor activación neurohormonal en los SCA con SST.

0203 - ¿TODOS LOS KILLIP Y KIMBAL II / III SON IGUALES? EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA EN PACIENTES CON KK II / III Y SU IMPACTO EN EL PRONÓSTICO A CORTO PLAZO EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.

Dr. ZAPATA, Gerardo | CHICHIZOLA, Nicolas | TABORRA, Sebastian | ESCALANTE, Juan Pablo | Dr. HOMINAL, Miguel | MEIRIÑO, Alejandro

ICR - INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE ROSARIO SA

Objetivos: Evaluar las características clínicas de los pacientes que ingresan con un infarto agudo de miocardio y signos clínicos de insuficiencia cardíaca clasificados como KK II o III y determinar la relación entre la función ventricular izquierda (predominio diastólica o disfunción mixta) y los eventos cardíacos a corto plazo.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo y observacional. Análisis en forma consecutiva de todos los pacientes (n=1059) con diagnóstico de IAM desde junio de 1995 hasta diciembre de 2010. El diagnóstico de IAM se realizó según los criterios clásicos de la Organización Mundial de la Salud (1979). Se incluyó a pacientes que ingresaron con signos clínicos de insuficiencia cardíaca en clase II (rales crepitantes, 3er ruido, ingurgitación yugular) y III (edema agudo de pulmón) del escore de Killip y Kimball, a los que se le realizó un ecocardiograma doppler durante la internación. Se excluyó a los que ingresaron en Killip y Kimball I y IV.
Se dividió a la población seleccionada en 2 grupos:
FEy por ecocardiograma > 45 %, predominio de disfunción diastólica (grupo I)
FEy por ecocardiograma < 45%, predominio de disfunción sistólica (grupo II).
Se describen características basales de la población, tratamiento administrado, evolución y eventos cardiovasculares (APIAM, re IAM y muerte) en ambos grupos. Análisis con el programa PAWS Statictics 18.

Resultados: De 1059 IAM, 149 (14 %) se presentaron con insuficiencia cardíaca, KK II o III. El 43,7% presentó predominio de disfunción diastólica con FEy >45% (Grupo I) y el 56.2% FEy <45% (Grupo II). No se encontraron diferencias en edad, sexo y factores de riesgo entre ambos grupos. Angina previa: GI 40,2% vs 25,9% p=<0,05, localización anterior del IAM: GI 27,3% vs 82,4% p=<0,05 y FC al ingreso: GI 78.8 DS 11 vs 91.7 DS 12,5 l/m p=<0,05. No se hallaron diferencias en el tratamiento de reperfusión, antiagregante y anticoagulante. Evolución al shock: GI 1,5% vs GII 21,2% p=<0,05. BCIA: GI 3% vs GII 14,1% p=<0,05 y cateter de S Ganz GI 15,2% vs GII 41,2% p=<0,05. Mortalidad hospitalaria: GI 4,5% vs GII 16,5% p=<0,05 y eventos cvc a 30 días: GI 10,6% vs GII 23,5%, p=<0,05. Se realizó análisis multivariado, incluyendo las variables con p < a 0.1 en el univariado (IAM anterior, Fey < de 45%, angina previa).Se despejo las variable Fey < de 45% (p= 0.025) como predictor independiente de mortalidad.

Conclusiones: Nuestro estudio mostró que los pacientes con IAM e insuficiencia cardiaca KK II III de ingreso son un grupo heterogéneo y que el conocimiento temprano de la función ventricular izquierda por ecocardiograma doppler determinando el predominio de la disfunción sistólica sobre la diastólica, permite discriminar un grupo con mayor riesgo de eventos tempranos.

0204 - SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS SIN ELEVACIÓN DEL ST EN LA ACTUALIDAD. RESULTADOS DEL REGISTRO EPI-CARDIO

Dr. GAGLIARDI, Juan Alberto | SILBERSTEIN, Mario | DE ABREU, Maximiliano | MARIANI, Javier | GUETTA, Javier | CHARASK, Adrian | DOVAL, Hernán | TAJER, Carlos

GEDIC

Objetivos: Epi-Cardio es un registro multicéntrico de las epicrisis de unidades de cuidados cardiovasculares en Argentina, orientado a la evaluación epidemiológica clínica.
El objetivo de este análisis es caracterizar los pacientes que se internan por síndromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST en la actualidad, los usos terapéuticos, los procedimientos indicados y la evolución según los datos del registro Epi-Cardio.

Materiales y Métodos: Análisis descriptivo de la base de datos de Epi-Cardio. Desde agosto de 2005 hasta enero de 2011 ingresaron al registro un total de 54055 pacientes pertenecientes a 55 Unidades Coronarias de todo el país.

Resultados: Los síndromes coronarios agudos fueron uno de los motivos de admisión más frecuentes (24,9%), de los cuales 4667 pacientes (8,63% del total) correspondieron a cuadros de angina inestable que tenían completa la ficha específica. El tipo de angina inestable fue: Angina de reciente comienzo en el 72,3%, angina progresiva 27,1% y angor pos-IAM 0,3%.
El 33,4% no presentó cambios ECG al ingreso, 19,4% tenían depresión del ST, 5,5% elevación del ST, 21% inversión de la onda T y el 21% otros cambios no especificados. Se informó troponina positiva en el 37,4% de los casos, negativa en el 42,8% y no fue evaluada en el 19,6%. La CPK a las 24 hs era positiva en el 10,7%.
El 21,7% tenía antecedentes de IAM, de revascularización por ATC el 18,7% y por CRM el 9%. El 12,6% de angina crónica estable. La prevalencia de FRC fue: HTA 68,6%; DLP 49,2%, DBT 22,2% y TBQ 26,1%.
Se utilizó HBPM en 36,3%. Se realizó CCG en la internación en 2419 pacientes (51,8%) y 1225 p (26,2%) fueron tratados con ATC. Fueron revascularizados con cirugía 185 p (3,96%).
El 16,6% tuvo diagnóstico al alta de IAM no Q. La mortalidad global fue de 1,61% (75 pacientes).
La utilización de drogas recomendadas al alta fue: aspirina 93,8%; beta-bloqueantes: 82,5%; estatinas: 85,2% y clopidogrel: 59,8%.

Conclusiones: El proyecto Epi-Cardio, permite una caracterización de los síndromes coronarios agudos sin elevación del ST y su manejo actual. La tasa de CCG y revascularización se mantienen en sus niveles históricos y la indicación de drogas al alta se encuentra dentro de los niveles recomendados. Si bien el 37% de los pacientes tenía troponina positiva, el diagnóstico de alta de IAM no Q se informó sólo en el 16,6%. La caracterización del IAM por los valores de troponina aun no se ha incorporado en la práctica según los datos de este registro.

0205 - ALTERACIÓN DE LA TORSIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE. RESULTADOS PRELIMINARES.

Dra. LOCATELLI, Paola | JÁUREGUI, Agustin | DUBROVSKY, Alberto | MESA, Lilia Edith | Dr. GUEVARA, Eduardo

UNIVERSIDAD FAVALORO - FUNDACION FAVALORO

Objetivos: Nuestro objetivo fue analizar el patrón de torsión ventricular izquierda (TVI) en una población de pacientes con distrofia muscular de Duchenne (DMD) utilizando ecocardiografía “speckle tracking”.

Materiales y Métodos: Se adquirieron 3 imágenes de eje corto a nivel basal, medio-ventricular y apical utilizando un equipo Vivid 7 (Ge Healthcare, Milwaukee, WI) y un transductor MS3 a 90-120 cuadros/seg. Para el análisis “off-line” se usó software comercialmente disponible (Echo Pac PC 7.0).

Resultados: Se reportan los resultados de los primeros 11 pacientes consecutivos con ventana ultrasónica adecuada. La edad fue 13,3±6,9 años (media±DS), con un rango de 4 a 27 años. En 6 pacientes (54%) se hallaron alteraciones significativas del patrón de TVI, en comparación al patrón de sujetos normales de igual sexo y edad, extraído de publicaciones anteriores. Dos de ellos mostraron áreas de miocardio no compactado en el ventrículo izquierdo (VI). Todos los parámetros ecocardiográficos habituales, incluyendo la fracción de eyección de VI, fueron normales.

Conclusiones: Según estos resultados preliminares, la ecocardiografía “speckle tracking” revela alteraciones de la TVI, previo al deterioro de los parámetros convencionales de función VI, en por lo menos la mitad de los pacientes con DMD. Estos resultados deberán confirmarse en poblaciones más numerosas de pacientes portadores de esta entidad.

0206 - ECO ESTRÉS EN LA ENFERMEDAD SEVERA DEL TRONCO DE LA ARTERIA CORONARIA IZQUIERDA.

ESTOFÁN, Mariano Daniel | Dr. STAMPONE, Gustavo | BUSTAMANTE LABARTA, Miguel | VAISBUJ, Fabian

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: Evaluar la sensibilidad del Eco estrés en pacientes con enfermedad severa del TCI.

Materiales y Métodos: Se analizaron los pacientes (p) con enfermedad severa del TCI constatada por Cinecoronariografía, entre Septiembre 2001 y Noviembre del 2009 (1252 pacientes), que habían realizado un Eco estrés, con ejercicio o con Dobutamina. Se descartaron aquellos que habían realizado el estudio funcional con un intervalo mayor de 3 meses previo a la CCG y a los que presentaban como antecedente cirugía de revascularización miocárdica o enfermedad valvular severa. Se seleccionaron un total de 26 pacientes que constituyeron la muestra de estudio.

Resultados: De los 26 pacientes evaluados, el 92% (24 p) presentaron una prueba positiva para isquemia. Se identificó alto riesgo isquémico ecocardiográfico, 4 o más segmentos isquémicos en p sin trastornos basales de motilidad, 2 o más segmentos isquémicos en p con trastornos basales o más de 1 territorio con trastorno de motilidad, en un 80 % de los pacientes. El 88% (23) de los p presentó una prueba de alto riesgo, considerando también variables ergométricas.

Conclusiones: Los resultados de este estudio, demuestran una buena sensibilidad diagnóstica del Eco estrés en los pacientes con lesión severa del TCI, comparable y aún superior a otros métodos funcionales.

0207 - HALLAZGOS ECOCARDIOGRAFICOS EN UNA POBLACION CON ESCLERODERMIA Y SIN ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES

Dr. LESCANO, Adrian Jose | BECK, Martin | GOMEZ, Gaston | NITSCHEL, Alejandro | DE VALAIS, Fernando | SALVATIERRA, Alejandro | SOUTO, Mariana | WANT, Yen

SANATORIO SAN JOSE

Objetivos: Describir los hallazgos ecocardiográficos relevantes en pacientes con diagnóstico de esclerodermia y sin antecedentes cardiovasculares.
Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, consecutivo, observacional, transversal y descriptivo de 46 pacientes (ptes) con diagnóstico establecido de esclerodermia, que asistieron al laboratorio de ecocardiografía por control de rutinario el 15 y 16 de Octubre de 2010. Se utilizó un ecografo Esaote my Lab 30 con transductor de 2,5 Mhz, con el paciente en decúbito lateral izquierdo. Se analizó según las recomendaciones internacionales el ventrículo izquierdo (VI): función sistólica (FSVI) a través de fracción de eyección (FEY), diámetro sistólico (DS) y diastólico (DD), espesores parietales, asinergias regionales (AR), función diastólica (ondas E y A, relación del flujo transmitral) que se definió como normal, tipo I (alteración de relajación, E/A < 1 y Tiempo de desaceleración > 240 mseg), tipo II (pseudonormal, E/A > 1, con inversión con Valsalva), tipo III (restrictivo, E/A > 2, con tiempo de desaceleración < 140 mseg); doppler tisular lateral (DTI) espectral a través de un software incorporado:evaluó onda S,E y A, relación E/E´. Aurícula izquierda (AI): área en cm2 en 4 cámaras. Ventrículo derecho (VD): Función sistólica (FSVD) cualitativa, TAPSE (excursión del anillo tricúspideo) con el modo M en anillo lateral, diámetro diastólico (DDVD) a nivel basal, doppler tisular lateral (DTVD) con determinación de onda S, E y A, función diastólica (FDVD) por ondas E, A y relación del flujo tricúspideo para establecer el grado de disfunción (similar al VI). Presión pulmonar sistólica (PPS) a través de la sumatoria del gradiente del reflujo tricúspideo y la presión de aurícula derecha (diámetro de vena cava inferior y colapso inspiratorio). Se consideró hipertensión pulmonar con valores de PPS > 35 mm Hg. Se cuantificó la presencia de valvulopatías significativas y derrame pericárdico.
Resultados: Se incluyeron 46 ptes con una edad media de 50 años, sexo femenino 84%, hipertensión arterial 26%, tabaquismo 24%. Entre los hallazgos ecocardiográfico se observa: deterioro de FSVI (2%), FEY promedio de 62%, septum interventricular 9,7mm, DDVI 43 mm, AR 2% (1 pte), la FDVI fue normal 48%, tipo I 44%, tipo II 2% y tipo III 4%. El DTI. VI presentó una onda S promedio de 11 cm/seg y valores < 11 en el 45%, con una relación E/E' de 5 (0% > 10). El área de AI 18 cm2 y dilatación en el 24%. VD: FSVD normal 96% (44), DDVD 32 mm, TAPSE 24 mm, trastorno de relajación del VD 26%, DTI.VD con onda S 14 cm/seg; PPS promedio de 40 mm Hg (25-110 mm Hg), con diagnóstico de HP en 48% (22 ptes). El incremento de los valores de PPS ≥ 50 mm Hg (moderado-severo) alcanzó al 15% (7 ptes). Derrame pericárdico en 4 ptes. No se observaron valvulopatías significativas.
Conclusiones: En nuestra población con esclerodermia sin antecedentes cardiovasculares los hallazgos más relevantes de los estudios ecocardiográficos consisten en una elevada prevalencia de disfunción diastólica leve del VI y VD, dilatación de AI, disminución de la onda S del DT.VI (menor contracción longitudinal regional) y elevado porcentaje de hipertensión pulmonar. Estos datos son concordantes con la literatura y expresan las alteraciones subclínicas del infiltrado intersticial y vascular de estos pacientes.

0208 - PACIENTES NO DIABETICOS, CON ENFERMEDAD CORONARIA PREVIA, E ISQUEMIA EN EL ESTUDIO SPECT. HALLAZGOS ERGOMETRICOS

Dr. GORAL, Jorge Luis | Dr. PEREZ, Roberto Daniel | CASTILLO COSTA, Yanina | MAURO, Victor | MASCIA, Amilcar | BARRERO, Carlos | CHARASK, Adrian

CLINICA SANTA ISABEL

Objetivos: 1) Analizar hallazgos ergometricos en esta población y 2) Valor agregado de los hallazgos por Perfusion Miocardica (PM) en Gated Spect (GS) al compararlo con la PEG 3) Variable sexo.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de 5959 pacientes (p) consecutivos; de ellos, 548 p (GT), media 58 años; 90.1% varones, con EAC previa (IAM, ATC, CRM) e ISQ por PM por GS de esfuerzo (ISQ+). Los p se dividieron según PEG (+) (por angina o ST): G1A (PEG+) 189 p ó G1B (PEG-) 359 p. analizándolos además sexo. M y F
Para analizar DP se uso modelo de 17 segmentos. Score de esfuerzo (SSS), de reposo (SRS) y diferencial (SDS: </=3, 3-4, >/=9). Leves y moderadamente anormales a SSS de 4-12, severamente anormales a SSS >/=13; Los G1A(+) y G1B(-): p con isquemia < ó > de 2 segmentos y extensión de isquemia: 5-9% ó >/=10 % del VI.

Resultados: GT: PEG(+) (34.4%), PEG(-) (65.6%), SSS >/=13 (26.1%), SSS 4-12 (67%), Monto ISQ 5-9% (40.9 %) y >/=10%(17.3%); Isq <2seg (60.6%), Isq > 2seg (39.4%), SSD </=3 (41.6%), SSD 4-8 (51.5%), SSD>/= 9 (6.9%).
Para G1A/1A: SSS >/=13 (36%-20.9%), SSS 4-12 (58.2%-71.6%), ISQ< 2seg (57.1%-62.4%), ISQ> 2seg (42.9%-37.6%), Monto Isq> 5% (38.6%-42.1%), Monto Isq>/= 10% (24.9%-13.4%), SSD</= 3 (36%-44.5%), SSD 4-8 (52.9%-50.6%), SSD >/=9 (11.1%-4.7%), DSVI-R: reposo(20.1%-18.4%)
G1A/G1B y por sexo: SSS >/=13 pNS (0.07 sexo M), SSS 4-12 p NS (0.01sexo M, 0.04 sexo F) Monto Isq>/= 10% p0.02 (0.008 sexo M); isq.> 2 seg p0.0009 (0.0008 sexo M).Isq < 2seg p0.04 (0.03 sexo M). Hubo pNS en Monto Isq 5-9%; Para SSD </=3 (pNS), SSD 4-8 p0.08 (p0.08 sexo M) y SSD >/=9 p 0.02 (p0.02 sexo M), DSVI-R (pNS)

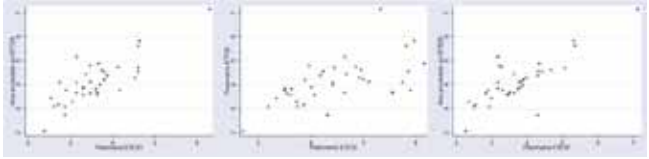
Conclusiones: 1) La PEG detectó baja incidencia de ISQ en esta población: 34.4%; 2) El SSS >/= 13 fue + frecuente para G1A que G1B. 3) La PEG no discriminó montos isq. <9%. 4) El sexo M tuvo > monto isq.> 10%, > carga isquemica, > SSS y extensión de isquemia > o < de 2seg. 5) El G1A discrimino por sexo, carga y Montos isquemicos altos

0209 - ESTIMACIÓN DEL ÁREA DEL TRACTO DE SALIDA VENTRICULAR IZQUIERDO POR ECOCARDIOGRAFÍA 2D Y 3D TRANSTORÁCICAS Y TRANSESOFÁGICAS. ANÁLISIS COMPARATIVO.

Dr. FUNES, Diego Federico | Dr. FALCONI, Mariano Luis | LUCAS, Luciano | SOSA, Federico | PARCERISA, Florencia | GOMEZ, Luis | OBERTI, Pablo | CAGIDE, Arturo

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: 1. Evaluar la factibilidad de obtención de imágenes transtorácicas (ETT) y transesofágicas (ETE) tanto bi (2D) como tridimensionales (3D) del tracto de salida ventricular izquierdo (TSVI) 2. Evaluar la correlación entre la estimación del área del TSVI, calculada a partir del diámetro del TSVI por ETT y ETE 2D,y la medición planimétrica directa por ETT 3D, comparados con la planimetría directa por ETE 3D.
Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma prospectiva 42 pacientes derivados para ecocardiografía transesofágica. Los estudios se realizaron con sondas transtorácicas bi y tridimensionales y transesofágica tridimensional. Se adquirieron imágenes ETT y ETE 2D y 3D (éstas últimas de volumen completo integradas por 4 latidos gatillados por electrocardiograma) para análisis off-line. La medición se realizó en sístole según convención. El área en imágenes 2D (ETT y ETE) se estimó a partir del diámetro máximo en eje largo, a través de la fórmula (D/2)2 x 3.14. El área por ECO3D (ETT y ETE) se estimó por medición planimétrica directa en eje corto, por cortes ortogonales al eje mayor del TSVI, obtenidos desde el volumen completo adquirido. Los valores se expresan en media±DS.
Resultados: En 5 de 42 pacientes (12%) la ventana transtorácica fue inadecuada para obtención de imágenes, por lo que finalmente quedaron 37 pacientes para el análisis. La edad media fue de 67±16 años, 62% hombres. Los motivos de derivación fueron: búsqueda de fuente embolígena (41%), evaluación de valvulopatía (31%), sospecha de endocarditis (22%) ó evaluación de comunicación interauricular (6%). El área del TSVI (cm2) por ETT2D fue 3.58±0.76; ETT3D 4.47±0.89; ETE2D 3.73±0.95 y ETE3D 4.12±0.91. Comparados con el ETE3D, los coeficientes de correlación fueron: ETT2D: 0.82, ETT3D 0.62, ETE2D 0.80 (ver figura, todos p<0.0001). La calidad de imágenes ETT2D, ETE2D y ETE3D fue buena ó muy buena. La calidad de imágenes ETT3D fue regular ó buena, siendo en ciertos casos difícil precisar los bordes del TSVI.



Conclusiones: En 12% de los pacientes, no se obtuvo adecuadas imágenes por ETT para evaluar el diámetro ó planimetría del TSVI. En el resto, la estimación del área del TSVI por estimación convencional a partir del diámetro mayor (2D) tanto en ETT como ETE mostró buena correlación con la medición directa por ETE3D. La planimetría por ETT3D presentó una correlación moderada, posiblemente asociado a ciertas ventanas subóptimas, por lo que no se recomienda su utilización en estos casos. La planimetría por ETE3D fue factible en todos los casos con muy buena definición de los bordes del TSVI.

0210 - ¿ES DIFERENTE EL FUNCIONAMIENTO DEL VENTRICULO DERECHO EN LOS DEPORTITAS DE ALTA COMPETENCIA?

Dr. CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustin | Dr. DIZEO, Claudio Alberto | BRITO, Mariana | REY, Gabriela | MORENO, Marcela | ROSSI, Santiago

CENTRO DE DIAGNOSTICO DR. ENRIQUE ROSSI

Objetivos: El ventrículo derecho presenta diferencias funcionales diferentes al ventrículo izquierdo. Se desconoce su adaptación al ejercicio intenso y crónico. Nuestro objetivo es evaluar su función en deportistas de alto rendimiento y compararla con controles (normales).

Materiales y Métodos: Estudiamos prospectivamente a 345 hombres, todos rugbiers profesionales (24 ± 6 años, FC 51 lpm) y 43 controles (23 ± 6 años, FC 78 lpm). Mediante Ecocardiograma 2d, doppler y doppler tisular del VD desde la vista de 4 cámaras apical. Se calculó el diámetro transverso diastólico máximo(DT1), el desplazamiento del anillo tricúspide (TAPSE) así como el strein rate sistólico (SRsis) de la pared libre de VD. Se calcularon diferencias entre grupos por el método Anova.

Resultados: Los resultados se observan en la siguiente tabla:

	DT1	TAPSE	SRsis
DEPORTITAS	37 ± 7 cm	23 ± 3 cm	1,20 ± 0,25 s
CONTROLES	33 ± 6 cm	21 ± 3 cm	1,17 ± 0,25 s
	P= 0,01	P= 0,002	ns

Conclusiones: El VD del deportista es de mayor tamaño y presenta mayor grado de deformación que el grupo control.
No existen diferencias en el SR lo que podria deberse a una ausencia de cambios en la contractilidad intrínseca del VD.

0211 - EL EDEMA DEL MIOCARDIO MEDIDO POR SECUENCIA T2 DE RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA SE ASOCIA CON EL TRASTORNO DE MOTILIDAD PARIETAL EN PACIENTES CON TAKOTSUBO.

Dr. DE STEFANO, Luciano | PEREZ DE ARENAZA, Diego | FALCONI, Mariano | PIETRANI, Marcelo | GARCÍA MÓNACO, Ricardo | NAVARRO ESTRADA, José Luis | CAGIDE, Arturo

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: La miocardiopatía de Takotsubo se caracteriza por disfunción regional con balonamiento apical del ventrículo izquierdo y ausencia de lesiones coronarias ateroesclerótica significativas. La resonancia magnética cardíaca (RMC) secuencia de T2 pueden detectar el edema en el miocardio en relación a injuria de orígen isquémico o injuria por otro origen. Evaluamos si el trastorno de motilidad en los pacientes con enfermedad de Takotsubo se asocia con la presencia de edema del miocardio por RMC.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con miocardiopatía de Takotsubo que presentaron trastorno transitorio de motilidad regional apical, sin lesiones en angiografía coronaria, y que no presentaron signos de infarto en la RMC. El edema se midió por la intensidad de señal en las secuencia de T2 con triple pulso de inversión. La motilidad parietal se evaluó como porcentaje de engrosamiento parietal.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes con enfermedad de Takotsubo a quienes se les realizo una RMC con gadolinio durante la internación. La edad promedio fue de 71±11 años, todos fueron mujeres, 70% displidémicas, 50% hipertensas, 30% extabaquistas y el 70% tuvo una situación de stress emocional previo a la internación. La fracción de eyección promedio fue 52±10%, volumen de fin de diástole 111±30ml, volumen de fin de sístole 53±19ml, el score de motilidad parietal 1.73±0.3, el engrosamiento promedio fue 41% y la intensidad de señal media por segmento de 112±31. Ninguno de los pacientes presentó realce tardío con gadolinio. Se observó una relación inversa entre el porcentaje de engrosamiento y la intensidad de señal en las secuencia de T2 (coeficiente de correlación de Spearman -0.56, p<0.0001). Seis pacientes tuvieron una segunda resonancia en un seguimiento promedio 8 meses. En la RMC de seguimiento la motilidad fue normal en todos los segmentos y no se observó asociación entre el porcentaje de engrosamiento y la intensidad de señal en las secuencia de T2 (coeficiente de correlación de Spearman 0.18, p=0.182).

Conclusiones: En los pacientes con miocardiopatía de Takotsubo se observó una mayor intensidad de señal en la secuencia de T2, indicativo de edema, y se asoció de manera inversa con el trastorno de motilidad. Estos hallazgos sugieren que la presencia de edema asociado a trastorno de motilidad transitorio podría ser considerado como un criterio adicional para el diagnóstico de Takotsubo.

0212 - ARRITMIAS POST ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR

Dr. GONZALEZ, Jose Luis | PALAZZO, Alejandro | Dr. GALIZIO, Nestor Oscar | Dr. MEDESANI, Luis Alberto | Dr. ROBLES, Federico | ALBANO, Felix | Dra. GARGANO, Agustina | CARNERO, Guillermo

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es describir la prevalencia de nuevas arritmias durante el seguimiento de pts sometidos a ARFA.
La aparición de nuevas arritmias en pacientes (pts) sometidos a ablación por radiofrecuencia de la fibrilación auricular (ARFA) es un hallazgo frecuente. Por lo general, se deben a lineas incompletas de aplicación de radiofrecuencia durante el procedimiento.

Materiales y Métodos: Entre abril de 2004 y enero de 2011 se incluyeron 102 pts para ARFA. Edad Promedio 53±10 años (73% masculino). El 73% de los pts presentaban FA paroxística, 11% FA persistente, 16% FA persistente mas de 1 año (long-standing). El 23% de los pts presentaba ademas aleteo auricular típico (Istmo dependiente). El promedio de venas pulmonares (VP) aislada fue de 3.88, en el 15% de los casos se realizaron líneas en el techo de aurícula izquierda, en el 13% se ablacionó el istmo mitral, y en el 11% se ablacionaron potenciales fraccionados. En 15 pts (13%) se realizó un segundo procedimiento. El seguimiento promedio fue de 10.3 meses.

Resultados: Veintinueve pts (25%) presentaron arritmias durante el seguimiento. El tiempo medio a la primera arritmia detectada fue de 7 meses post ARFA. En 14 pts se realizó un nuevo procedimiento de ARFA encontrando reconexión de las VP en 11 (78.5%) de ellos. En los 3 pts restantes se evidenció aleteos auriculares atípicos (no-istmo dependiente), con localización en: VP inferior derecha (1 pt), vena cava superior (1 pt), entre la VP inferior izquierda y la válvula mitral (1 pt). Un pt presentó taquicardia relacionada a conducción dual (por cada onda P se registraron 2 complejos QRS).

Conclusiones: En nuestra población en estudio, durante el seguimiento de los pts sometidos a ARFA, la arritmia mas frecuentemente encontrada fue la FA paroxística por reconexión de las VP. Un bajo porcentaje presentaron aleteos atípicos, uno de los cuales tuvo localización no relacionada con las aplicaciones de radiofrecuencia.

0213 - UTILIDAD DEL CONOCIMIENTO DE LA DISINCRONÍA ELÉCTRICA EN DISPOSITIVOS ELÉCTRICOS IMPLANTABLES POR EL MÉTODO SINCHROMAX 2

ORTEGA, Daniel | Dr. BARJA, Luis Dante | BONOMINI, Paula | Dr. LOGARZO, Emilio Ariel | MONTES, Juan Pablo | PALADINO, Carlos | MANGANI, Nicolas | HITA, Alejandro

CLINICA SAN CAMILO - HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL - FUNDACION PARA LA INVESTIGACION EN BIOINGENIERIA APLICADA (F.I.B.A.)

Objetivos: Desde hace tiempo existe especial atención en el efecto deletéreo de la disincronía eléctrica sobre la función ventricular en dispositivos eléctricos implantables. El desarrollo de un método para la medición de esta disincronía permite tanto el implante guiado como la evaluación posterior para evitar la disincronía eléctrica con el consiguiente deterioro hemodinámico.
El motivo del presente estudio es la presentación de las utilidades de un método no invasivo para la determinación de disincronía eléctrica en marcapasos en ápex de VD y resincronizadores.

Materiales y Métodos: Hasta el momento se han evaluado 842 pacientes, sometidos a estudio por el método Sinchromax 2®. De este análisis se realizaron diversos estudios: Estudio retrospectivo para la evaluación de sincronía en pacientes con marcapasos implantados no guiados (n 463).
Estudio prospectivo guiado para el implante de marcapasos en ápex de VD en zona que no provoque disincronía (n 107). Estudio retrospectivo de la búsqueda del intervalo VV más adecuado en terapia de resincronización cardiaca (n 63). Estudio de la disincronía en pacientes con trastornos de conducción intraventricular previo a indicación de marcapasos (n 209)

Resultados: Se identificó por este método que el 50% de los marcapasos implantados previamente al Sinchromax 2 presentaban disincronía eléctrica.
El implante guiado por el método Sinchromax 2 permite identificar el sitio óptimo en el 98% de los casos.
Se observó en pacientes con CRT que la programación estándar con VV simultáneo no es la más adecuada en el 80% de los casos. La optimización eléctrica fue posible en el 84% de los pacientes.
No todos los pacientes con bloqueo de rama izquierda presentan disincronía (20%). Pacientes con hemibloqueo anterior izquierdo asociado o no a bloqueo de rama derecha presentan disincronía eléctrica (72%). Los pacientes con bloqueo de rama derecha aislado no presentan disincronía eléctrica.

Conclusiones: El diagnostico y valoración de la disincronia electrica es de utilidad para la indicación de dispositivos eléctricos, el ajuste de los mismos, y la determinación del sitio más apropiado para la estimulación.

0214 - SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA POST-ABLACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR

Dr. BARJA, Luis Dante | ORTEGA, Daniel Felipe | Dr. MONTES, Juan Pablo | LOGARZO, Emilio Ariel | MANGANI, Nicolas | BONOMINI, Paula | OLANO, Daniel | BILBAO, Jorge

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL - FUNDACION PARA LA INVESTIGACION EN BIOINGENIERIA APLICADA (F.I.B.A.)

Objetivos: En subgrupos de pacientes (pts) sometidos a ablación por radiofrecuencia (ARF) de la fibrilación auricular (FA) se puede observar la presencia de respuesta inflamatoria. En ocasiones asintomática, en otras con un síndrome pseudogripal, y hasta la presencia de shock vasopléjico. El objetivo de este trabajo es evaluar las características de la respuesta inflamatoria en los pts sometidos a distintas técnicas de ARF según el tipo de FA.

Materiales y Métodos: Se analizaron en forma prospectiva 24 pts consecutivos (edad media 52, 21 hombres) sometidos a ARF de la FA con sistema EnSite NavX 8.0 SJM. 17 con FA paroxística/persitente y 7 con FA permanente. Se realizó análisis de laboratorio pre procedimiento, 24 horas, 1 semana y al mes post ARF. Se analizaron parámetros técnicos, clínicos y hemodinámicos en iguales períodos. Los resultados fueron sometidos a análisis estadístico.

Resultados: De acuerdo a los hallazgos se obtuvieron 2 grupos: G 1 (n=11), pacientes con cambios mínimos de laboratorio sin clínica (NO inflamación); G 2 (n=13), pacientes con respuesta inflamatoria. Se observaron elevaciones (significativas con respecto al basal) de leucocitos, troponina T (TnT), ácido láctico, CPK y CPK-MB, caída de la TSH, a las 24 horas post-ARF en los 2 grupos, con normalización a la semana del procedimiento.
En el grupo G2 esos cambios fueron mayores a un 20% (p<0,05), los procedimientos fueron más largos (promedio 330 min. vs 220 min del grupo 1 con p<0.05) y con mayor número de aplicaciones (p<0,05), la respuesta inflamatoria fue mayor, desde la presencia de un cuadro Pseudogripal hasta un paciente con shock vasopléjico.

Conclusiones: Todos los pacientes demostraron cambios de laboratorio. La mayor respuesta inflamatoria se asoció con mayor numero de aplicaciones, procedimientos más complejos (FA permanente) con tiempos más prolongados. Tiempos menores a 220 min se relacionaron a menor respuesta inflamatoria clínica.

0215 - UTILIDAD DE LA ADENOSINA ENDOVENOSA PARA LA LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DE LAS VÍAS ACCESORIAS DERECHAS DURANTE LA ABLACIÓN TRANSCATETER POR RADIOFRECUENCIA

FRANCO, David Alejandro | Dr. MILITELLO, Claudio Alejandro | QUIROGA PONCE, Horacio Jose | Dr. LOPEZ DIEZ, Juan Cruz | BOTBOL, Alejandro | CORONEL, Roberto | DIAZ, Carlos | PORCILE, Rafael

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA - SANATORIO SAGRADO CORAZON

Objetivos: Se describe que la activación ventricular en el síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) genera un latido de fusión que depende de dos frentes de onda balanceados entre el sistema de conducción normal y la vía accesoria aurículo-ventricular (VA).
La eficacia de la mayoría de los algoritmos electrocardiográficos para la localización anatómica de las VA depende de la existencia de preexcitación ventricular cercana a la máxima. Cuando la activación ventricular es compartida por el sistema de conducción AV normal y por la VA el diagnóstico electrocardiográfico para la ubicación anatómica de las VA se dificulta, sobre todo en las VA que simulan ser septales derechas.
La adenosina, administrada por vía intravenosa, es una droga que interrumpe en forma fugaz la conducción nodal AV y no afecta la conducción por la VA.
El objetivo de este estudio fue determinar si la utilización de la adenosina, al lograr el máximo grado de preexcitación ventricular interrumpiendo la conducción nodal AV, permitía optimizar la localización anatómica de las VA a través del ECG de superficie previo a la ablación por radiofrecuencia (ARF).

Materiales y Métodos: Se estudiaron 22 pacientes con sindrome de WPW (15 hombres), con edades comprendidas entre los 15 y los 55 años, que fueron divididos en dos grupos sobre la base de la duración de los complejos QRS en el ECG basal, expresión de diferente grado de preexcitación ventricular. El grupo I: QRS mayor o igual a 130 mseg, 8 pacientes; y el grupo II: QRS menor a 130 mseg, 14 pacientes.
A todos los pacientes se les administraron 12 mg endovenosos de adenosina y se registro un ECG de 12 derivaciones durante el efecto máximo de la misma.

Resultados: Durante el efecto máximo de la adenosina se observaron cambios que sugirieron una localización diferente de la VA en 1 paciente (12%) del grupo I y en 8 (57%) del grupo II. ($p < 0,05$)
El diagnóstico electrocardiográfico se corroboró, en los 22 pacientes, por la localización anatómica precisa de la VA en el mapeo correspondiente durante la ablación por radiofrecuencia .

Conclusiones: La utilización endovenosa de adenosina colabora mediante el ECG de superficie con la localización anatómica de las VA en pacientes con síndrome de WPW previo a la realización de la ARF, fundamentalmente cuando el grado de preexcitación ventricular es intermedio y la VA simula ser septal. Probablemente ademas contribuye acortando la duración total del procedimiento de ARF.

0216 - UTILIDAD DEL SISTEMA DE NAVEGACIÓN ENSITE. PRIMEROS 100 PACIENTES

Dr. MONTES, Juan Pablo | Dr. BARJA, Luis Dante | ORTEGA, Daniel Felipe | LOGARZO, Emilio Ariel | MANGANI, Nicolas | BARATTA, Sergio | HITA, Alejandro

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Objetivos: Los Sistemas de navegación son utilizados actualmente en forma rutinaria en la mayoría de los centros. En el 2008 comenzamos a utilizar el sistema EnSite V 6, 7 y 8 en diversas patologías. El objetivo de este trabajo es determinar la efectividad del sistema en arritmias cuyo sustrato complejo requerían la utilización de métodos no convencionales.

Materiales y Métodos: 101 pacientes (p) fueron estudiados. 49 años de edad media (73 masculinos). 18 taquicardias auriculares (TA),19 arritmias ventriculares (TV),16 aleteos auriculares atípicos (AAA), y 48 fibrilaciones auriculares (FA). Se realizó ablación por radiofrecuencia (ARF) con sistema EnSite NavX en 91 p y con sistema ARRAY en 10 p (4 TA y 6 TV)

Resultados: 17 de 18 TA fueron ablacionadas con éxito. 4 de ellas con sistema ARRAY.
De las 19 arritmias ventriculares estudiadas 3 fueron TV fasciculares izquierdas exitosas, una TV isquémica no exitosa (CDI previo), 13 EV del TSVD con éxito primario y una recidiva.
10 casos de fibrilación auricular crónica, 8 con pasaje a ritmo sinusal.
De los 38 pacientes con FA paroxística/persistente, 35 con aislamiento efectivo de las 4 venas pulmonares
De acuerdo al tipo de sustrato fueron utilizados diferentes herramientas del sistema de navegación: reconstrucción anatomica con verismo con o sin fusión, mapas LAT, mapas de voltajes, mapas de propagación y DSM.
El tiempo del procedimiento aumentó 30 min en la FA paroxística, 60´ en la FA crónica y 30 minutos para las otras arritmias, comparados con pacientes de igual calidad realizados con métodos convencionales.
Complicaciones: 1 muerte por Fistula atrioesofágica (FA crónica y cirugía cardíaca previa) y 2 Aleteos auriculares izquierdos, una estenosis de vena pulmonar, 3 derrames pericárdicos (2 en AVP por FA y 1 en un caso de TV izquierda cicatrizal).

Conclusiones: El sistema EnSite fue de utilidad en el análisis y ablación de arritmias complejas, aunque aumenta significativamente el tiempo del procedimiento.

0217 - DIFERENCIAS VECTOCARDIOGRÁFICAS ENTRE PACIENTES CON MARCAPASOS EN ÁPEX DE VENTRÍCULO DERECHO CON SINCRONÍA ELÉCTRICA VS PACIENTES CON DISINCRONÍA POR EL MÉTODO SINCHROMAX 2

INGALLINA, Fernando | ORTEGA, Daniel Felipe | Dr. BARJA, Luis Dante | BONOMINI, Paula | LOGARZO, Emilio Ariel | MONTES, Juan Pablo | MANGANI, Nicolas | ADILARDI, Alejandro

FUNDACION PARA LA INVESTIGACION EN BIOINGENIERIA APLICADA (F.I.B.A.) - INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS ALFREDO LANARI - UBA

Objetivos: Los pacientes con marcapasos en ápex de ventrículo derecho (VD) presentan un bloqueo de rama izquierda. En investigaciones anteriores se evaluó la disincronía eléctrica por el método Sinchromax 2, encontrándose que el 50% presentaban sincronía a pesar del bloqueo de rama izquierda. Por su parte, el vectocardiograma (VCG) ofrece una representación precisa de la magnitud y dirección de las fuerzas eléctricas durante el ciclo cardíaco. El objetivo de este estudio es establecer la posible correlación entre estos dos métodos y analizar las variables vectocardiográficas que permitan identificar pacientes disincrónicos.

Materiales y Métodos: Se evaluaron retrospectivamente 28 pacientes con marcapasos en ápex de VD por el método Sinchromax se identificaron 13 con sincronía eléctrica (índice 0,45 – curva 5 – Grupo A) y 15 pacientes con disincronía eléctrica (índice 0,81 – curva 8 – Grupo B). En todos ellos se les realizó un vectocardiograma con análisis de las siguientes variables: Angulo del QRS (vector máximo) en los planos frontal y horizontal, ángulo QRS/T en ambos planos, y características morfológicas de las asas.
Se establecieron los valores promedio de los parámetros descriptos y se compararon mediante t- test dichos valores entre cada grupo.

Resultados: El grupo A mostró una desviación media del vector máximo del QRS en el plano frontal de -130,75° y de -120,13° en el PH ($p < 0.05$). El grupo B mostro una desviación de -64,38° en el PF y -78,00° en el PH ($p < 0.05$)
En cuanto al ángulo QRS/T solo se encontró una diferencia significativa en el plano frontal (180,13° en el grupo A vs. 156,67° en el grupo B)

Conclusiones: El grupo A presentó como característica distintiva un ángulo del vector máximo del QRS orientado más hacia el cuadrante superior izquierdo en los dos planos del espacio analizados en relación al grupo B. A su vez, el ángulo QRS/T en el plano frontal es más abierto en los pacientes eléctricamente sincrónicos. Estos resultados sugieren al VCG como una herramienta complementaria de utilidad en la evaluación de la sincronía eléctrica en los pacientes con MCP en ventrículo derecho.

0218 - OPTIMIZACIÓN ELÉCTRICA DEL INTERVALO INTERVENTRICULAR EN TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA CON EL METODO SINCHROMAX 2

Dr. LOGARZO, Emilio Ariel | ORTEGA, Daniel Felipe | Dr. BARJA, Luis Dante | MONTES, Juan Pablo | BONOMINI, Paula | MANGANI, Nicolas | SUAREZ, Jorge | TETTAMANTI, Estela

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL - FUNDACION PARA LA INVESTIGACION EN BIOINGENIERIA APLICADA (F.I.B.A.) - CLINICA SAN CAMILO

Objetivos: La terapia de desincronización cardíaca se diseñó para lograr la contracción simultánea del septum y la pared lateral del VI para evitar los efectos deletéreos del bloqueo de rama izquierda en pacientes con insuficiencia cardíaca. No se cuenta en la actualidad con un método “gold-standard” para la optimización en la CRT. Presentamos un método no invasivo para la estimación de la sincronía eléctrica cardíaca, validado con estudio electrofisiológico y ecodoppler tisular. La aplicación de este sistema en la clínica de resincronización cardiaca permite seleccionar el intervalo interventricular óptimo en cada paciente sometido a esta terapia, en forma rápida y no invasiva con una respuesta eléctrica inmediata. El objetivo del presente estudio es la evaluación y optimización en forma no invasiva de la disincronía eléctrica en pacientes con terapia de resincronización cardíaca, con la determinación de curvas e índices característicos y la modificación del intervalo de estimulación interventricular.
Materiales y Métodos: Se estudiaron 63 pacientes retrospectivamente, el 78 % eran varones, con edades comprendidas entre 28 y 88 años (media de 64 años), 59 pacientes presentaban miocardiopatía dilatada y los restantes bloqueo AV completo con QRS angosto, con CRT en forma convencional en ápex de ventrículo derecho y el cable izquierdo fue colocado en el seno coronario en 59 pacientes y en cuatro pacientes con bloqueo AV completo en posición septal. Se analizó en forma no invasiva la disincronía eléctrica por el método de Sinchromax 2 ® validado con ecocardiograma doppler tisular en investigaciones previas. Se determinó el índice de disincronía eléctrica y las curvas de correlación eléctrica. Los índices de disincronía validados previamente se encontraban en un rango de 0 a 0.4 (sincrónicos), 0.4 a 0.7 (levemente disincrónicos) y más de 0.7 (disincrónicos). Se valoró la curva 4 como sincrónico y la curva 7 como disincrónico. Se valoró el intervalo de estimulación interventricular en todos los pacientes y se optimizó el mismo en relación al mejor índice y curva de sincronía obtenido por Sincromax 2.
Resultados: En los pacientes estudiados el QRS basal fue en promedio de 172,43 mseg (SD=22,45) Luego de la optimización de los intervalos interventriculares el mejor QRS logrado fue en promedio de 145,02 mseg (SD=15,31) con una reducción promedio de 27,41 mseg, con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.0001$) con Test T para muestras apareadas. El índice promedio basal fue de 0,75 (SD=0,36), en tanto que el promedio del mejor índice obtenido luego de la resincronizacion eléctrica fue de 0,41 (SD= 0,19), con una diferencia promedio de -0,34, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p=0,0001$). El 87,3% de los pacientes presentaba una curva 7 con un intervalo de estimulación interventricular basal de 0 mseg. Al optimizar eléctricamente se logro una curva tipo 4 en el 92,06% de los casos. Tiempos interventriculares iguales a 0 mseg optimizados se encontraron en el 11,11% de los casos.
Conclusiones: La optimización eléctrica de los tiempos interventriculares por este método es muy simple, rápida y poco costosa. Se logra una reducción significativa de la duración del QRS, con una mejoría de los índices de sincronía eléctrica y de las curvas. La distribución observada de los tiempos interventriculares óptimos para la resincronizacion electrica sugiere que éste valor es variable y dependiente de cada paciente por lo que la programación por “default” no es la óptima en la mayoría de los casos.

0219 - IMPACTO EN LA SINCRONÍA ELÉCTRICA DE LOS LATIDOS DE FUSIÓN EN PACIENTES CON MARCAPASOS DEFINITIVO EN ÁPEX DE VENTRICULO DERECHO

ORTEGA, Daniel Felipe | Dr. BARJA, Luis Dante | BONOMINI, Paula | Dr. LOGARZO, Emilio Ariel | MONTES, Juan Pablo | MANGANI, Nicolas | PAZ, Nora | KENAR, Mario

CLINICA SAN CAMILO - HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL - FUNDACION PARA LA INVESTIGACION EN BIOINGENIERIA APLICADA (F.I.B.A.)

Objetivos: Los pacientes con marcapasos en ventrículo derecho (VD) con ritmo propio presentan a menudo latidos de fusión.
El motivo del presente estudio es valorar en forma no invasiva el impacto sobre la sincronía eléctrica de los latidos de fusión en distintos grupos de pacientes con marcapasos definitivos.

Materiales y Métodos: Se estudiaron 320 pacientes con marcapasos definitivo implantados en punta de VD y que presentaban ritmo propio. Se analizó en forma no invasiva la disincronia eléctrica por el método de Sinchromax 2 ® validado en estudios previos durante los latidos de fusión. Se determinó el índice de disincronia eléctrica y las curvas de correlación eléctrica. Se valoró la curva 5 y un índice de 0,45 como sincrónico y la curva 8 con un índice de 0,75 como disincrónico en pacientes con marcapasos.
Se dividieron los pacientes en 4 grupos:
Grupo 1: Ritmo propio sincrónico. Marcapasos sincrónicos (n 134)
Grupo 2: ritmo propio disincrónico, marcapasos disincrónico (n 63)
Grupo 3: ritmo propio sincrónico, marcapasos disincrónico (n 35)
Grupo 4: ritmo propio disincrónico, marcapasos sincrónico (n 88)

Resultados: De los pacientes analizados se observó que los latidos de fusión en el grupo 1 resultaron en una disincronía eléctrica marcada según el método de Sinchromax 2. Por el contrario, en el resto de los grupos la fusión durante la estimulación ventricular no empeora la disincronía eléctrica preexistente.

Conclusiones: En pacientes con ritmo propio sincrónico o con marcapasos sincrónico, la presencia de latidos de fusión genera disincronia eléctrica al paciente, por lo cual de acuerdo al criterio clínico es conveniente que permanezca con ritmo propio o siempre estimulados.
Debería evitarse la presencia de estos latidos con una adecuada programación

0220 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANATÓMICAS DE LOS PACIENTES SIN ANTECEDENTES CORONARIOS CON ESTUDIOS DE PERFUSIÓN MIOCARDICA SPECT EVALUADOS CON ANGIOGRAFÍA CORONARIA POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA MULTIDETECTOR.

Dr. DEVIGGIANO, Alejandro Dario | Dra. CARRASCOSA, Patricia Marina | CAPUÑAY, Carlos | CARRASCOSA, Jorge

DIAGNOSTICO MAIPU

Objetivos: El propósito de este estudio es evaluar las características clínicas y anatómicas de las lesiones coronarias en pacientes ambulatorios sin antecedentes coronarios con estudios de perfusión miocardica SPECT.

Materiales y Métodos: De 430 pacientes derivados para estudio ACTCMD, 111 tenían estudios de PM. La ACTCMD se realizó con un equipo de 64 filas de detectores (Brilliance CT; Philips Medical Systems). Los estudios de PM se consideraron positivos si presentaban alguno de los siguientes criterios: a) Desnivel del segmento ST > 1,5 mm b) Defecto de perfusión reversible c) Dolor precordial durante test. La PM fue considerada discordante si había dolor precordial y/o desnivel del segmento ST sin defecto de perfusión o viceversa. En cada segmento se evaluó la presencia de estenosis y la composición de las placas coronarias. Las lesiones coronarias clasificadas en base al grado de reducción de la luz que generaban: Severas ≥ 70%, moderadas 40-70 %, no-significativas o leves 40%. Las placas coronarias fueron categorizadas en : no calcificada (densidad menor a la luz coronaria), calcificada (densidad superior a la luz coronaria) y mixta (con ambos componentes). Para realizar la comparación de prevalencia de las distintas placas coronarias se excluyó a los pacientes con arterias coronarias normales y se dividió al resto de los pacientes en 2 grupos G1: enfermedad leve a moderada y G2 : enfermedad significativa

Resultados: Todos los pacientes fueron referidos para descartar enfermedad coronaria. La edad promedio fue de 58.2 ± 9.6 años, 79.3 % eran hombres. El 37.8 % tenían dolor precordial, el 24.3 % se hallaba asintomático. El 77% de los pacientes tenía una probabilidad pre-test intermedia de EC. El 65% de los estudio de PM fue positivo. Se observó EC significativa en 32 (27.8 %) pacientes, estenosis moderada en 28 (25.2 %) y leve o ausente en 51 (45.9 %). Se evidenció un 33,3 % de estenosis significativa en el grupo de pacientes con estudios PM positivos y un 21.1% en el grupo con PM negativa. El 28,6 % de los pacientes con estudios discordantes revelaron estenosis coronaria severa. Las placas no-calcificadas se observaron en 37 pacientes (33%), las calcified en 63 patients (58.6%) y la mixtas en 50 pacientes (45.5%). Hubo una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de placas mixtas entre el G1 y G2 15% vs. 54% p < 0,001. No hubo diferencias en la prevalencia de placas blandas y cálcicas entre G1 y G2.

Conclusiones:
1. El 27.8 % de los pacientes con PM tenía enfermedad coronaria severa en la ACTCMD.
2. El 21.1% los pacientes con PM negativa y el 28.6 % de los pacientes con estudios discordantes tenían estenosis coronarias severas.
3. Los pacientes con estenosis coronaria significativa tuvieron una mayor prevalencia de placas mixtas que los pacientes con estenosis leves a moderadas.

0221 - RENDIMIENTO DEL SOFTWEARE AUTOMÁTICO DE EVALUACION DE LA PERFUSION MIOCARDICA POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA CARDÍACA: EXPERIENCIA INICIAL.

Dra. CARRASCOSA, Patricia Marina | CAPUÑAY, Carlos | Dr. DEVIGGIANO, Alejandro Dario | GARCÍA, Mario | LESSICK, Jonathan | VEMBAR, Mani | LAMASH, Yechile

DIAGNOSTICO MAIPU

Objetivos: El objetivo del presente trabajo fue evaluar el rendimiento del sotweare automático de evaluación de la perfusión miocárdica por tomografía computada (TC) cardíaca para diferenciar segmentos miocárdicos(SM) normales y patológicos en comparación con la interpretación visual.

Materiales y Métodos: Diecisiete pacientes con sospecha de enfermedad coronaria e indicación clínica de angiografía coronaria invasiva fueron estudiados con la modalidad secuencial de la TC cardíaca en reposo y estrés.
La adquisición en reposo se utilizó también para evaluar la anatomía coronaria. Los estudios de TC se realizaron con un equipo de 64 cortes (Brilliance 64, Philips Medical Systems) en reposo y estrés luego de la inyección de 0.56 mg/kg de dipiridamol.
La interpretación se realizó en 16 SM en el plano eje corto en reposo y estrés. Cada segmento fue clasificado como normal o anormal en base a las diferencias de densidad evidenciadas de manera visual.
Luego, las imágenes fueron analizadas de manera cuantitativa con un softwear que evaluó la perfusión miocárdica de manera automática. El mismo determinó en primer lugar los segmento miocárdicos y luego identificó voxeles anormales a través del modelo gausiano. La información fue suministrada a través de un mapa polar con escala de color que fue desde el rojo (perfusión normal) al azul (perfusión anormal). La concordancia entre el análisis automático y visual se calculó con el coeficiente kappa de Cohen.

Resultados: Fueron pasibles de evaluación un total de 263/272 y 258/272 SM en reposo y esfuerzo respectivamente. Los segmentos no evaluables se debieron a la presencia de artefactos de transición. Las áreas de perfusión anormal debidas a artefactos por movimiento en la evaluación automática fueron excluidas del análisis
La evaluación de la perfusión miocárdica en reposo y estrés arrojó una k de 0.74 (IC 0.62 to 0.85) y 0.78 (CI 0.67 to 0.89) respectivamente.
La dosis media de radiación efectiva de la suma de las adquisiciones de reposo y esfuerzo fue 6.7 mSv.

Conclusiones: La evaluación de la perfusión miocardica por TC cardíaca a través del softweare automático mostró una adecuada concordancia con la evaluación visual en la detección de alteraciones de la perfusión miocárdica en reposo y estrés.

0222 - ESTUDIO DE LA FASE SISTÓLICA DE LA CONTRACCIÓN VENTRICULAR SEPTAL CON DOPPLER TISULAR Y SU CORRELACIÓN CON LA MORFOMETRÍA EN PACIENTES CON ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA SINTOMÁTICA

Dr. BARATTA, Sergio Juan | Dr. DONATO, Pablo Martin | Dr. CHEJTMAN, Demian | Dr. LIPSZYC, Federico Martin | Dr. BILBAO, Jorge Alberto | MORALES, Celina | Dr. HITA, Alejandro | Dr. GELPI, Ricardo Jorge

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE MEDICINA

Objetivos: Determinar la correlación de la función sistólica regional septal con el volumen de colágeno (VC) y el área miocitaria (Ar Mi) en estenosis aórtica severa sintomática.

Materiales y Métodos: Se estudiaron 13 p, 65,7±12 años, sexo masculino 40%, con EAo SS. En todos los p se realizó Doppler tisular (DT) y se medió la velocidad de la onda del período isovolúmico (IVCa) y de la onda sistólica regional septal (“s”) basal y medial mediante DT pulsado, se calculó relación IVCa/s y la diferencia de velocidad de la onda “s” del septum basal y medio (DVMB) y se obtuvieron biopsias intraoperatorias del septum interventricular con determinación de volumen de colágeno (VC) y Ar M (µm2).

Resultados: El índice de masa promedio (±DS) del ventrículo izquierdo fue 225±87 g/m2, la velocidad sistólica regional del septum basal fue 3,9±1,4 cm/seg, la DVMB fue 1,25±0,28, la relación IVCa/s 0,61±0,21, el Ar Mi fue 8,1,1% ± 3,6% y el VC 411µ2±105 µ2. Se observó una correlación significativa del VC con: a) onda “s” tisular basal (Coef. Correlación (CC) -0,89, p<0,001)), b) DVMB (CC -0,78, <0,005) y no significativa con relación IVCa/s (CC 0,26, p: 0,40). No se observó correlación significativa del Ar M con la onda “s” tisular basal, DVMB y relación IVCa/s.

Conclusiones: La reducción de la onda sistólica tisular y la DVMB se correlaciona con el VC. Los cambios funcionales regionales se relacionan con el grado de fibrosis y no con la hipertrofia miocitaria.

0223 - MIOCARDIOPATIA HIPERTRÓFICA CON HIPERTROFIA DE AURÍCULA DERECHA

Dr. CIANCIULLI, Tomas Francisco | Dra. SACCHERI, Maria Cristina | Dra. GONDA, Maria Fernanda | Dr. REDRUELLO, Hector Jorge | Dr. LAX, Jorge Alberto | Dr. LABADET, Carlos D. | Tpc. DIAZ, Bibiana Mercedes | Dr. PREZIOSO, Horacio

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. ARGERICH

Objetivos: Objetivo: Analizar el hallazgo ecocardiográfico de hipertrofia de la aurícula derecha (HAD) en pacientes con MH.
Materiales y Métodos: Métodos: De 339 pacientes con MH, encontramos 5 pacientes con sospecha en el ecocardiograma bidimensional de HAD por la presencia de un engrosamiento localizado (espolón) en el techo de la aurícula derecha (AD) adyacente a la desembocadura de la vena cava superior, a quienes se les completo el estudio con eco-transesofágico (ETE). Desde la vista bicaval se midió el espesor de la pared de la orejuela de AD (OAD) y desde el plano horizontal a 0° de la vista de 4 cámaras, el espesor del cuerpo de la AD. Se utilizó Doppler pulsado tisular (DPT) para medir la función sistólica de la OAD. Estos 5 pacientes conformaron el grupo I (GI). Los hallazgos del ETE se los compararon con los obtenidos en 15 sujetos normales (GII) y 15 pacientes con MH sin espolón (GIII). El criterio de HAD fue el hallazgo de un espesor diastólico de AD > de 2 mm. Para el análisis de los resultados se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis.

Resultados: Resultados: En los pacientes del GI (MH con espolón) se encontró un aumento significativo del espesor diastólico de la AD, tanto en el cuerpo (8 mm), como en la OAD (12,5 mm), comparado con los normales GII (cuerpo: 1,85 mm, OAD: 1,70 mm) y en la MH sin espolón, GIII (cuerpo: 1,90 mm, OAD: 1,75). El DPT de la OAD mostró una marcada reducción de la velocidad pico sistólica tisular en el GI (6 cm/seg), indicativo de disfunción sistólica auricular.

	GI (MH con espolón)	GII (sanos)	GIII (MH sin espolón)	p: GI/GII y GI/GIII
Edad	38±21	43±17	40±27	NS
Pacientes	5	15	15	
Sexo (femenino)	4	7	10	
Espesor AD (mm)	8 (4,5-19)	1,85 (1,6-2,1)	1,90 (1,7-2,1)	< 0.001
Espesor OAD (mm)	12,5 (9,9-20,5)	1,70 (1,6-1,9)	1,75 (1,6-2,0)	< 0.001
Doppler Tisular OAD	6 (3,9-10,5)	20,3 (18,9-21,7)	15,1 (12,3-22,5)	< 0.001

Conclusiones: Conclusión: la hipertrofia de auricular derecha en pacientes con miocardiopatía hipertrófica es un hallazgo poco frecuente (1,5%), puede sospecharse ante la presencia del espolón descripto, podría ser expresión del proceso miopático generalizado y se asocia a disfunción miocárdica auricular. Estos hallazgos no han sido previamente descriptos

0224 - NUEVA DEFINICIÓN DE INFARTO: ¿ES VÁLIDO BASARSE EN LAS IMÁGENES?

Dr. MAURO, Victor Miguel | Dra. CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz | PEREZ, Roberto | CHARASK, Adrian | Dra. SIERRA, Melisa Andrea | GARCIA AURELIO, Mauro | GORAL, Jorge | BARRERO, Carlos

CLINICA SANTA ISABEL - CLINICA BAZTERRICA

Objetivos: La elevación de troponina asociada a nuevos trastornos de la motilidad en el ecocardiograma (ECO2D) o a la pérdida de tejido viable en estudios centellográficos (SPECT) es suficiente para diagnosticar infarto de acuerdo a la nueva definición. Sin embargo, la evidencia acerca del valor adicional de las imágenes en los sindromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST (SCASST) es escasa. Objetivos.
1. Analizar la prevalencia de defectos perfusivos en el SPECT de reposo y trastornos de motilidad en el ECO2D dentro de las 24hs de un SCASST. 2. Correlacionar los hallazgos de los estudios por imágenes con la elevación de la troponina (Tn-T).

Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma prospectiva y consecutiva 46p con SCASST ingresados en la UCO definidos por la presencia de angina<24hs del ingreso asociado al menos a: 1) elevación de Tn-T o 2) cambios ECGs (desnivel-ST u ondas T negativas). Se excluyeron p con trastornos intraventriculares de la conducción, fibrilación auricular, infarto o revascularización previos e insuficiencia renal. Se dosó Tn-T al ingreso, 6, 12, 24 y 48hs. Tn-T normal(<0,1µg). Tn-T fue dividida en normal y en tercilos para establecer su correlación con el SPECT y el ECO2D. ECO2D(+) fue considerado como trastorno >1 segmento y SPECT(+) al score de suma de reposo(SSR)>4. Se incluyeron 46p(h:67%);edad(mediana): 62a;cambiosECG:63%;TnT(+) 70%; SPECT(+) 89%; ECO2D(+) 70%.

Resultados: tabla

Tn-T (N)	<0.1 (15p)	0.1-0.29 (10p)	0.3-0.55 (10p)	>0.55 (11p)
ECO (+) (%)	46.5	80	80	82
SPECT (+) (%)	79	75	89	65

Conclusiones: 1. En los SCASST, la presencia de trastornos de motilidad en el ECO2D y los defectos perfusivos en el SPECT de reposo son muy frecuentes independientemente del valor de la Tn-T. 2. No hubo correlación entre los niveles de troponina y los trastornos en el ECO2D y el SPECT. 3. Asociar las imágenes a la elevación de la Tn-T para definir infarto no aporta información adicional al no poder discernir entre miocardio necrótico o isquémico.

0225 - VALORES PRESIÓN PULMONAR SISTÓLICA, TAPSE, DIÁMETRO DEL VD Y RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR EN SUJETOS NORMALES MAYORES DE 65 AÑOS.

Dra. CULACIATI, Guillermina | GANTESTI, Jesica | SANCHEZ LUCEROS, Diego | GINGINS, Mauro | FERNANDEZ, Mario | RIOS, Cecilia | CARRASCOSA, Patricia | DESCHLE, Hector Alfredo

DIAGNOSTICO MAIPU

Objetivos: En nuestro medio, no existen suficientes datos sobre valores ecocardiográficos normales, en sujetos añosos.El objetivo del presente trabajo fue obtener valores de presión pulmonar sistólica, TAPSE, diámetro del VD y resistencia vascular pulmonar en sujetos saludables mayores de 65 años.

Materiales y Métodos: Entre enero y marzo de 2011 ingresaron 91 pacientes mayores de 65 años asintomáticos, sin antecedentes de cardiopatía, hipertensión arterial, ni otras enfermedades de jerarquía.
Sexo masculino: 36 (39,6%). Se obtuvieron las mediciones del diámetro diastólico del VD en 4 cámaras por arriba del plano tricuspídeo, excursión sistólica del anillo tricuspídeo (TAPSE) en la vista apical de 4 cámaras, velocidad máxima de regurgitación tricuspídea, diámetro en espiración e inspiración de la vena cava inferior, e integral de velocidad/tiempo en el tracto de salida del VD. Con estos datos se calculó la presión sistólica pulmonar de manera convencional y la resistencia vascular pulmonar de acuerdo a la fórmula: (Vel max IT/VTI TSVD)*800, obteniéndose el resultado en dynas.seg.cm-5. Para comparar los valores medios entre sexos se utilizó la prueba de t. Se consideró significativa una p<0,05.

Resultados: Los valores obtenidos pueden observarse en la tabla.
No hubo diferencias significativas entre sexos.

sexo		Minimo	Maximo	Media	Desv. tip.
Fem (n=55)	DDVD	20,00	46,00	30,92	5,45
	PSAP	18,00	40,00	28,08	4,99
	VCI ESP	9,00	18,90	14,71	2,28
	TAPSE	18,00	33,00	24,88	3,13
	RVP dyn	54,45	205,00	117,03	31,70
Masc (n=36)	DDVD	18,00	44,00	31,97	6,86
	PSAP	15,00	42,00	28,15	7,16
	VCI ESP	7,60	22,00	15,45	3,01
	TAPSE	17,00	34,00	25,14	4,20
	RVP dyn	61,89	173,91	111,45	28,00

Conclusiones: En esta población de pacientes mayores de 65 años:
a- Puede considerarse normal una presión sistólica pulmonar de hasta 42 mmHg.
b- El TAPSE fue normal a partir de los 17 mm.
c- La resistencia vascular pulmonar no sobrepasó las 205 dynas.seg.cm-5.
Estos valores pueden servir de referencia para analizar pacientes en situaciones patológicas.

0226 - EVALUACIÓN DE PATRONES DE LLENADO DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN PACIENTES CON INFARTO PREVIO DE MIOCARDIO MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA

Dr. RODRIGUEZ GRANILLO, Gaston Alfredo | MEJÍA-CAMPILLO, Marlon | ROSALES, Miguel | INGINO, Carlos | LÓPEZ, Federico | DEGROSSI, Elina | LYLYK, Pedro

CLINICA LA SAGRADA FAMILIA - SANATORIO OTAMENDI - CONICET

Objetivos: Explorar los patrones de llenado del ventrículo izquierdo en pacientes con infarto previo de miocardio utilizando curvas de volumen-tiempo obtenidas mediante secuencias convencionales de cine-cardiorresonancia magnética cardíaca (CRM).

Materiales y Métodos: Pacientes consecutivos con antecedentes de infarto previo (> 3 meses) de miocardio referidos para evaluación mediante CRM constituyeron la población en estudio, y un cohorte consecutivo de pacientes del mismo sexo y grupo etáreo constituyeron el grupo control. Para la evaluación de los patrones de llenado ventricular se realizó detección manual del borde endocárdico en fin de diástole utilizando ejes cortos de base a punta, y a continuación se propagaron a todas las fases temporales mediante detección automática de bordes, con eventual corrección manual en diástole. Los siguientes parámetros fueron evaluados: tasa pico de llenado (TPLL), tiempo a la TPLL (tTPLL), TPLL indexado según volumen diastólico al tTPLL (iTPLL), y porcentaje del intervalo RR entre fin de sístole y el TPLL (%RR al TPLL).

Resultados: Cincuenta pacientes fueron incluidos, 25 con antecedentes de infarto previo y 25 controles. La edad media fue 59.6±13.9 años y 27 (54 %) fueron hombres. Entre el grupo control, se encontró una relación inversa significativa entre la edad y el TPLL (r= -0.53, p=0.007), mientras que entre los pacientes con infarto previo no se observó asociación alguna (r= -0.16, p=0.44). El TPLL (252.4±96.7 ml/s vs. 316.0±126.4 ml/s, p= 0.05) y el iTPLL (1.6±1.2 vs. 3.3±1.5, p<0.001) fueron significativamente menores en pacientes con infarto previo que en los controles, mientras que no se observaron diferencias significativas en cuanto al tTPLL (143.0±67.5 ms vs. 176.2±83.9 ms, p=0.13) ni al %RR TPLL (18.1±9.7 % vs. 20.6±12.2 %, p= 0.44). El tamaño del infarto se relacionó con la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (r=-0.76, p<0.001), el TPLL(r=-0.40, p=0.004), el iTPLL (r=-0.52, p<0.001), y el área auricular izquierda (r=0.40, p= 0.004). Los pacientes dentro del menor cuartil de TPLL (< 200 ml/s) evidenciaron infartos de mayor tamaño (cuartil 1 26.5±25.5 %, cuartil 2 15.5±20.9 %, cuartil 3 6.3±12.4 %, cuartil 4 8.8±14.1 %, p= 0.04). En el análisis multivariado, el tamaño del infarto fue el único predictor independiente del menor cuartil de TPLL (p=0.017).

Conclusiones: El tamaño del infarto tiene un impacto en los patrones de llenado del ventrículo izquierdo, como se determinó mediante secuencias convencionales de cine-CRM.

0227 - EVALUACIÓN DE LOS NIVELES DE CÉLULAS PROGENITORAS ENDOTELIALES CIRCULANTES CON EL EJERCICIO FÍSICO AGUDO (ERGOMETRÍA)

Dr. GAGLIARDI, Juan Alberto | BERMEJO, Emilse | NEIVA, Maciel | CASTELLANO, José Luis | PALACIOS, María F | MASOLI, Osvaldo | GELPI, Ricardo J. | LAZZARI, María A

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. ARGERICH - INSTITUTO DE HEMATOLOGÍA DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Objetivos: El ejercicio físico es muy útil en pacientes coronarios crónicos y se reconoce como un estímulo para el desarrollo de circulación colateral. La misma podría a su vez estar determinada por un aumento en la producción y circulación de células progenitoras endoteliales (CPE). El ejercicio físico sería un factor muy importante en este aumento. Sin embargo, no se conoce cuanto tiempo de ejercicio es necesario para producirlo.
El objetivo de este trabajo es evaluar en pacientes coronarios crónicos estables, el efecto del ejercicio físico "agudo" sobre la producción y el número de células progenitoras endoteliales circulantes.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 14 pacientes con enfermedad coronaria crónica demostrada y estable, menores de 75 años, que realizaron un estudio de perfusión miocárdica con SPECT con esfuerzo. Se tomaron muestras para el análisis de las CPE en:- tiempo basal, - pico del ejercicio y – recuperación a los 30 minutos de finalizado el ejercicio.
La determinación de las CPE se realizó por citometría de flujo utilizando estrategia de doble marcación con: CD309 (VEGFR-2/KDR) y CD34 (marcador hematopoyético). Los valores se expresaron por la media del porcentaje de células positivas ± error estándar de la media, para las distintas combinaciones (CD309+/CD34+; CD309+/CD34- y CD309+ totales).
Se analizó la variación en el nivel de CPE mediante el test t Student para datos apareados (comparación intragrupo) y ANOVA para las comparaciones entre el basal, pico del ejercicio y recuperación.

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes (12 hombres), edad: 62,4 ± 7 años, antecedentes: HTA 11 p (78,6%), DBT 2 p (14,3%), DLP 9 p (64,3%), TBQ 1 p (7,15), IAM Previo 4 p (28,6%), ATC Previa 3 p (21,4%), CRM Previa 1 p (7,1%). En la tabla se resumen los datos de los niveles de CPE antes del ejercicio (basal), en el esfuerzo máximo (pico) y en la recuperación post-ejercicio.

	Basal	Pico	Recuperación	p
CD 309	0,196 ± 0,048	0,172 ± 0,020	0,176 ± 0,043	0,69
CD309/CD34-	0,054 ± 0,017	0,044 ± 0,01	0,046 ± 0,013	0,98
CD309/CD34+	0,139 ± 0,033	0,127 ± 0,018	0,130 ± 0,032	0,62

Conclusiones: El ejercicio "agudo" como el realizado en la ergometría de una perfusión miocárdica con SPECT no indujo variaciones en el porcentaje de CPE totales (CD309+) o de las sub-poblaciones estudiadas (CD309+/CD34+; CD309+/CD34-). Si bien con el ejercicio crónico se ha observado un incremento en los niveles de CPE circulantes, es probable que en estas condiciones no se haya alcanzado el umbral necesario para estimular su incremento.

0228 - EL IMPACTO DE UN PLAN DE ENTRENAMIENTO CARDIOPULMONAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES PULMONARES CRÓNICAS

Dr. BRUZZESE, Martin Fernando | CAPANO, Camilo | VICENTE, Jorge | CANEVA, Jorge | LUIS, Cecilia | ANGELINO, Arnaldo | LOWESTEIN, Roberto | Dra. KERBAGE, Soraya Dalel

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: Evidenciar el impacto de un plan de entrenamiento cardiopulmonar sobre la fuerza muscular, masa muscular, resistencia aeróbica y calidad de vida, en pacientes con enfermedades pulmonares crónicas.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con antecedentes de Enfermedades Pulmonares crónicas, los cuales fueron ingresados a un plan específico de entrenamiento cardiopulmonar y fuerza muscular previa firma del consentimiento informado y a una historia clínica informatizada.
Al inicio del plan, se realizaron mediciones de la resistencia aeróbica, test de calidad de vida de Saint George, del perímetro y fuerza del cuadriceps.
Se realizó un plan de entrenamiento de Fuerza Muscular y aeróbico supervisado dos veces por semana durante seis meses, luego del cual se reevaluaron todas las mediciones.Los resultados se reportan como mediana (rango intercuartilo 25-75). El test estadístico utilizado para comparar las variables fue el Wilcoxon.

	BASAL	6 MESES	p
Fuerza muscular (kg.)	33.25	39.9	0,0006
Perímetro Pierna (cm)	43	43	0,61
Test de resistencia aerobica (Mets)	3.7	4.81	0,001
Test de calidad de vida (score)	42.50	35,66	0,035

Conclusiones: Un plan específico de entrenamiento cardiopulmonar y fuerza muscular en pacientes con enfermedades pulmonares cronicas ha demostrado a partir de los 6 meses una mejora significativa en fuerza muscular ,resistencia aeróbica y calidad de vida requiriendo más tiempo para modificaciones de masa muscular esquelética.

0229 - FUNCIONALIDAD DE HDL: COMPOSICIÓN VS CONCENTRACIÓN

Dra. ZAGO, Valeria | ZUGBI, Santiago | MIKSZTOWICZ, Veronica | CACCIAGIÚ, Leonardo | BASILIO, Francisco | BERG, Gabriela | SCHREIER, Laura

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA - INFIBIOC - INSTITUTO DE FISIOPATOLOGÍA Y BIOQUÍMICA CLÍNICA

Objetivos: Introducción: la funcionalidad de HDL es, en parte, independiente de su concentración y determina la capacidad antiaterogenica de esta lipoproteína. La acción de la enzima lipasa hepática (LH) sobre HDL, hidrolizando parte de sus componentes lipídicos, constituye uno de los últimos pasos del transporte reverso del colesterol. En estudios previos demostramos que la actividad de LH está incrementada en mujeres postmenopáusicas (MPM), aún cuando la concentración de colesterol (col)-HDL no desciende. Objetivo: evaluar la calidad de HDL en la interacción con LH en MPM.

Materiales y Métodos: Se estudiaron 20 MPM (51-60 años) y 18 controles premenopáusicas (PreM) (26-40 años). Se determinó el perfil lipídico, se aisló HDL y se midió su composición. Se realizó un ensayo in vitro incubando concentraciones crecientes de triglicéridos (TG)-HDL (0,15-0,1 mM) con LH proveniente de plasma post-heparínico (PPH) de único donante sano (actividad: 24±2 µmol ác.grasos/mlPPH), inhibiendo otras enzimas lipolíticas con NaCl 1M. Se midieron los ácidos grasos liberados y se calculó, mediante transformación matemática de la curva cinética, la Km como indicador inverso de la afinidad enzimática.

Resultados: MPM presentó aumento de col-Total, TG, y col-LDL en comparación PreM (Media±DS:244±48 vs 187±31; 137±64 vs 69±36; 168±48 vs 109±31 mg%, p<0,0001, respectivamente). Col-HDL no mostró diferencias significativas entre grupos, (55±13 vs 66±12 mg%, p=0,07). La composición química porcentual de HDL presentó un enriquecimiento en TG (4,4±2,2vs3,2±1,0, p<0,05) y un menor contenido en colesterol (16,4±2,4 vs 19,3±3,6, p<0,001) en MPM, sin diferencias en los demás componentes. La medida de la afinidad enzimática demostró una Km superior en MPM (153±97 vs 42±13 µM, p<0,0001) que correlacionó directamente con el contenido en TG-HDL (r=0,7 p=0,0001).

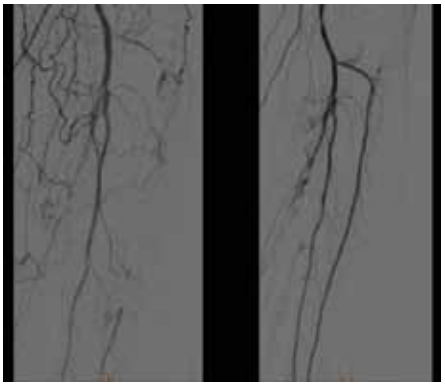
Conclusiones: Si bien el nivel de col-HDL de MPM no desciende, alteraciones cualitativas como el enriquecimiento en TG de la partícula, afectarían su catabolismo disminuyendo su eficiencia en el transporte reverso del colesterol.

0230 - TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ENFERMEDAD TIBIOPERÓNEA EN PACIENTES CON ISQUEMIA CRÍTICA DE MIEMBROS INFERIORES

Dr. FERREIRA, Luis Mariano | ESCORDAMAGLIA, Sergio | DE PAZ, Martín | RAMOS, Ariel | ALLENDE, José | CODAS THOMPSON, Juan | INGINO, Carlos | LA MURA, A. Ricardo

CLINICA LA SAGRADA FAMILIA

Objetivos: La revascularización mediante cirugía en pacientes con isquemia severa de los miembros inferiores (MMII) se acompaña de una alta tasa de complicaciones y mortalidad. Una antigua serie ha determinado que menos del 25% de los pacientes llega a un resultado ideal. Por el contrario la revascularización endovascular ha surgido como una alternativa a la derivación quirúrgica de los vasos tibio-peróneos, especialmente en estos últimos años con el advenimiento de tecnología específica para este territorio. El propósito de este análisis fue describir los resultados de la angioplastia tibial para la isquemia crítica de miembros en nuestra población de pacientes tratados con dispositivos de última generación.
Materiales y Métodos: Se evaluaron los pacientes con isquemia crítica de MMII sometidos a angioplastia de enero de 2010 a mayo de 2011. Se evaluaron resultado técnico, complicaciones intrahospitalarias, mortalidad, procedimientos secundarios y reinternación a 30 días y al final de seguimiento



Resultados: Sobre un total de 17 pacientes (hombres 64.7%, edad 70.7 años, rango 41 a 82 años, 94,1% gangrena, 1 sólo paciente con dolor en reposo). El 11.7% recibió un stent, el 35.3% se asoció a angioplastía poplítea. Para la realización de las angioplastías se utilizaron balones largos de hasta 220mm, sobre sistema de cuerdas coronarias. Se obtuvo un éxito técnico en el 94.5% de los casos. En una paciente joven diabética insulino dependiente y tabaquista, luego de la angioplastía tibial se constató embolización distal, que requirió infusión de trombolíticos, trombectomía mecánica y tromboaspiración, lográndose reapertura parcial del lecho distal. Un paciente reagudizó su insuficiencia renal. No se registró mortalidad ni amputación. No se registraron rehospitalización ni reintervenciones. En 11 pacientes previamente con dolor en reposo, están actualmente asintomáticos. En 8 la lesión cicatrizó y en otros 9 disminuyó de tamaño (seguimiento pormedio de 7 meses).
Conclusiones: La angioplastia en el territorio tibio-peróneo se asocia con una alta tasa de éxito técnico inicial y clínico a corto y mediano plazo. Los materiales específicos son una condición necesaria para lograr una alta tasa de efectividad.

0231 - ESTEATOSIS HEPATICA NO ALCOHOLICA Y ATEROMATOSIS SUBCLINICA EN UNA POBLACIÓN CON SINDROME METABOLICO.

Dr. LYNCH, Santiago | STAMPONE, Gustavo | ESTOFAN, Mariano | RATTO, Roxana | RODRIGUEZ ACUÑA, Maria Isabel | CABELLO, Mariana | DE LA MATTA, Luis | GABE, Eduardo

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: Evaluar asociación entre esteatosis hepática no alcoholica y ateromatosis carotidea subclinica, mediante ecografía de vasos de cuello con Doppler color, en una población mayor de 40 años que concurre a un centro de prevención cardiovascular y cumple criterios de síndrome metabólico.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó 230 p supuestamente sanos que concurrieron durante el año 2009 a un centro de prevención, que cumplen criterios para síndrome metabólico (SM) según la Asociación Americana de Endocrinología (AACE), y a los cuales se le realizo ecografía de vasos de cuello (EVC). Se analizo la asociación entre esteatosis hepática de cualquier grado y la severa con la presencia de placas de aterosclerosis en las arterias carotideas. Las variables continuas se expresan por mediana [rango intercuartílico (RI)] y compararon mediante prueba de Suma de Rango de Wilcoxon. Las variables categóricas se expresaron por porcentaje y se compararon mediante ×2 (corrección Yates) o Exacta de Fisher.

Resultados: Se incluyeron 230 p, edad 49 años (RI: 45-57), sexo masculino 200 p (87 %). Dentro del grupo con esteatosis hepática 90 p (50,8%) presentaron placas en EVC vs 37 p (56.7%) en aquellos sin esteatosis hepática siendo esta diferencia no significativa (p 0.4). Entre aquellos con esteatosis hepática severa 18 p (52,9%) presentaron placas versus 109 p (52,4 %) en el grupo sin esteatosis severa, siendo esta diferencia también estadísticamente no significativa.

Conclusiones: En nuestra población la esteatosis hepática no alcohólica de cualquier grado no se asocio a la presencia de ateromatois subclínica carotidea evidenciada mediante ecografía de vasos de cuello.

0232 - PERFIL CLÍNICO Y PREDICTORES DE MUERTE EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME AORTICO AGUDO

Dr. GIACOMINI, Mauro Lucas | ARIAS, Anibal Martin | OBERTI, Pablo Fernando | JAIMOVICH, Guillermo | FALCONI, Mariano Luis | NAVARRO ESTRADA, Jose Luis | CAGIDE, Arturo Miguel

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Conocer las características de una población de pacientes con Síndrome Aortico Agudo (SAA) e identificar predictores de muerte en este grupo.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes internados en un centro con diagnóstico de SAA en el período que abarca desde el 1 de enero de 2006 al 31 de abril de 2011. Se describieron las características de la población, se realizaron análisis univariados buscando las variables que se asocian a una mayor mortalidad hospitalaria y a estas últimas se las incluyó en un modelo multivariado.

Resultados: Sobre un total de 74 pacientes, el 73 % fueron varones y la edad promedio fue de 63,8 ± 12.8 años. El 85.1% eran hipertensos, el 44.6% tabaquistas o ex tabaquistas, el 36.5% dislipémicos y el 4% diabéticos. El dolor precordial, abdominal o dorsal estuvo presente 93.7% de los pacientes al momento de la presentación. Del total de los sujetos con SAA, el diagnóstico fue disección aortica en 59 (79.7%), hematoma intramural en 12 (16.2%) y úlcera aortica penetrante en 3 (4.1%). En el 64.8 % de los pacientes con disección o hematoma la localización fue tipo A y en el 35,2 % tipo B. El 24.3% de los pacientes se presentaron con shock o hipotensión y la mortalidad global fue del 24.3% (37% en los tipo A versus 3.9% en los tipo B; p =0,001). Fueron tratados con cirugía el 63,2% de los pacientes (91.3% en los tipo A versus el 15.4% en los tipo B; p < 0,001) y en el 16.2% se realizó tratamiento endovascular (46,1% de los tipo B versus 0% de los tipo A; p < 0,001). En el análisis multivariado los predictores de muerte fueron la edad (OR 2,48 por cada 10 años de incremento; IC95% 1,27 – 3,18; p = 0,008), la localización tipo A (OR 20,26; IC 95% 1,92 – 213,04; p = 0,012) y la presencia de shock o hipotensión (OR 17,14; IC 95% 3,25 – 90,34; p = 0,001).

Conclusiones: En esta población de pacientes con SAA la mortalidad hospitalaria elevada refleja la gravedad de la entidad. Las variables independientes asociadas con mayor mortalidad hospitalaria fueron la edad, la localización y la presencia de compromiso hemodinámico al ingreso.

0233 - PROGRAMA PROTEGE ACV: UNA HERRAMIENTA UTIL PARA LOGRAR LA ADHESION A LARGO PLAZO EN LA PREVENCION SECUNDARIA AL ACV.

Dra. BRIENZA, Silvina Edith | Dra. ALONZO, Claudia Beatriz | Dra. BRESCACIN, Laura Estela | Dra. ZURRU, Maria Cristina | Dra. MARTÍNEZ, Rocío | Dra. ORTEGA, Fabiana Mònica | CÁMERA, Luis | Dr. WAISMAN, Gabriel Dario

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: la adherencia a largo plazo a las recomendaciones de las guías de práctica clínica es uno de los mayores desafíos en el manejo de la enfermedad vascular. Evaluamos la eficacia de un programa de prevención secundaria en accidente cerebrovascular (ACV), mediante el logro de la adherencia a largo plazo a la terapia farmacológica y el control de los factores de riesgo vascular (FRV).
Materiales y Métodos: Se evaluaron pacientes incluidos en el PROTEGE-ACV, un programa multidisciplinario coordinado por médicos clínicos y neurólogos destinados a mejorar el manejo de los FRV y el cumplimiento de las guías de práctica clínica, y evaluar la cognición y la funcionalidad en pacientes con ACV isquémico. Se excluyeron los pacientes con deterioro funcional grave (Rankin ≥; 4), demencia grave o expectativa de vida < 3 años.
Resultados: Se incluyeron 267 (50,6%) de 528 pacientes con ACV (20% TIA) con dos años de seguimiento. La edad media fue de 74,7 ± 11,1 años, 48% hombres. Los principales FRV fueron: hipertensión arterial (80%), hiperlipidemia (69%); sobrepeso (49%); diabetes (15%); ACV previo o accidente isquémico transitorio (23%); antecedente de enfermedad coronaria (16%), fibrilación auricular (12%), el 15% eran fumadores y el 29% ex fumadores. La mayoría de los pacientes lograron un control óptimo de los FRV, así como la adherencia muy elevada a la terapia farmacológica un mes después del ACV, que se mantuvieron después de dos años de seguimiento (tabla), con un 10,8% (29 pacientes) de recidivas y la mortalidad total del 13,8% (37 pacientes).

Variable	Pre-stroke	Un mes después del ACV	p (pre 1 mes)	Dos años después del ACV	p (pre 1 mes - 2 años)
Factores de Riesgo Vascular					
PAS (mmHg)	134.8±16.6	127.9±15	0.00001	128.3±13.3	0.0
PAD (mmHg)	79.5±10.5	75.9±9.6	0.0001	76.9±9.2	0.3
PP (mmHg)	55.3±13.9	52±12.1	0.0005	51.4±10.9	0.6
Glucemia en ayunas (mg/dL)	101.9±24.2	96.5±18	0.005	100.1±20	0.07
Colesterol total (mg/dL)	191.5±37.6	152.5±32.9	0.00001	162.6±34.7	0.004
c-HDL (mg/dL)	47.1±12.5	44.5±13.7	0.03	46±12.9	0.3
c-LDL (mg/dL)	113±34.5	83.3±26.2	0.00001	93.6±26.1	0.0003
Triglicéridos (mg/dL)	118±53.4	106.2±45.2	0.008	109.5±57.1	0.5
Terapia farmacológica(% de pacientes)					
Antihipertensivos	73.7%	87.6%	0.0001	91.6%	0.1
IECA	32.4% (n 85)	55.3% (n 144)	0.0001	45.8% (n 71)	0.03
ARAII	14.4% (n 38)	13% (n 34)	0.3	23.2% (n 36)	0.006
Diuréticos	23.9% (n 68)	20.7% (n 54)	0.2	30.3% (n 47)	0.02
Bloq. cálcicos	23.5% (n 62)	19.3% (n 50)	0.1	23.2% (n 36)	0.007
Betabloqueantes	39.5% (n 104)	43.4% (n 113)	0.2	49.6(n 77)	0.1
Estatinas	44.8%	95.3%	0.0001	92.2%	0.1
Antiplaquetarios	49.2%	82.8%	0.0001	79.2%	0.2
Anticoagulantes orales	7.9%	21.0 %	0.0001	26.1%	0.1

Conclusiones: Un enfoque multidisciplinario mejora significativamente la adherencia al tratamiento y reduce la brecha entre las recomendaciones basadas en la evidencia y la práctica clínica. Una estrategia de trabajo en equipo podría ser el factor clave para mejorar el cumplimiento a largo plazo del seguimiento, con alto impacto sobre la mortalidad y la recurrencia.

0234 - PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DEL ESPESOR ÍNTIMA-MEDIA CAROTÍDEO PARA LA DETECCIÓN DE ATEROESCLEROSIS CORONARIA SUCLÍNICA. INFORME PRELIMINAR

Dr. SINIAWSKI, Daniel Alberto | MASSON, Walter | KRAUSS, Juan | CAGIDE, Arturo

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: El espesor íntima-media carotídeo (EIMC) es un marcador independiente de riesgo cardiovascular (RCV). Estudios recientes demostraron que la detección de ateroesclerosis coronaria mediante la medición del score de calcio coronario (SCC) es un mejor predictor de RCV que el EIMC. Pocos centros de nuestro medio disponen de la tecnología para la medición del SCC Los objetivos del estudio fueron: 1) Evaluar la precisión diagnóstica del EIMC para la detección de un SCC >0. 2) Determinar el punto de corte (PC) óptimo de EIMC para discriminar entre la presencia o ausencia de calcio coronario.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 68 sujetos consecutivos que participan de un programa de prevención primaria. Se midió el EIMC medio y máximo mediante un eco-doppler carotídeo. Se efectuó una tomografía computada de 64 pistas para la evaluación del SCC mediante el método de Agatston. Se realizó un modelo de regresión lineal y se valoró el grado de correlación entre ambas marcadores. Se determinó la precisión diagnóstica del EIMC para discriminar entre sujetos con SCC>0 o SCC=0 y el punto de corte óptimo del EIMC para la detección de un SCC >0 mediante un análisis ROC. Los pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular fueron excluidos.

Resultados: Características de la población (media±DS): edad 54±12 años, presión arterial sistólica 129±14 mmHg, índice de masa corporal 27.7±4, colesterol total 213±64 mg/dL, C-HDL 46±13 mg/dL, EIMC medio 0.929±0.306 mm, EIMC máximo 1.355±0.738 mm. Sexo femenino: 46%, tabaquismo: 9%, tratamiento antihipertensivo: 44%, estatinas: 31%, prevalencia de placa ateroesclerótica carotídea: 32% y de SCC >0: 65%. Las correlaciones entre el EIMC (medio y máximo) y el SCC fueron pobres y no significativas (r=0.09 y r=0.16 respectivamente). El ABC ROC del EIMC máximo para discriminar entre SCC >0 o SCC=0 fue 0.794 (IC 95% 0.680-0.910) y el del EIMC medio 0.788 (IC 95% 0.671-0.905). El punto de corte óptimo (PCO) del EIMC máximo para diagnosticar un SCC >0 fue >=1.1 mm (índice de Younden: 0.523) y la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPP) fueron de 73%, 79%, 86% y 63% respectivamente. El PCO del EIMC medio para detectar un SCC >0 fue >=0.83 mm (índice de Younden: 0.444) y la S, E, VPP y VPP de 76%, 68%, 82% y 60% respectivamente. Se exploró un punto de corte de elevada especificidad (EIMC medio >=1.03) que mostró un VPP de 95%.

Conclusiones: En esta población la precisión diagnóstica del EIMC para discriminar entre sujetos con SCC >0 o SCC= 0 fue moderada. El punto de corte de EIMC medio >= 1.03 mm mostró un VPP elevado para detectar un SCC >0. Una ecografía doppler carotídea normal no excluyó la presencia de ateroesclerosis coronaria subclínica.

0235 - LA ADMINISTRACIÓN AGUDA DE SULFURO DE HIDRÓGENO DISMINUYE LA PRESIÓN ARTERIAL EN UN MODELO GENÉTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ANIMAL

LUCERO, Matías | MERCADE, Juan Manuel | BERTERA, Facundo | Dr. HOCHT, Christian | Dr. TAIRA, Carlos Alberto | Dr. POLIZIO, Ariel H.

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Objetivos: El óxido nítrico (NO), el monóxido de carbono y el sulfuro de hidrógeno (H2S) son tres gases producidos endogenamente con importantes funciones fisiológicas y fisiopatológicas dentro del sistema cardiovascular. La hipertensión es una de las enfermedades más importantes que afecta a dicho sistema en la población mundial. Por lo tanto, es importante encontrar nuevas terapias efectivas para su tratamiento.
El objetivo del trabajo fue determinar el compromiso del H2S en el modelo genético de las ratas espontáneamente hipertensas (SHR).

Materiales y Métodos: Para ello, se utilizaron ratas hipertensas SHR y normotensas (WKY) de 3 meses de edad, las cuales se les canuló la arteria carótida para la toma de la presión arterial directa. Se evaluó el efecto de una solución de sulfuro ácido de sodio (NaHS) , un dador de H2S, (56 µmol/kg, i.v.) sobre la presión arterial media (PAM). Para estudiar la posible participación de la vía del NO y de los canales KATP en la respuesta al NaHS, se pretrató a los animales con L-NAME (un bloqueante de la óxido nítrico sintasa, 70 mg.kg. i.p.) o glibenclamida (un inhibidor de los KATP, 13.5 mg/kg, i.p.), 45 minutos antes de la realización de los experimentos.

Resultados: La PAM basal de los animales SHR y WKY fueron de 141.1±3.5 mmHg y 84.8±1.2 mmHg, respectivamente. La administración de NaHS disminuyó la PAM en las SHR en 9.4 ±1.9* mmHg, *p<0,05 vs basal al minuto, perdurando dicho efecto por diez minutos. Similar efecto fue observado en las WKY, obteniéndose un efecto máximo en la disminución de la PAM al minuto (9.7 mmHg±1.2* mmHg, *p<0.05 vs basal). Por otro lado, el pretratamiento con un inhibidor de la óxido nítrico sintasa (L-NAME) bloqueó la diminución observada de la PAM en los animales tratados con NaHS, no observándose ningún cambio en los animales pretratados con glibenclamida.

Conclusiones: Estos resultados sugerirían que el gas H2S actuaría como un agente hipotensor a través de la vía del NO.

0236 - LOS INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA: ¿PUEDEN EVITAR LA EVOLUCIÓN A LA CARDIOPATÍA DILATADA EN PACIENTES CHAGÁSICOS CON CARDIOPATÍA INCIPIENTE?.

Dr. AUGER, Sergio Ricardo | DE ROSA, Miguel | GOROCITO, Marta | ACCERBONI, Gabriel | STORINO, Ruben | SABRA, Ahmad | DIONISIO, Gabriel | GOMEZ, Gaston

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI

Objetivos: Demostrar si la utilización de inhibidores de la enzima convertidora (Enalapril - Quinapril), frente a un grupo placebo, tienen la capacidad de disminuir el compromiso de la motilidad parietal segmentaria detectada por ecocardiografía doppler, que presentan un grupo de pacientes chagásicos (pch) con arritmias y/o trastornos de conducción no dilatados, (cardiópatas “A”)(CA) retardando o evitando la evolución a la cardiopatía dilatada (cardiópatas “B”)(CB).

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo y comparativo que incluyó a 3 grupos de pch: a) 1 tratado con 10 mg de Enalapril dividido en 2 tomas diarias, b) otro tratado con Quinapril 10 mg en una toma diaria y c) un grupo placebo. Se incorporaron pch CA con trastornos de la motilidad parietal segmentaria por ecocardiografía doppler y se realizó un seguimiento por 2 años. Se consideró evolución ecocardiográfica favorable (ecof) a la disminución del número de segmentos hipoquinéticos o la recuperación total de los mismos y desfavorable (ecodf) a la dilatación cardíaca o aumento de segmentos hipoquinéticos. Estudios realizados: Electrocardiograma (mensual), Holter (trimestral),Rx de torax (trimestral), Ergometría: (semestral), Ecocardiografía doppler (semestral). Método estadístico: Test de las diferencias de proporciones. Se detalló en una tabla los porcentajes de las evoluciones ecocardiográficas favorables y desfavorables en los diferentes grupos tratados. TABLA I

Resultados: Se incluyeron 165 pchCA con una distribución etaria homogenea en los 3 grupos evaluados. La edad promedio en los 3 grupos fue de: 51,4 años +/- 10,4 años. Pertenecían al grupo Quinapril 67pch, Enalapril 68p y 30 al grupo placebo. La evolución ecocardiográfica en porcentajes durante 2 años de seguimiento fue la detallada en la Tabla I.
* p<0,001, ^p<0,022,~ p<0,0001, ¹p<0,05

Evolución en meses	QUINAPRIL (%) 67p		ENALAPRIL(%) 68p		PLACEBO(%) 30p	
	favorab	desfavor	favorab	desfavor	favorab	desfavor
6 Meses	25p(37,31)	0p (0)	9p(13,23)	6p(8,82)	0p(0)	7p(23,33)
12 Meses	27p(40,29)	2p(2,98)	10p(14,70)	9p(13,23)	0p(0)	9p (30)
18 Meses	28p(41,79)	2p(2,98)	10p(14,70)	9p(13,23)	0p(0)	10p (33,33)
24 Meses	29p(43,28)* ~	2(2,98)	11p(16,17)*^¹	9p(13,23)	0(0)~^¹	12p(40%)

Conclusiones: El seguimiento a 2 años de los 3 grupos de pchCA con trastornos de la motilidad segmentaria demostró una evolución ecocardiográfica favorable estadísticamente significativa en el grupo tratado con Quinapril vs el grupo Enalapril y placebo. Así como también es beneficioso el uso de Enalapril en la evolución ecocardiografica respecto del uso de placebo. De todas formas, el Quinapril, podría ser una opción para el tratamiento de los pchCA con el fin de evitar o retrasar la evolución a la cardiopatía dilatada, ya que mejoraría en forma significativa la motilidad segmentaria previamente alterada en pch CA respecto de los tratados con Enalapril y placebo.

0237 - HIPERTIROIDISMO POSTNATAL: MODULACIÓN DE LA ÓXIDO NÍTRICO SINTASA EN RATAS HEMBRAS

MARTINEZ, Carla Romina | ARTES, Nicolas | COHEN, Laura | SARATI, Lorena | BALAZCZUK, Ana Marìa | FELLET, Andrea

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA - CONICET

Objetivos: estudiar la interacción entre caveolina 3 (cav 3) y la óxido nítrico sintasa (NOS) en el ventrículo izquierdo (VI) de ratas hembra hipertiroideas de 30 y 60 días de edad.

	C 30 días	H 30 días	C 60 días	H 60 días
Peso (g)	106,75 ± 6,37	95± 1,86 *	219,81 ± 5,98 #	194,88 ± 1,87 *#
V.I /Peso (%)	0,25 ± 0,04	0,37 ± 0,004 *	0,22 ± 0,08	0,32 ± 0,009 *
Long Cola (cm)	11,88 ± 0,38	11,87 ± 0,35	16,37 ± 0,23	16 ± 0,16
Long total (cm)	28,00 ± 1	26,7 ± 0,31	36,82 ± 0,44 #	34,63 ± 0,34 *#
Act NOS V.I (pmol.10^3/g.h)	61,78 ± 1	94,01 ±2*	49,35± 1,5 #	78,98 ± 4*#
e NOS (UA)	1,19 ± 0,06	1,17 ± 0,08	1,12 ± 0,10	1,01 ± 0,10
i NOS (UA)	1,34± 0,05	1,25 ± 0,04	1,08 ± 0,07 #	1,08 ± 0,08 #
n NOS (UA)	1,17 ± 0,07	1,07 ± 0,11	1,19 ± 0,10	1,07 ± 0,11
Cav 3 (UA)	0,8 ± 0,01	0,72 ± 0,01 *	0,53 ± 0,01 #	0,44± 0,11 *#

Conclusiones: El tratamiento crónico con hormona tiroidea induce en diferente etapas del crecimiento, cambios en la actividad de la NOS asociados a alteraciones en los niveles proteicos de cav 3 en el tejido ventricular.

0238 - HIPOTIROIDISMO: PARTICIPACIÓN DEL ÓXIDO NÍTRICO EN LA REGULACIÓN DE LA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR CON EL AVANCE DE LA EDAD EN RATAS

Sr. SARATI, Lorena Ivonne | MARTINEZ, Carla | ARTES, Nicolas | COHEN, Laura | BALASZCZUK, Ana María | FELLET, Andrea

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA - IQUIMEFA-CONICET

Objetivos: Estudiar en ratas hipotiroideas jóvenes (2 meses) y adultas (18 meses) la función ventricular izquierda y su relación con el sistema del óxido nítrico (NO).
Materiales y Métodos: Se utilizaron ratas macho eutiroideas (E) e hipotiroideas (h) de 2 (J) y 18 meses (A) de edad. Se monitoreó en todos los animales la presión arterial sistólica (PAS) y la frecuencia cardíaca (FC). En el ventrículo izquierdo (VI), se determinaron tanto en diástole d) como en sistòle (s) mediante análisis ecocardiográfico: diámetro (Dd y Ds); tabique interventricular (TIVd y TIVs); pared posterior (PPd y PPs). Además se determinó volumen sistólico (VS); fracción de eyección (FE) y fracción de acortamiento (FS), resistencia periférica total (RPT); gasto cardíaco (GC), espesor parietal relativo (h/r), masa ventricular izquierda (MVI) e índice de la masa ventricular izquierda (IMVI). Se evaluó la actividad de la NO sintasa (NOS) (técnica conversión de Arginina marcada) en la aurícula derecha (AD), VI y aorta torácica (Ao). Los resultados se expresan como X±ESM(n=9) cada grupo. Se realizó análisis de la varianza de una variable (ANOVA) seguido de un test de Tukey para múltiples variables y la prueba T2-Tamhane. *p<0.001vsE; #p<0.001vs2meses.

	Eut Joven	Hipo Joven	Eut Adulta	Hipo Adulta
TSH (ng/ml)	14.75±0.83	35.57±4.35*	2.47±0.25#	7.75±0.13*#
PAS (mmHg)	110±2	75±1*	95±2#	62±1*#
Peso (g)	337±12	301±11	562±8#	543±10#
FC (lpm)	346±1	211±1*	303±1#	200±1*#
Vol s (ml)	0,14±0,045	0,13±0,045	0,32±0,004#	0,24±0,005*#
RPT (UA)	2,55±0,24	3,26±0,47*	0,47±0,04#	1,32±0,02*#
GC (cm3/min)	47,29±5,5	26,73±3,36*	96±3,38#	47±0,33*
Dd (mm)	5.20±0,16	5.98±0,17*	9.97±0,14#	12.06±0,05*#
Ds (mm)	1.77±0,06	2.87±0,09*	6.7±0,07#	10.02±0,07*#
TIVd (mm)	1.70±0,08	1.37±0,04*	1.73±0,12	1.65±0,09*
TIVs (mm)	2.87±0,09	2.1±0,09*	2.93±0,07	2.4±0,04*
PPd (mm)	1.83±0,16	1.50±0,10*	1.87±0,02	1.60±0,11*
PPs (mm)	2.70±0,07	2.43±0,11*	2.70±0,09	2.51±0,04*
EF (%)	95±1	83±2*	69±2#	25±1*#
FS (%)	66±2	47±3*	33±1#	16,9±1*#
Espesor Parietal relativo (h/r)	0,71±0,07	0,58±0,05	0,40±0,01#	0,49±0,04
MVI(mg)	549±62	352±27*	1606±45#	691±56*#
IMVI (MVI/g)	1,63±0,18	1,17±0,09*	2,86±0,08#	1,27±0,08*
NO (pmol.103/g.h) Au	20,22±0,61	0,29±0,15*	5,10±0,50#	1,47±0,21*#
NO (pmol.103/g.h) VI	0,15±0,05	2,47±0,13*	1,63±0,10#	4,40±0,18*#
NO (pmol.103/g.h) Ao	1,78±0,07	2,01±0,06*	0,16±0,06#	0,54±0,04*#

Conclusiones: El avance de la edad en el hipotiroidismo modularía diferencialmente la producción de NO provocando alteraciones de la función cardiovascular.

0239 - ¿CUAL ES EL NIVEL DE CONOCIMENTO EN LOS CONTENIDOS BASICOS DE LOS RESIDENTES QUE INICIAN EL CURSO BIANUAL DE CARDIOLOGIA?

Dra. DE MOLLEIN, Daniela Pilar | LAPRESA, Susana | ROITER, Hector | AHUAD GUERRERO, Rodolfo | THIERER, Jorge | GALLI, Amanda | MIGLIORE, Ricardo | GRANCELLI, Hugo

SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA

Objetivos: Se diseñó un estudio para evaluar: 1) El nivel de conocimiento básicos, de los alumnos que inician el componente teórico de la carrera de médico especialista en cardiología, 2) Evaluar los resultados de una intervención dirigida a fortalecer el aprendizaje de los contenidos básicos en la formación médica de postgrado

Materiales y Métodos: Estudio observacional, mediante un instrumento de evaluación de 120 preguntas de selección múltiple; Tema A: 40 preguntas de fisiología, fisiopatología y electrocardiografía, Tema B: 40 sobre farmacología cardiovascular y Tema C: 40 sobre semiología. En una primera etapa se evaluó a los alumnos que iniciaban el Curso Bianual teórico de la carrera de especialista en cardiología de la Universidad de Buenos Aires en el año 2010 (Grupo 1, n=71). De acuerdo al resultado obtenido fue incentivada la actividad docente de los contenidos básicos de los residentes de cardiología en sus servicios respectivos durante el año siguiente, y se realizó una nueva evaluación a los alumnos que iniciaban el Curso en el año 2011 (Grupo 2, n=56). Los resultados fueron agrupados de acuerdo al porcentaje de respuestas correctas totales y de cada tema en tres categorías: menor al 60%, entre 61 y 70% y mayor al 70%.

Resultados: En el examen general la media de respuestas correctas fue de 68 (DS=12,6) para el grupo 1 y de 77 (DS=7,5) para el grupo 2 con p< 0,0004. En el tema A la media fue de 61,4 (DS=14,4) para el grupo 1 y de 65,7 (DS=9,7) para el grupo 2 sin diferencias significativas; en el tema B fue de 57 (DS=9,3) para el grupo 1 y de 62,6 (DS=6,2) para el grupo 2 con p<0,0019; para el tema C la media fue de 55,7 (DS=3,3) para el grupo 1 y de 63,7 (DS=8,4) para el grupo 2, con p< 0,0001. En el examen general la proporción de alumnos que respondieron correctamente <60% fue de 58 % en el grupo 1 y de 23,2 en el grupo 2; entre 60 y 70 % fue de 25,3 % en el grupo 1 y de 60% en el grupo 2 y respondieron correctamente más de 70%, 16,9% en el grupo 1 y 17,9 % en el grupo 2. Con una diferencia estadísticamente significativa (p< 0,000) entre ambos grupos.

Conclusiones: Se observó inicialmente un nivel de cocimiento insuficiente en los contenidos básicos de la cardiología en los alumnos que comenzaron el Curso Bianual. Los mayores déficits se identificaron en los temas de farmacología y semiología cardiovascular. Se evidenció una significativa mejoría en el rendimiento luego del incentivo de la actividad docente en estos contenidos.

0240 - SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST DE RIESGO INTERMEDIO: VARIABLES RELACIONADAS A LA DECISIÓN DE UNA CONDUCTA INICIAL INVASIVA O CONSERVADORA.

Dr. ZAPATA, Gerardo | MEIRIÑO, Alejandro | CHICHIZOLA, Nicolas | TABORRA, Sebastian | ESCALANTE, Juan Pablo | Dr. HOMINAL, Miguel

ICR - INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE ROSARIO SA

Objetivos: 1- Análisis de la población de síndromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST (SCA sin ST) de riesgo intermedio por score TIMI
2- Determinar las variables que se relacionan con la decisión médica de adoptar una conducta inicial invasiva o conservadora
3. Describir los eventos según la estrategia elegida

Materiales y Métodos: Se incluyeron a todos los pacientes hospitalizados con diagnóstico de SCA sin ST desde febrero del año 2000 hasta febrero del año 2011 ingresados a una base de datos. N= 1406. Se realizó estratificación inicial del riesgo mediante el score de TIMI y se seleccionaron los pacientes con riesgo intermedio (TIMI 3 a 5), obteniendo una muestra de 534 pacientes (37.9%).
Se dividió a dicha muestra en dos grupos, según la estrategia inicial de estudio: grupo I (estrategia invasiva) y grupo II (estrategia conservadora).
Se analizan características basales de ambas poblaciones, tratamiento y evolución. Análisis de datos con SPSS Statistic 18

Resultados: Los pacientes con riesgo de ingreso intermedio por TIMI representaron el 37.9% de la muestra de SCA sin ST. A 349 (65.4%) se les realizó una estrategia invasiva, GRUPO I y a 185 (34.6%) una estrategia conservadora, GRUPO II. Características basales: sin diferencias en edad entre ambos grupos, predominio de sexo masculino en GRUPO I (75.6% vs 70.3% p=0,03) y de la dislipemia en el GRUPO II (58.7% vs 67.6% p=0,004), resto de los factores de riesgo sin diferencias. La angina y la revascularizacion miocárdica previa mas frecuentes en el GRUPO II. Tn T GRUPO I 69.9% vs GRUPO II 49.5% p=0,0001 y alteraciones en el ST de ECG ingreso GRUPO I 59% vs GRUPO II 46.5% p=0,006. No se encontraron diferencias en el tratamiento médico salvo con el uso de clopidogrel, más frecuente en el GRUPO I (77.9% vs. 58.4% p=0,001) Sin diferencias en FEy por ECO. Evolución: isquemia recurrente G I 16.9% vs 4.9%, p=0,04. El IAM fue más frecuente en el GRUPO I (10.9% vs 4.3% p=0,01) con igual mortalidad a 30 días. El 11.4% de los pacientes del GRUPO II fueron evaluados con coronariografia durante el seguimiento.

Conclusiones: El grupo de pacientes de riesgo intermedio por score TIMI constituyen una población heterogenea con variables comunes a los pacientes de alto riesgo , las cuales se presentaron mas comunmente en el grupo de estrategia invasiva (Tn T y alteraciones en el ECG). La estrategia invasiva se acompañó de mayor número de IAM sin diferencias en mortalidad.

0241 - INTERNACIÓN BREVE PARA EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA DE BAJO A MODERADO RIESGO.

Dr. PETTI, Marcos Alberto | Dra. BENTKOWSKI, Mariana | Dr. GINIGER, Patricio German | REBECCHI, Maria Victoria | GALLI, Matias | Dr. VIOTTI, Rodolfo | Dr. SINISI, Victor Alfredo | Dr. GADALETA, Francisco Leonardo

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS EVA PERON

Objetivos: Comparar la evolución clínica de pacientes con insuficiencia cardiaca descompensada (ICD) de bajo y moderado riesgo mediante 2 estrategias de tratamiento: 1-internación breve (24 horas); 2-internación convencional.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes adultos que concurrieron a emergencias del hospital y presentaron diagnóstico de ICD según criterios de Framingham, con aleatorización posterior a una u otra estrategia de tratamiento. Se evaluó un conjunto de variables clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas para establecer el riesgo inicial de la ICD y comparar la evolución clínica a 30 días del alta. Los criterios de evaluación fueron; primario: la rehospitalización por ICD y los secundarios: el fracaso del tratamiento y el punto combinado de rehospitalización por ICD y/o fracaso del tratamiento.
Para el análisis estadistico se empleará el test de Shapiro-Wilks que determina la distribución normal de la muestra y los test de Chi cuadrado, test exacto de fisher, T de Student, Wilcoxon, según corresponda.

Resultados: Se incluyeron 83 pacientes, 45 con internación breve y 38 con internación convencional. La edad media fue 63 ± 13 años, 53 hombres (64%), con una fracción de eyección mediana de 35%, rango intercuartilo (27 - 42 %). No se observaron diferencias entre los valores basales de las variables estudiadas en ambos grupos. La rehospitalización se observó en 9 pacientes, 6 con internación breve y 3 con internación convencional (p= 0.72). El fracaso del tratamiento se presentó en 5 pacientes, 1 con internación breve, y 4 con internación convencional (p=0.17), el punto combinado de rehospitalización por ICD y/o fracaso del tratamiento ocurrió en 14 pacientes, 7 con internación breve y 7 con internación convencional (p=0.73).

Conclusiones: La internación breve mostró una rehospitalización similar a la internación convencional para pacientes con ICD de bajo y moderado riesgo.

0242 - NT-PRO BNP EN LÍQUIDO PLEURAL PARA LA DETECCIÓN DE DERRAMES PLEURALES POR INSUFICIENCIA CARDIACA

Dr. BOURBOTTE, Juan | MELERO, Marcelo Jose | MAZZEI, Juan Antonio | Dr. PIÑEIRO, Daniel José | PARGAMENT, Griselda | CASTRO, Marcela

HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTÍN"

Objetivos: Estimar los valores de cribaje de la porción N-Terminal del péptido natriurético tipo B (NT Pro BNP) medido en líquido pleural para el diagnostico etiológico de un derrame pleural por insuficiencia cardiaca,comparado con el diagnóstico de insuficiencia cardiaca realizado mediante los Criterios de Framingham.

Materiales y Métodos: Se analizaron en forma prospectiva 32 muestras no seleccionadas de LP, correspondientes a pacientes con derrame pleural atendidos desde el 30 de julio de 2010 hasta el 30 de marzo de 2011 en un un Hospital de la Ciudad de Buenos Aires. La población estudiada estuvo constituida por 16 hombres y 16 mujeres, con una edad promedio de 65,43 ± 18,35 años. Cada paciente fue sometido a una toracocentesis y a una extracción de sangre simultanemente. Se midió NT ProBNP, lactato deshidrogenasa, proteínas totales y albúmina en líquido pleural y en sangre. Para discriminar entre exudado y trasudado se calcularon los Criterios de Light en todos los casos, y el gradiente sérico-pleural de albúmina cuando el paciente había sido tratado con diuréticos durante las 72 hs previas a la toracocentesis. La medición de NT ProBNP se realizó en forma cuantitativa automatizada en el equipo miniVIDAS (Bio Merieux®) utilizando la técnica de ELFA (Enzyme-Linked Fluorescent Assay/enzimoinmuno ensayo por fluorescencia). Para el diagnostico de insuficiencia cardiaca se tomaron como referencia los Criterios de Framingham.

Resultados: El valor de corte de NT ProBNP en líquido pleural con la mejor eficacia para diagnosticar un derrame pleural por insuficiencia cardíaca se halló en 1791 pg/ml. Ese valor mostró una sensibilidad de 75,0% (Intervalo de Confianza)(IC)95% 47,6– 92,6), especificidad de 81,25% (IC95% 54,4 – 95,7), valor predictivo positivo de 80% (IC95% 51,9 – 95,97), valor predictivo negativo de 81.82% (IC95% 50,1 – 93,2), razón de verosimilitud positiva de 4 (IC95% 2,8 – 5,8) y razón de verosimilitud negativa de 0,311 (IC95% 0.08 – 1,2).

Conclusiones: Con un valor de 1791 pg/ml, el NT proBNP en líquido pleural tiene una adecuada eficacia estadística para el diagnóstico de un derrame pleural secundario a insuficiencia cardíaca. Nuevos estudios con un mayor tamaño muestral y que incorporen otras variables que afectan el nivel de NT ProBNP son necesarios para confirmar los resultados del presente estudio.

0243 - INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA EN ANCIANOS. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN.

Dr. FAIRMAN, Enrique | Dra. SCHMUNCK, Maria Victoria | Dr. CARRIZO, Aldo Gabriel | RODRIGUEZ, Leandro | THIERER, Jorge | GOMEZ SANTA MARIA, Héctor

AREA DE INVESTIGACION SAC - CONSEJO DE EMERGENCIAS SAC

Objetivos: El envejecimiento poblacional es un fenómeno constante. La insuficiencia cardíaca (IC)descompensada (D) en el geronte (G) tiene características particulares y es escasa la evidencia sobre el tema.
En G con ICD analizar:
1)Variables preexistentes y del cuadro actual 2) Tratamiento utilizado 3) evolución intrahospitalaria y a 90 días.

Materiales y Métodos: De una base nacional de IC de 736 p internados por ICD se separó a la población de acuerdo con la mediana de edad en gerontes (›=74 a) n: 386 y no gerontes n:350

Resultados: Características generales. Edad 74 a; hombres 58,7%, función sistólica preservada 31,3%, TA sistólica 130; presentación edema agudo de pulmón 18,5%, congestión 76,7%, shock 4,8%.
Comparado con los no G (63a) los G (edad 81a) tuvieron como antecedentes mayor hipertensión (82 vs 68,6% p 0,001) fibrilación auricular (36,3% vs 23,4% p 0,001), función ventricular conservada (36,9% vs 25,4% p 0,001) y valvulopatía (22,8 vs 16% p 0,02). Sin embargo no se observaron diferencias en IC ,diabetes, EPOC, enfermedad coronaria e insuficiencia renal previas. Se comprobó menor uso previo IECA (41% vs 53% p 0,001) espironolactona (18,1% vs 27,7% p 0,001) y aspirina (33% vs 40% p 0,03) y mayor de nitritos (9,3% vs 4,6% p 0,001) y bloqueantes cálcicos (19,7% vs 10,3% p 0,01). Los ancianos se presentaron con mayor TAS (140 mmhg vs 130mmhg p <0,001) y menor frecuencia cardíaca al ingreso (85 lpm vs 90 lpm p 0,02), y la crisis hipertensiva como desencadenante fue más frecuente en ellos (17.9% vs 12% p0,02). Tuvieron valores más elevados de uremia (54 vs 50 p 0,04), y menores de clearance de creatinina (42ml/min vs 65ml/min p0,001) y hematocrito (37% vs 40% p0,001). En cuanto a la forma de ICD el shock cardiogénico fue menos frecuente (3,6 vs 7,7 p0,01) y el edema agudo de pulmón tendió a ser mayor (20,7% vs 15,7 p 0,08). El uso de drogas vasoactivas y diuréticas fue similar, pero fue menor el empleo de IECA (51,6% vs 61,7% p 0,001) y betabloqueantes (53,9% vs 67,7% p 0,001). La mortalidad fue mayor en el anciano en la fase hospitalaria (10,1% vs 5,7% p 0,03) y a 90 días (13,8% vs 7,9% p 0,01).

Conclusiones: La disfunción diastólica asociada a valvulopatía, hipertensión arterial y fibrilación auricular tornan a los ancianos más propensos a sufrir descompensación por IC.
A pesar de una menor incidencia de shock cardiogénico y deterioro de la función sistólica, la mortalidad fue mayor; lo que probablemente se deba una mayor vulnerabilidad inherente a la edad antes que a diferencias en el tratamiento.

0244 - LOS PACIENTES AÑOSOS INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA CON DETERIORO DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA PRESENTARON SIMILAR TASA DE COMPLICACIONES QUE LOS PACIENTES CON FUNCIÓN SISTÓLICA CONSERVADA

Dr. CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustin | FORCINITO, Daniela | TREJO, Graciela | MONTEROS, Ariel | MACHADO, Rogelio | DIZEO, Claudio

UNIDAD ASISTENCIAL DR. CESAR MILSTEIN (Ex Hospital Francés)

Objetivos: Evaluar las características y la evolución intrahospitalaria de los pacientes ancianos internados por insuficiencia cardíaca con función sistólica conservada y deteriorada

Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma retrospectiva los pacientes internados en unidad coronaria condiagnóstico de insuficiencia cardíaca desde junio 2009 a marzo 2011. Se dividieron en dos grupos, uno con función sistólica del ventrículo izquierdo deteriorada (FSVID), definida como fracción de eyección menor al 45%; y otro con función sistólica conservada (FSVIC). Se analizaron los antecedentes, parámetros clínicos y de laboratorio al ingreso y la evolución intrahospitalaria. Se definió como punto final combinado de mala evolución intrahospitalaria (MEIH) a la mortalidad intrahospitalaria, el requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM), de diálisis o ultrafiltración y de inotrópicos por más de 48 horas. Las variables continuas se expresan como media ± desvío estándar y las discretas en porcentajes. Las comparaciones se realizaron con las técnicas apropiadas al tipo de variable y el análisis multivariado se llevó a cabo mediante regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 196 pacientes, 94 con FSVIC y 102 con FSVID. En cuanto a las características basales, el grupo FSVIC tuvo mayor edad promedio (80.3±7.7 años vs 76.2±8.2, p=0.0005), menor proporción de hombres (34% vs 55.8%, p=0.002), de etiología isquémica (12.7% vs 40.2%, p=0.0001) y de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (5.3% vs 16.6%, p=0.01). No hubo diferencias significativas en los antecedentes de diabetes (27.6% vs 20.6%), insuficiencia renal crónica (19.1% vs 30.4%), anemia (27.6% vs 18.6%) ni de fibrilación auricular crónica (36.1% vs 37.2%). Al ingreso el grupo con FSVID presentó menor presión sistólica (TAS) en mmHg (144.1±31.2 vs 160.6±33.4, P=0.0005), mayor ancho del QRS en ms (112.8±34.9 vs 99.3±25.9, p=0.002) y bloqueo de rama izquierda (35.3% vs 17%, p=0.003).
No hubo diferencias significativcas entre los grupos en el punto final de MEIH (17% grupo FSVIC vs 24.5% grupo FSVID), en la mortalidad intrahospitalaria (7.4% FSVID vs 5.3% FSVIC), en el requerimiento de diálisis (9.8% vs 9.6%), o de ARM (2.9% vs 4.2%). En el grupo con FSVID fue más frecuente el uso de inotrópicos por más de 48 hs (19.6% vs 9.5%, p=0.004). El deterioro de la FSVI no resultó predictor de MEIH.

Conclusiones: El grupo de FSVIC presentó mayor edad, mayor proporción de mujeres y menor incidencia de etiología isquémica y EPOC. En tanto, no se observaron diferencias en el resto de los antecedentes y al ingreso el grupo con FSVIC solo se difereció por una mayor TAS y un QRS más angosto que los pacientes con FSVID.
En esta población de pacientes añosos, ambos grupos presentaron similar evolución y mortalidad intrahospitalarias, aunque el grupo con FSVID tuvo mayor requerimiento de inotrópicos. El deterioro de la FSVI no se comportó como factor de riesgo de mala evolución intrahospitalaria.

0245 - SINDROME CARDIORRENAL Y LA UTILIDAD DE LA CREATININA PLASMATICA.

Dr. PIANCIOLA, Federico Luis | Dra. METTINI, Silvana | Dra. URDAPILLETA, Marcela | Dr. GAMBAZZA, Nicolas | Dra. LUPIAÑEZ, Maria Cintia Natalia | Dra. BORATTI, Maria Susana | Dra. LOPEZ, Maria Cecilia | Dr. HERRERA PAZ, Juan Jose

INSTITUTO SACRE COEUR - UNIVERSIDAD CATOLICA ARGENTINA - FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Objetivos: 1-Evaluar las características y evolución de pacientes (pac) con sindrome cardirrenal (SCR)
2-Evaluar la utilidad de la creatinina plasmática como valor absoluto, para el diagnóstico de disfunción renal o insuficiencia renal (IR) en esta población.
Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 404 pacientes internados, de primera vez en nuestra institución, en forma consecutiva, con diagnóstico de insuficiencia cardiaca (IC) al alta, desde abril de 2003 hasta diciembre de 2008. De éstos, se seleccionaron 392 pac con clearence de creatinina (CCr) calculando con la fórmula “Modification of Diet in Renal Disease”. Se los dividió en 2 grupos: G1 (223 pac, 56.9%) con CCr <60ml/min/1.73 m², y G2 (169 pac, 43.1%) con CCr>=60 ml/min/1.73 m². Se definió como disfunción renal (DR), a valores de creatinina sérica >1.5 mg/dl e insuficiencia renal (IR) a valores de creatinina >2.5 mg/dl. Se realizó seguimiento telefónico al 82.3% de los pac, con una media de seguimiento de 31.9 meses, evaluando tratamiento, reinternaciones y mortalidad.
Resultados: La edad promedio fue de 80 años para G1, y de 74 para G2. Se observó mayor prevalencia del sexo masculino (46.2% vs 62.1%, p<0,002 OR 0.52 [0.35-0.79]) y de tabaquistas (26% vs 38.5%, p<0,009 OR [0.56 0.37-0.87]) en el G2, y del sexo femenino (53.8% vs 37.9%, p<0.002 OR 1.9[1.27-2.87]) en el G1. El G1 presentaba mas internaciones previas por IC (40.4% vs 28.4%, p<0.02 OR 1.71 [1.11-2.69]), sobre todo en el último año (25.1% vs 16.6%, p<0.04 OR 1.69 [1.02-2.8]), y mas antecedentes de IR (22.4% vs 5.3%, p<0.001 OR 5.14 [2.45-10.79]). No se observaron diferencias estadísticamente significativas (DS) en el tratamiento previo, salvo por bloqueantes cálcicos (BCC) a favor de G2 (9% vs 19.5%, p<0.003 OR 0.41 [0.22-0.74]) y de furosemida (FU) (43.9% vs 33.1%, p<0.03 OR 1.58 [1.04-2.4]) a favor de G1. No se observaron DS en la etiología, en su factor descompensante, ni en el tipo de IC de acuerdo a su función sitólica. En cuanto al tratamiento de la descompensación, se observo mayor utilización de FU endovenosa (96.4% vs 89.3%, p< 0.009 OR 3.2 [1.37-7.56]) y de inotrópicos (14.3% vs 2.4% p<0.001 OR 6.9 [2.3-19.9]) en el G1. El promedio de días de internación fue de 5.24 días para el G1, y de 4.21 para el G2. Analizando el valor de creatinina sérica, en el G1, el número de pac con DR fue de 40%, mientras que la IR se presentaba en un 9.4%. La mortalidad hospitalaria fue mayor en el G1 (8.5% vs 1.2%, p<0.001 OR 7.7 [1.7-33.8]), a expensas de la causa cardiovascular (7.6% vs 1.2%, p<0.001 OR 6.8 [1.5-30.2]). En lo que respecta al tratamiento al alta, solo hubo DS en la utilización de I-ECA (47.5% vs 62.7%, p<0.002 OR 0.54 [0.36-0.81]) y de I-ECA/ARA II (60.1% vs 75,1%, p<0.001 OR 0.5 [0.32-0.77]. Durante el seguimiento no se encontraron DS en el tratamiento, en la tasa de reinternaciones ni en la mortalidad de cualquier causa.

Conclusiones: En nuestra poblacion, los pacientes con SCR son mas añosos, mas mujeres, con mas antecedentes de internaciones por IC. Se presentan con mayor gravedad y mas mortalidad durante la internación, sin diferencias en el seguimiento.
Utilizando la creatinina plasmática en los pacientes con SCR, el 40% presentó disfunción renal y solo el 9.4% IR, subvalorando en un 50% el grado de fallo renal de nuestra población.

0246 - REGISTRO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD

Dra. GAMBARTE, Maria Jimena | COMIGNANI, Pablo Dino | HIGA, Claudio | MACCHIA, Alejandro | Dra. CIAMBRONE, Graciana Maria | DONATO, Maria Sol | NOVO, Fedor | NOGUES, Ignacio

HOSPITAL ALEMAN

Objetivos: Analizar las características clínicas, estudios complementarios, tratamiento instituido tanto durante la admisión como en su seguimiento a largo plazo de pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) en la unidad cerrada de un hospital de comunidad

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes de una población cautiva del Hospital Alemán (PMHA) en forma consecutiva y prospectiva entre el período 2000-2010, hospitalizados en unidad cerrada por ICD. Se consideró internación índice a la primera registrada en ese período. Se incluyeron datos epidemiológicos, clínicos, estudios complementarios basales (laboratorio, electrocardiograma, ecocardiograma) y tratamiento pre - post internación índice. Durante el periodo de seguimiento se relevaron eventos clínicos (re internaciones/muerte), tratamiento farmacológico de mantenimiento, uso de dispositivos y datos ecocardiográficos. Las variables continuas se expresaron como media ± DS y las proporciones como porcentajes. Para la comparación de datos categóricos se uso test de chi cuadrado y para variables continuas, test de Mann Whitney Wilcoxon. Se realizo un análisis de regresión de Cox para identificar variables independientemente asociadas a mortalidad en el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 171 pacientes con diagnóstico de ICD. Su media de seguimiento fue de 30± 27 meses, la edad de 78.5±10 años. 49% fueron de sexo femenino, 33% de etiología isquémico necrótica, 66 % en NYHA II y las comorbilidades más frecuentes fueron: HTA (84 %), FA (47 %), dislipemia (40 %), enfermedad coronaria (32 %), EPOC (14 %), IRC (15.5 %) y anemia (8.5%). En la admisión la presión arterial sistólica fue de 169± 35 mmhg, la frecuencia cardíaca de 126 ± 51 lpm. La hemoglobina de ingreso fue de 12 mg/dl, la urea 58 ± 29 mg/dl , creatinina 1.28 ± 0.64 mg /dl , clearence de creatinina de 55.8 ± 29 ml/min y el sodio serico de 135 ± 14 meq/L. El 57% fueron ICD con función ventricular preservada (Fey > = 45%) y 43% con deterioro de la FSVI (Fey < 45%). Los pacientes con ICD con función ventricular preservada fueron significativamente de mayor edad (80 ± 8 vs 75± 11 años, p= 0.02) y con mayor proporción de mujeres (60% vs30%, p < 0.0001). La mortalidad total en el seguimiento fue de 42%. Por análisis de regresión de Cox las variables asociadas en forma independiente a mortalidad en el seguimiento (mediana de seguimiento:30 ± 27 meses) fueron: el clearence de creatinina (ml/min) OR 1.2 por cada ml/min (IC 95% 1.1 -1.2) p < 0,03; uso de furosemida previa a la internación índice:OR 1.9 (IC 95% 1.1- 3.6) p < 0.02 y el uso de furosemida en el seguimiento: OR 2.2 (IC 95% 1.1 – 4.5) p < 0.02.

Conclusiones: Nuestra población de pacientes con ICD de un centro de comunidad, presentan características clinicas similares a registros internacionales: Las variables clínicas que se asociaron en forma independiente a mayor mortalidad en el seguimiento a largo plazo fueron el clearence de creatinina y el tratamiento con diuréticos de asa tanto previo a la admisión como a largo plazo

0247 - PREVALENCIA DE EOSINOFILIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA DE LA PROVINCIA DE FORMOSA.

Dr. VOGELMANN, Oscar Ariel | ATAMAÑUK, Nicolas | DA ROSA, Walter | PEREZ REY, Roberto | GIORGI, Mariano | HEIBER, Julio | LESCANO, Adrian | COSTELLO, Ramiro

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD FORMOSA

Objetivos: En todo el Norte Argentino y primordialmente en la región del Litoral las parasitosis se presentan como enfermedades endémicas. Exceptuando la enfermedad de Chagas, no está determinado cual es la prevalencia o que rol cumplen las parasitosis endémicas en la insuficiencia cardíaca aguda (ICA). Uno de los marcadores de mayor sensibilidad y especificidad para presumir el diagnostico, o iniciar la búsqueda de parasitosis en los pacientes, es la presencia de eosinofilia en el hemograma. Es el objetivo de este estudio determinar la prevalencia de eosinofilia, como marcador indirecto de parasitosis, en pacientes internados con diagnostico de ICA en la provincia de Formosa. Y así poder establecer a futuro, cual sería el rédito de buscar sistemáticamente infecciones parasitarias en pacientes de regiones endémicas, que son internados por ICA y eosinofilia en el hemograma de ingreso.
Materiales y Métodos: Estudio analitico, retrospectivo, de casos y controles, que incluyó a 62 pacientes (p) con ICA (grupoA) compararados con grupo control (grupo B) sin este diagnostico los cuales ingresaron a la unidad de cuidados intensivos cardiovasculares del Hospital de Alta Complejidad de la Ciudad de Formosa. Se tomaron en cuenta aquellos pacientes internados entre los meses de marzo a septiembre de 2010. Se definió insuficiencia cardiaca según los criterios clínicos de Framingham, decidiéndose su internación en UCIC si estos requerían de drogas endovenosas para tratamiento de ICA. Se realizaron análisis de laboratorio completo, electrocardiografía, radiografía de tórax y ecocardiografía. Teniendo en encuenta el hemograma al ingreso se definió eosinofilia como el incremento porcentual mayor al 5% de la formula leucocitaria y se compararon los resultados entre los dos grupos.
Resultados: Se incluyeron 124 p, 62 con diagnòstico de ICA y 62 control. Las caracteristicas basales de la población estudiada presento una edad promedio donde en el grupo ICA fue de 63,8(±15,2) años y en el grupo control de 60(±14,7) años (p=0,16). La distribución por sexo fue similar en ambos grupos, con una predominancia del sexo masculino 67 %. La FEY promedio en el grupo con ICA fue de 39%, en el grupo control mayor a 45%. El factor de riesgo mas prevalente en ambos grupos fue la hipertensión arterial. El antecedente de IAM fue del 11% en el grupo ICA y 45% en el grupo control. En el grupo ICA la eosnofilia fue evidenciada en 10 pacientes (16,1%), siendo que en el grupo control se presento en solo 5 pacientes (8,1%) (p=0,17; OR(IC95) 2,15(0,69-6,72).
Conclusiones: En la población analizada, la prevalencia de eosinofilia resultó ser el doble en pacientes con ICA en comparación al grupo control. Si bien este resultado no adquiere significancia estadística, este debería ser interpretado en relación al tamaño de la muestra. De todas formas, es interesante señalar la elevada prevalencia de eosinofilia en pacientes con ICA que requieren internación en UCIC, donde su valor triplica a los valores hallados en los escasos registros Españoles de pacientes con IC. Por otro lado, no existen registros publicados o evidencia establecida en nuestro país acerca de la prevalencia de eosinofilia en pacientes con ICA. Nosotros consideramos sugestivo establecer futuras líneas de trabajo en regiones geográficas de interés, como las del Norte Argentino o el Litoral, donde se contemple la búsqueda sistemática de parasitosis en aquellos pacientes que requieran internación por ICA y presenten elevación significativa de eosinófilos en el hemograma. Y así poder establecer que posible relación de causa o efecto presenta con la ICA y que valor pronóstico adquiere.

0248 - INSUFICIENCIA CARDIACA Y TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MORTALIDAD A LARGO PLAZO DE UNA COHORTE DE PACIENTES.

Dra. TETTAMANTI, Maria Estela | LÓPEZ DÍAZ, Javier | GARCÍA MORÁN, Emilio | REVILLA ORODEA, Ana | DE LA FUENTA GALÁN, Luis | TAPIA BALLESTEROS, Cristina | PUERTO SANZ, Ana | SAN ROMÁN CALVAR, José Alberto

INSTITUTO DE CIENCIAS DEL CORAZON (ICICOR), HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

Objetivos: Conocer las características clínicas y la mortalidad a largo plazo de un grupo de pacientes (P) con insuficiencia cardiaca (IC). En P con terapia de resincronización (TRC), evaluar la relación entre respuesta clínica y mortalidad a largo plazo.
Materiales y Métodos: 33 P IC (21 TRC) fueron enrolados entre Noviembre de 2007 y Noviembre de 2008 y seguidos en una consulta de IC por 6 meses luego de la visita basal. Se registraron la CF NYHA y la ocurrencia de eventos (ingresos por IC, muerte cardiaca o transplante cardiaco).Se realizó una encuesta basal de calidad de vida (QOL) (Minnesota Living with Heart Failure). La respuesta clínica a la TRC fue definida como el aumento >10% en el 6'WT y la ausencia de eventos a los 6 meses del implante. Luego de los 6 meses, los P fueron seguidos según criterio médico. En Noviembre de 2010 decidimos realizar un análisis de supervivencia de la cohorte.
Resultados: Los P fueron seguidos por una mediana (rango intercuartílico) de 25,5 meses (22 – 28). 6 de 30 P murieron durante el seguimiento (20%). Todos ellos eran del grupo TRC y ninguno fue respondedor. Los P TRC fueron seguidos por una mediana de 23,5 meses (16 – 27) y su supervivencia fue de 66,7 % vs 100% en los P con IC no TRC, p 0,034. En P TRC, los respondedores clínicos (n = 6) tuvieron una supervivencia del 100% vs 40% en no respondedores (n = 10), p 0,025. Los P que murieron fueron más añosos que los que aún viven (72,5 ± 3 vs 62 ± 9), y mostraron una menor presión sistólica en la visita basal (98 ±10 vs 121 ±12 mmHg), p < 0,001 para ambos; también refirieron ortopnea con más frecuencia que los que están vivos (67 vs 17%, p 0,029).Todos los P muertos estaban en CF NYHA III – IV vs los P no TRC que estaban en CF NYHA I – II en la visita basal, p 0,05. La analítica mostro diferencias significativas entre muertos y sobrevivientes (ver tabla). El score QOL fue más alto en P que murieron vs vivos (82 ± 5 vs 49 ± 19), p < 0,001.

	Pacientes Fallecidos	Sobrevivientes	p valor
Hemoglobina (g%)	12 ± 1	14 ± 2	0,083
Creatinina (mg%)	1,4 ± 0,41	1,1 ± 0,3	0,043
Colesterol total (mg%)	138 ± 30	168 ± 36	0,068
Albúmina (g%)	3,6 ± 0,5	4,3 ± 0,3	< 0,001
Creatinkinasa (UI/l)	42 ± 18	99 ± 53	0,016

Conclusiones: La mortalidad a largo plazo para esta cohorte de P con IC fue de 20%. Los P que murieron fueron más añosos, tenían CF NYHA más avanzada y un peor estado clínico y posiblemente nutricional según los parámetros bioquímicos. Los P TRC, especialmente los no respondedores, tuvieron mayor mortalidad a largo plazo que los no candidatos a TRC.

0249 - DISFUNCION ENDOTELIAL EN PACIENTES TRASPLANTADOS CARDIACOS

Dr. INI, Alexis Javier | Dr. MARGULIS, Fernando | Dr. RADLOVACHKI, Anibal Daniel | Dr. AHUALLI, Luis | PICONE, Victorio | DAVREAUX, Diego | RODRIGUEZ, Andrea | STEWART HARRIS, Alejandro

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. C. ARGERICH

Objetivos: El objetivo de nuestro trabajo fue evaluar la prevalencia de la disfunción endotelial por fotopletismografia en pacientes con trasplante cardiaco (TC).

Materiales y Métodos: La población del estudio incluyó 17 pacientes TC (16M/1F). Se evaluó la onda de pulso periférica en forma no invasiva por medio del pulso de volumen digital midiéndose el índice de Rigidez (IRi) y el índice de Reflexión (IRe) que reflejan la rigidez de las grandes arterias y el tono vascular (función endotelial) de las pequeñas arterias respectivamente. Para evaluar la vasodilatación arterial dependiente del endotelio, se administraron 400 ug de salbutamol (Salb) en forma inhalatoria. Para evaluar vasodilatación arterial independiente del endotelio, se administraron 300 ug de nitroglicerina (NTG) vía sublingual. La vasodilatación arterial, dependiente o independiente de la función de endotelial, fue definida como la máxima diferencia del índice de reflexión (Δ IRe) entre los valores basales y post-Salb o post-NTG, respectivamente.
Los resultados se expresan como la media + desvío standard para variables numéricas continuas y se utilizo el test de T para la comparación entre grupos. Para variables categóricas se utilizo el test de Fisher para la comparación entre grupos y las mismas se expresan como porcentajes. Se consideraron valores estadísticamente significativos, p < 0,05.

Resultados: : La edad media del de grupo TC era (49±14 años), 12 pacientes tenían disfunción endotelial DE, 5 no tenían NDE, la edad media de los grupos era similar (49±12 contra 48±18 años). El tiempo transcurrido desde el trasplante hasta el momento del estudio fue significativamente mayor en el grupo DE que en el grupo NDE (89±41 contra 42±28 meses p <0.02).
En condiciones basales no hubo diferencias significativas del IRi (9.9±2 contra 8.4±2 m/s) entre DE Y NDE. El IRe en DE fue mayor que en NDE (66±10 contra el 55±11 % p=0.04). Post-Salbutamol el IRi y el IRe fueron mayores en DE que NDE (9.7±2 contra 7.5±2 m/s p=0.04 y 65±9 contra 45±13 p <0.002 respectivamente). La vasodilatación arterial, dependiente de la función endotelial fue considerablemente inferior en el grupo DE que NDE (Δ IRe basal/Salb 2±5 contra el 20±9 % p <0.0000). Después de la administración de NTG el IRi y el IRe eran considerablemente más altos en DE que NDE (7.2±2 contra 5.5±1 m/s p <0.02 y 49±13 contra 21±10 p <0.0005 respectivamente). La vasodilatación arterial independiente de función de endotelial fue normal en ambos grupos pero en DE fue menor comparada con NDE (Δ IRe basal/NTG 25±14 contra el 62±16 % p <0.0003). No hubo ninguna diferencia estadística en la historia de enfermedad coronaria pero si en la hipertensión y dislipemia.

Conclusiones: El predominio de disfunción endotelial en TC fue alto (71 %). Podría estar relacionado con el tiempo transcurrido desde el trasplante y con factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión y dislipemia. Deberían realizarse más estudios con una muestra más grande de pacientes para confirmar estos hallazgos.

0250 - PROLONGACIÓN DEL INTERVALO QT INDUCIDO POR DROGAS EN UNIDAD CORONARIA

Dr. ALVAREZ, Paulino | COYLE, Javier | DI GIROLAMO, Guillermo | SWIESZKOWSKI, Sandra P. | PÉREZ DE LA HOZ, Ricardo | KELLER, Guillermo

HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTÍN" - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE MEDICINA

Objetivos: Conocer la prevalencia de prolongación del intervalo QT inducido por drogas en Unidad Coronaria y caracterizar los agentes involucrados
Materiales y Métodos: Se incluyeron de manera consecutiva los pacientes ingresados a Unidad Coronaria (UCO). Se excluyeron pacientes que ingresaban en postoperatorio de colocación de MCP. Se realizó un electrocardiograma basal, durante y después del tratamiento farmacológico indicado. El intervalo QT comprendido entre el inicio de la onda Q y el fin de la onda T en el electrocardiograma fue cuantificado en milisegundos. Su medición fue realizada manualmente con una regla en la derivación DII, y el valor final fue del promedio de tres complejos electrocardiográficos. La corrección del intervalo QT por la frecuencia se realizó con la fórmula de Bazzet. Los intervalos QTc de los electrocardiogramas basales serán clasificados en función de si el intervalo QTc es normal o no. Todo intervalo QTc superior a 450 mseg en mujeres y 430 mseg en hombres será considerado como "Prolongado" y el que no cumpla dicha condición fue considerado "Normal". La prolongación del intervalo QTc sera evaluada como un delta entre ingreso y tratamiento mayor a 20ms.
Resultados: Durante el período comprendido desde 01/09/2010 hasta el 03/05/2011 se incluyeron 96 pacientes de manera consecutiva. Media de edad en años 70,18+/- 13,59 Sexo: 43,75% de mujeres.Entre las comorbilidades relacionadas con riesgo de prolongación del intervalo QT se encontró: taquiarritmias (24%), bradicardia (6%), Insuficiencia Cardíaca Congestiva (24%), Cardiomiopatía Hipertrófica (5%), cardiomiopatía isquémica (34%), insuficiencia renal (8%), hipotiroidismo (15%), y diabetes (21%).16 (16,67%) pacientes recibían previamente drogas que probablemente relacionadas a la prolongación del QT.(Antiarritmicos:11; Psicotropicos:4 Antimicrobianos:1).Los motivos de ingreso Sindrome coronario agudo 42 (43,75%); Cirugía cardíaca 15 (15,63%); Arritmias 15 (15,63%), Insuficiencia Cardíaca 10 (10,42%); Otros 14 (14,82%). Se analizaron un total de 309 electrocardiogramas (promedio:3,22 por pacientes) y un total de 253 laboratorios (2,6 laboratorios por paciente). El potasio basal promedio fue 4,36mEq/L (DS:0,68), durante el tratamiento 4,12(DS 0,47) y posterior al tratamiento 4,24 (DS 0,53). El QT basal se encontraba prolongado en 40 pacientes (41%) de los cuales 18 ingresaron por síndromes coronarios agudos, 7 por Cirugía CV, 6 por arritmias, 4 por Insuficiencia Cardíaca y 5 por otros motivos. Se identificaron 38 casos de prolongación del QT durante la internación (Def como un delta igual o mayor a 20ms). Se detectaron 10 casos de QT prolongado probablemente inducido por drogas. La mayoria eran secundarios al uso de Amiodarona. Las drogas involucradas fueron amiodarona 4, ciprofloxacina 2, claritromicina:2,haloperidol1, , propofol:1 Ademas se identificaron 4 casos de prolongación del QT posiblemente relacionados a dextropropoxifeno.
La presencia de hipocalemia se detectó en 4 pacientes con prolongación del QT durante la internación, de los cuales 3 se asociaron con la utilización de furosemida.
Conclusiones: La prolongación del QTc en UCO es un fenómeno frecuente y multifactorial. En nuestra serie 26% de los casos estuvieron probablemente relacionados a fármacos .Los pacientes en UCO presentan frecuentemente factores de riesgo para la prolongación del QT. Los fármacos con conocido potencial para dicha complicación deberían en lo posible ser evitados o monitoreados de manera proactiva. La farmacovigilancia en UCO favorecería la detección precoz de este fenómeno potencialmente letal.

0251 - ¿CORRELATOS METABOLICOS DE ASPECTOS PSICOLOGICOS O CORRELATOS PSICOLOGICOS DE VARIABLES METABOLICAS?

Lic. MORA, Martina | Dr. CAROLI, Christian | COHEN ARAZI, Hernán | GUINJOAN, Salvador Martin

FLENI

Objetivos: El objetivo de este estudio fue determinar si existe una relación entre factores que influyen en el estado cardiovascular (colesterol total, LDL, HDL, glucemia, triglicéridos, presión arterial, peso, índice de masas corporal y circunferencia abdominal), el funcionamiento cognitivo y factores emocionales como la ansiedad, la depresión y el enojo.

Materiales y Métodos: Pacientes coronarios crónicos ambulatorios entre 40 y 85 años (n=45, 40 varones (88,9%), edad media 62,9 ±11,22 años), reclutados del Departamento de Cardiología de FLENI. Se evaluaron una serie de síntomas conductuales mediante Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), escala de Hamilton de Ansiedad y Depresión y el Inventario de Enojo Estado-Rasgo de Spielberger (STAXI). Para evaluar el estado de salud y la calidad de vida se utilizaron la escala SF-36 y la Escala de Adaptación Social (SASS). El estado cognitivo se estimó mediante la evaluación cognitiva Montreal (MoCA). También se obtuvieron circunferencia abdominal, presión arterial, peso, Índice de Masa Corporal, colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos y glucemia.

Resultados: 31,1% de los pacientes presentaban síntomas depresivos con significación clínica, y 44,4% presentaba deterioro cognitivo (definido como score MOCA <26). Un 71,1% cumplía los criterios para síndrome metabólico, y un 66,7% había sido tabaquista.
Un puntaje BDI más elevado se asoció a un mayor colesterol total (r=0,468 p=0,001) y LDL (r=0,457 p=0,003). Los niveles de HDL correlacionaron positivamente con la edad (r=0,387 p=0,012) y con la subescala expresión del enojo del STAXI (r=0,477 p=0,002). También el HDL se asoció a la dimensión Rol Emocional del SF-36 (r= 0.385, p=0.013). Una mayor Vitalidad (subescala del SF-36) se asoció a menor trigliceridemia (r=-0,340 p=0,030). Una menor supresión del enojo se asoció a una mayor tensión arterial sistólica (r=-0,352 p=0,026). Un mayor funcionamiento cognitivo (puntaje MOCA) se asoció a una mayor presión arterial diastólica (r=0.304, p=0.042) pero a una glucemia en ayunas más baja (r=-0.369, p=0,013).

Conclusiones: Confirmando observaciones previas, este estudio ha encontrado una elevada prevalencia de depresión y deterioro cognitivo en adultos con enfermedad coronaria crónica. Por otro lado, los resultados sugieren que en pacientes coronarios, las variables metabólicas influyen no sólo en el estado cardiovascular sino también en la función cognitiva y, posiblemente, en el estado anímico. Estas conclusiones pueden tener implicancias para el manejo cardiológico de estos pacientes porque a su vez, la función cognitiva y el estado de ánimo influencian variables como cumplimiento de tratamiento y funcionamiento social.

0252 - ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN UN CENTRO TERCIARIO DENTRO DE UN SISTEMA PÚBLICO Y CERRADO DE SALUD

Dr. GAIBOR BARBA, Juan Carlos | DELUCA, Carlos | BALLARINO, Daniel | DALL ASTA, Gonzalo | VAZQUEZ, Norberto | YUNE, Said

CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD CARDIOVASCULAR MUNICIPALIDAD DE MALVINAS ARGENTINAS

Objetivos: Analizar los factores que influyeron y los resultados de la angioplastia primaria como única estrategia de reperfusión dentro de un sistema público y cerrado de salud. Determinar su influencia en la sobrevida de los pacientes durante el primer año. Proponer a partir de los datos obtenidos modificaciones en el sistema.

Materiales y Métodos: Analizamos de forma retrospectiva los datos a 1 año de 48 pacientes con IAM y elevación del segmento ST en quienes se realizó ATC primaria, en el período comprendido entre marzo del 2010 fecha en la cual se protocolizó el tratamiento hasta marzo del 2011.

Resultados: La edad promedio de los pacientes tratados fue de 60,8 años, la presentación inferior del infarto fue de 56% vs 41% de infartos anteriores. El sexo masculino predomino en un 81%. El principal factor de riesgo para el desarrollo de IAM fue el tabaquismo en el 70,8% seguido por la HTA en 60%.
La angioplastia fue exitosa en el 92% de los casos, siendo el difícil acceso a la lesión y el fenómeno de no reflow; las principales causas para que no se alcance la meta deseada. En el 60% de angioplastias, el vaso tratado fue la descendente anterior, 31% Coronaria Derecha y 15% la Circunfleja. El promedio de número de stents utilizados fue de 1,12. El tiempo promedio de Ventana (dolor a primera consulta médica) fue de 182 min. El puerta - balón de 125 min, a expensas de un promedio de 90 min empleado entre la consulta en el centro donde se hace el triage y el traslado hasta nuestro laboratorio de hemodinamia. Se utilizó el TIMI RISK SCORE MODIFICADO para evaluar el riesgo al ingreso, para aquellos paciente con SCORE › 3 la mortalidad fue de 55% vs la del 12,8% para aquellos con un SCORE igual o menor a 3. En aquellos con score alto el promedio de tiempo síntomas-reperfusión fue de 533 min vs el de 282 de aquellos con score bajo.

Conclusiones: En un sistema público y cerrado de salud con derivación piramidal, el principal factor en el retraso de la reperfusión fue la demora en la búsqueda de ayuda médica seguido por el tiempo necesario en realizar el diagnóstico y traslado al centro con hemodinamia, lo que se correlacionó con mayor riesgo al ingreso y mayor mortalidad en la evolución. Acciones destinadas a la concientización de la población y en el sistema de derivación son puestas en marcha.

0253 - FIBRILACIÓN AURICULAR Y ANTICOAGULACIÓN EN MAYORES DE 80 AÑOS

Dra. RUBIO, Maria Del Carmen | MARTINEZ, Daniel | NICOLOSI, Liliana

HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES

Objetivos: Establecer la prevalencia de tratamiento con anticoagulantes orales en pacientes con fibrilación auricular permanente, mayores de 80 años.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes mayores de 80 años con fibrilación auricular permanente (FA) internados por causas no cardioembólicas. Se excluyeron aquellos pacientes con indicación de anticoagulación (ACO) por otras patologías distintas a la presencia de FA.
Se registró el RIN al ingreso y durante los 60 días previos.
Se indagó en los pacientes que no recibían tratamiento anticoagulante las causas que motivaron la no ACO.

Resultados: Ingresaron 130 pacientes, el 64% mujeres con edades promedio de 83 ± 2 años .El 44% recibía tratamiento con anticoagulantes orales previo a la internación, de estos pacientes solo el 30% tenía un RIN > 2 durante el lapso comprendido 60 días previos al ingreso hospitalario, el 56% no recibía ACO oral. Las causas fueron: 40% deterioro cognitivo, 16% ignoraban que presentaban FA, 24% inestabilidad el la marcha, 3% hemorragia reciente, 5% decisión del médico tratante, 12% otras co-morbilidades. Los motivos de internación fueron: 11% insuficiencia cardiaca, 20% traumatológica, 20% infecciones, 24% neoplásicas, 11% cirugía general y 14 % otras.

Conclusiones: Solo el 13% de los pacientes mayores de 80 años portadores de fibrilación auricular estaba ACO en rangos terapéuticos.
El 30% de los pacientes que recibía ACO oral se encontraba en rango terapéutico.
La muestra presentó alta prevalencia de deterioro cognitivo, siendo la principal causa de no indicación de anticoagulación.
Los pacientes internados que ingresaron en el estudio probablemente representaban un grupo con mayor porcentaje de comorbilidades que los pacientes ambulatorios

0254 - HÁBITO TABAQUICO EN ADOLESCENTES SEGÚN GÉNERO

Dr. GULAYIN, Pablo Elías | BRUNO, Rodrigo | ROSSI DIAS, André | BRENA, Guillermo | GULAYIN, Miguel Alejandro | URRUTIA, María Inés | MARELLI, Daniel

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (La Plata)

Objetivos: Determinar por genero: prevalencia de tabaquismo, prevalencia de tabaquismo según la edad, predictores de inicio al hábito (edad, convivencia con fumadores, tabaquismo en los progenitores, amigos tabaquistas), dependencia a la nicotina y motivación para dejar de fumar.

Materiales y Métodos: En septiembre de 2010 se encuestaron 2003 estudiantes de dos colegios secundarios de la ciudad de La Plata, la edad de la población varía 12 a 18 años. Para evaluar el tabaquismo según género se incluyeron 1079 varones, 910 mujeres, y 14 alumnos fueron excluidos por no referir género. Se efectuó una encuesta anónima estructurada y autoadministrada con los tests de Fagerström (dependencia a la nicotina) y de Richmond (motivación para dejar de fumar). Para el análisis descriptivo de las variables estudiadas, se utilizaron los tests de Student y de diferencia de proporciones.

Resultados: La prevalencia global de tabaquismo fue del 7,69% (n=153). El hábito entre las mujeres fue del 9,78% (n=89) y en los varones del 5,93% (n=64) (p=0,00). Según la edad, la prevalencia varió en las mujeres del 2,60% a los 12 años al 36,36% a los 18 años y, en los varones, del 0% a los 12 años al 23,5% a los 18 años.
La edad promedio de inicio, los factores predictores, la dependencia a la nicotina y la motivación para dejar de fumar según género se esquematizan en la presente tabla:

	Hombres	Mujeres	p
Edad promedio	15,73 (1,21)	15,63 (1,27)	0,625
Edad promedio de inicio al hábito	13,33 (2,06)	14,14 (1,23)	0,003
Vive con fumadores	64,06 %	66,29 %	0,909
Madre fumadora	39,06 %	46,07 %	0,485
Padre fumador	37,5 %	32,58 %	0,646
Amigos que fuman	100 %	33, 72 %	0,000
Hábito conocido por la familia	53,12 %	46,07 %	0,486
Dependencia baja a la nicotina	76,56 %	89,89 %	0,013
Dependencia media a la nicotina	10,94 %	8,99 %	0,9
Dependencia alta a la nicotina	12,5 %	1,12 %	0,009
Motivación baja para dejar de fumar	62,5 %	76,40 %	0,093
Motivación media para dejar de fumar	20,31 %	16,85 %	0,878
Motivación alta para dejar de fumar	15,62 %	6,74 %	0,213

Conclusiones: La prevalencia de tabaquismo fue mayor en el grupo de las mujeres. En ambos grupos se observó un incremento de la prevalencia según la edad. Los varones se iniciaron más precozmente en el hábito de fumar. Entre los predictores de tabaquismos, "amigos fumadores" tuvo mayor relevancia en el grupo masculino. En las mujeres predominó la baja dependencia a la nicotina mientras que en los varones la alta. No se encontraron diferencias respecto a la motivación para dejar de fumar.

0255 - PULSO DE OXÍGENO Y GASTO CALÓRICO DE ESFUERZO EN RELACIÓN A LA COMPOSICIÓN CORPORAL DE ADULTOS ENTRENADOS.

Dr. MOTTA, Domingo Agripino | ANGELINO, Arnaldo | DELAMATA, Luis | LYNCH, Santiago | DOS SANTOS, A | RODRIGUEZ ACUÑA, Maria | NICOLAO, Patricia | GABE, Eduardo

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: evaluar eficiencia cardiaca del pulso de oxígeno (PO2) y del gasto calórico de esfuerzo (Kcal/h) en relación a la composición corporal de adultos entrenados.

Materiales y Métodos: Se evaluaron 60 adultos consecutivos, entrenados en actividades recreativas y competitivas, que concurrieron para evaluación preventiva de salud, 80 % masculinos, 40,8 +/-10 años. Motivo de exclusión: EPOC, CRM, APTC, valvulopatías, arritmias, IAM, HTA, DBI, y miocardiopatías. Se calculó índice de masa corporal (IMC) y estudio de la composición corporal en % masa adiposa (%MA), % masa muscular (%MM), la relación masa muscular y ósea (IMM/O), masa adiposa y muscular (IMA/MM). Se realizó prueba de esfuerzo máxima de 12 derivaciones electrocardiográficas y consumo directo de oxígeno en cinta ergométrica con protocolo de Heck, para el registro de consumo máximo de oxígeno (VO2mx), frecuencia cardiaca máxima (FCmx), PO2 y Kcal/h. Se dividió a la población en grupo: A) PO2 > 20 mlO2/latido, y B) PO2< 20 mlO2/latido. Se efectuaron pruebas t de Student para el análisis estadístico de resultados con una significancia de p<0,05 (IC95%).

Resultados: tabla

	A) PO2> 20 mlO2/lat	B PO2< 20 mlO2/lat	/P
IMC	26+/-2	24,8+/-3	NS
%MA	24+/-3	28+/-4	<0.05
%MM	47+/-2	43+/-3	<0.05
IMM/O	4.1+/-0.4	3.8+/-0.5	<0.05
IMA/MM	0.55+/-0.08	0.66+/-0.14	<0.05
VO2mx ml/kg/min	49+/-5	39+/-6	<0.05
FCmx lat/min	173+/-10	175+/-9	NS
PO2 mlO2/lat	23+/-2	16+/-3	<0.05
Kcal/h	1176+/-147	838+/-172	<0.05

Conclusiones: Una mayor eficiencia cardiaca del PO2 y del gasto calórico de esfuerzo en el grupo A, se comportó directamente proporcional al VO2mx y al mayor porcentaje e índice de masa muscular en relación al tejido adiposo y óseo de la composición corporal. El IMC no pudo identificar las diferencias de grupo.

0256 - PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES EN UNA POBLACIÓN QUE REALIZA ACTIVIDAD FISICA

Lic. BARRIOS, Cristina | SIERRALTA, Jorge | SILVA, Juan | DI LORETTO, Miriam | BRANDANI, Laura | ANGELINO, Arnaldo | DE URQUIZA, Ignacio | Dra. KERBAGE, Soraya Dalel

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: Conocer la prevalencia de los Factores de Riesgo Cardiovasculares (FRCV) en el público presente en un evento al aire libre llevado a cabo el domingo 20 de marzo de 2011 en el Rosedal de Palermo organizado por la Subsecretaría de Deportes del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires en el marco del programa “Haciendo Ejercicio”.

Materiales y Métodos: El personal de enfermería del Programa Educativo para la Prevención y Rehabilitación Cardiovascular y Pulmonar diseñó una encuesta sobre FRCV para recolectar datos en el público presente.
Las intervenciones de enfermería consistieron en: realizar las encuestas, medicion de monóxido de carbono exhalado (CO), medidas antropométricas y signos vitales.
Luego de cada encuesta y medición el personal de enfermería brindó educación segun el caso correspondiente.
Se hizo especial énfasis sobre el sedentarismo ya que está comprobado que la actividad física regular contribuye a controlar los demás factores de riesgo (tabaquismo, obesidad, stress, etc.)
Por ultimo se entregó material impreso sobre prevención en general.

Resultados: Se encuestaron 120 personas (sexo femenino 67% y sexo masculino 33%) las edades entre 13 y 82 años.
El 78% de la población camina de los cuales el 40% lo hace más de tres veces por semana
El 65% realiza actividad física de forma regular, entre las actividades más frecuentes se encuentran aerobics, gimnasia, bicicleta, yoga, natación, tango y salsa.
El 88 % manifestó incorporar frutas y verduras en su dieta.
El 44 % tenía un BMI superior a 25.
El 42 % era hipertenso (controlado)
El 16 % era tabaquista y la medición de CO arrojó que de los fumadores, el 20% era fumador frecuente (CO entre 16 a 25) .

Conclusiones: En una población que realiza actividad fisica aeróbica regular con una dieta saludable,aún se observa la presencia de HTA, Tabaquismo y un BMI mayor de 25, lo cual indica que es necesario continuar enfatizando en la educación para la modificación de todos los factores de riesgo cardiovasculares.

0257 - RESPUESTA PRESORA DE RECUPERACIÓN Y GASTO CALÓRICO DE ESFUERZO EN HIPERTENSOS TRATADOS.

Dr. MOTTA, Domingo Agripino | ANGELINO, Arnaldo | MERBILHAA, Raul | LOWENSTEIN, Diego | PAOLINI, Julieta | LIZZI, Carolina | BRANDANI, Laura | RODRIGUEZ CORREA, Carlos

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: evaluar respuesta presora de recuperación y gasto calórico de esfuerzo en hipertensos tratados respecto a un grupo control.

Materiales y Métodos: se evaluaron 35 hipertensos tratados (HTA), 54 % masculinos, 51+/-14 años de edad, con índice de masa corporal (IMC) 27+/-4 y perímetro de cintura abdominal (PC) 98+/-12 cm. Se compararon resultados con 35 pacientes controles no hipertensos (C), 66 % masculinos (pNS), 54+/-16 años (pNS), IMC 24+/-3 (p<0.05) y PC 88+/-11 (p<005). Se excluyeron pacientes con EPOC, IAM, APTC, CRM, valvulares, arritmias y miocardiopatías. A todos se les efectuó prueba de esfuerzo máxima en cinta con protocolo Bruce y registro de 12 derivaciones electrocardiográficas con consumo directo de oxígeno. Se registró frecuencia cardiaca máxima (FCMX), presión arterial sistólica basal (PASB), máxima (PASMX) y de recuperación al 1er minuto (PASR1), variación presora intraesfuerzo entre la PASB y PASMX (VaE) y de recuperación entre la PASMX y PASR1 (VaR), consumo máximo de oxígeno (VO2MX), gasto calórico de esfuerzo (Kcal/h) y capacidad funcional en METs. Para el análisis estadístico de resultados se efectuaron pruebas t Student con una significancia de p<0,05 (IC 95%).

Resultados: tabla

	HTA	C	/P
FCMX lat/min	157+/-25	163+/-17	NS
PASB mmHg	129+/-14	115+/-18	<0,05
PASMX mmHg	181+/-27	168+/-26	<0,05
VaE mmHg	52+/-21	52+/-23	NS
PASR1 mmHg	175+/-29	153+/-26	<0,05
VaR mmHg	7+/-17	14+/-14	<0,05
VO2MX ml/kg/m	31+-/11	33+-/11	NS
Kcal/h	741+/-277	722+/-282	NS
METs	9+/-3	10+/-3	NS

Conclusiones: los HTA tratados, presentaron menor variación presora sistólica de recuperación a igual gasto calórico de esfuerzo y de capacidad funcional que el grupo C, con un comportamiento directamente proporcional al IMC y de PC, lo que indicaría la necesidad de incrementar su gasto calórico de esfuerzo a fin de optimizar su composición corporal.

0258 - PACIENTES PEDIATRICOS Y ADULTOS JOVENES CON ACCIDENTES EMBOLICOS CEREBRALES. ECO TRANSESOFAGICO VERSUS ECO TRANSCRANEAL.

¿QUIEN TIENE LA VERDAD?

Dra. VAZQUEZ, Haydee | MOROS, Claudio | GOLDSMAN, Alejandro | QUILINDRO, Alberto | SICURELLO, Maria Irene | GRIPPO, Maria

HOSPITAL DE NIÑOS DR. RICARDO GUTIERREZ

Objetivos: Establecer la efectividad y aplicación clinica del eco transcraneal con contraste(ETCC)para el diagnóstico de embolia paradojal cuando el eco-transesofagico (ETE) es negativo o su realización es dificultosa.

Materiales y Métodos: En 4 pacientes(p) con antecedentes de accidente vascular cerebral y cortocircuito interauricular se realizo:
Ecocardiograma transtorasico;(ETE)con contraste basal y con maniobra de Valsalba(MV)y (ETCC)basal y con (MV).Todos los pacientes salvo uno,tienen comprobación de alteración vasculo cerebral por angiorresonancia cerebral.EdadX:25 años(rango13a -32a).Dos (p) tenian aneurisma del septum interauricular.
Para realizar el(ETC)se utilizó la ventana temporal detectando la arteria cerebral media(acm).Durante el (ETEC) y el (ETCC) se utilizo contraste con solución salina agitada con aire y llave de tres vías.Se realizaron 3 inyecciones en bolo en estudio basal y 3 durante el final de la (MV).La (MV) se considero correcta cuando la velocidad máxima de la (acm) disminuyó al 25% del valor basal.Se considero prueba positiva en (ETEC) al evidenciar pasaje de contraste a auricula izquierda durante los primeros 3 latidos post inyección y durante los primeros 10 segundos en el (ETCC).En el (ETCC) la interrupción del flujo laminar en (acm) por pasaje de contraste se evidencio a través de señal visual y auditiva.La magnitud del cortocircuito se cuantifico en base al número máximo de señales detectados en cualquiera de las infusiones en (acm).Normal:0 señal.Shunt mínimo:<10 señales.Shunt masivo:11-25 señales.Cortina:incontables microburbujas que borran parcial o completamente el espectro doppler.

Resultados: En dos (p) se evidenció cortocircuito de derecha a izquierda a través del septum interauricular por (ETE) basal y sensibilizado por (MV) se agregó un tercer(p).En los tres (p) se evidenció señales en el flujo doppler de la (acm).En 2 (p) fue shunt mínimo.Uno de estos dos (p) presento shunt masivo al realizar (MV).
El tercer (p) presento en (acm) shunt cortina en (ETC) basal no requiriendo (MV) posterior

Conclusiones: La ecocardiografía transcraneal con contraste es una herramienta diagnóstica útil para establecer el diagnóstico de embolia paradojal y tiene la ventaja de ser menos invasiva que el ecocardiograma transesofágico.

0259 - DOBLE CAMARA DE VENTRICULO DERECHO EN PACIENTES GUCH.

Dr. RIOS MÉNDEZ, Raúl Enrique | GAMBOA, Ricardo | GUTIERREZ, Diego Fausto | ASENJO, Alberto Rubén | ZORRILLA, María de Los Angeles | JORAJURIA, Alejandro | POCHAT, Cecilia

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EL CRUCE

Objetivos: Transmitir nuestra experiencia en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de una cardiopatía informada como de baja prevalencia en pacientes GUCH, cuyo origen es aún desconocido.
Materiales y Métodos: Estudio retro-prospectivo, documental, descriptivo, transversal, dinámico, no aleatorio. Fuente: base de datos de la Sección de cardiopatías congénitas del adulto de un hospital público de referencia de nivel terciario. Periodo: Mayo/09-Abril/11. Cinco pacientes (4 femeninos).
Resultados: Edad promedio: 27 años (rango: 14-44), superficie corporal promedio: 1,7 m2 (rango: 1,47-1,9). Los pacientes fueron evaluados inicialmente por cardiólogos de adultos, etiquetándoseles con diversos diagnósticos ecocardiográficos (Ver tabla). Todos fueron referidos por consulta ambulatoria, excepto el paciente adolescente que debutó con endocarditis infecciosa e ingresó en cuidados intensivos. Cuatro tuvieron antecedente de comunicación interventricular (CIV) pero su presencia solo fue confirmada en tres de ellos. Dos eran multíparas. Dado el medio socio-económico, requerimos la intervención de sicólogos y trabajo social en tres de los casos. Signos/síntomas: Insuficiencia cardiaca (1/5), CF II-III (NYHA) (4/5). Palpitaciones (4/5), dolor torácico atípico (3/5), disnea de moderados esfuerzo (4/5), soplo sistólico eyectivo en mesocardio (5/5), frémito precordial (5/5). Examenes complementarios: ECG con signos de hipertrofia de ventrículo derecho (5/5) sin signos patognomónicos; radiografía torácica: cardiomegalia leve (4/5) y moderada (1/5). Ergometría alterada (2/3), espirometría alterada (1/3), Test de marcha 6' alterado (2/3). En todos se diagnosticó doble cámara de ventrículo derecho (DCVD) mediante ecocardiografía (transtorácico/transesofágico) 2D y Doppler realizada por cardiólogo pediátrico, rango de gradiente instantáneo medioventricular: 37-90 mmHg, pero quedaban dudas diagnósticas en cuanto a la CIV. Tres pacientes recibieron cateterismo, descartándose CIV en dos de ellos; rango de gradiente pico: 60-110 mmHg. Cirugía cardiaca con circulación extracorpórea en todos; abordajes: ventriculotomía derecha (2), atriotomía derecha (1), combinado (2). No hubo complicaciones ni mortalidad. Tiempo promedio de permanencia en UCI 48-96 hs y de internación 6-7 días. Lesiones residuales: CIV restrictiva (2), bloqueo rama derecha (3), rango de gradiente instantáneo medioventricular 13-18 mmHg. Seguimiento: 0,5-1,5 años; por ecocardiografía transtorácica no evidenciamos aumento de gradiente intracavitario; no hubo presencia de otras arritmias; todos se encuentran en clase funcional I (NYHA).

Diagnósticos	N° de pacientes
T. de Fallot	2
CIV	1
Estenosis pulmonar valvular	1
Hipertensión pulmonar + CIV	1

Conclusiones: La prevalencia de DCVD en pacientes GUCH en nuestra institución fue mayor al promedio comunicado, aunque puede estar influenciado por varios factores. La patología más frecuentemente asociada fue la CIV; los signos/síntomas más comunes fueron soplo sistólico eyectivo rudo, frémito, disnea de moderados esfuerzos y palpitaciones; el método de diagnóstico de elección fue la ecocardiografía; el cateterismo cardiaco fue útil para aclarar dudas diagnósticas que influían en la cirugía. El tratamiento quirúrgico fue eficaz, con baja morbilidad y sin mortalidad. En el corto plazo hubo mejoría en la capacidad funcional, no hubo recurrencia de la obstrucción intracavitaria ni aparición de otras alteraciones del ritmo cardiaco.

0260 - ECO TISULAR Y 3D AYUDAN A DECIDIR LA OPORTUNIDAD DEL REEMPLAZO VALVULAR PULMONAR EN EL FALLOT ALEJADO POST QUIRURGICO

Dra. DE DIOS, Ana Maria Susana | LEVANTINI, Florencia | CARUGATI, Romina | BIANCOLINI, Fernanda | SALTYMIRIS, Romina | SEARA, Gonzalo | DAMSKY BARBOSA, Jesus | GONZALEZ, Gabriela

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

Objetivos: El conocimiento del remodelamiento ventricular permite entender la respuesta del VD y dilucidar los mecanismos de la disfunción ventricular para poder determinar la mejor oportunidad para el reemplazo valvular pulmonar .
Materiales y Métodos: fueron estudiados 42 pacientes(p) operados de S. de Fallot X:11+3 anos evaluados con 2D y 3D eco, eco doppler tisular (TDI), Strain, SR y movimiento parietal para entender la repercusión hemodinámica que la insuficiencia pulmonar (IP) genera. Se emplearon mediciones de 4 cámaras (c) y eje menor que sumadas son equivalentes al volumen en 4c del VI. En 3D se valoro el VD en 3 cortes sagital, coronal y eje menor par reconstruir volúmenes y compararlos con un grupo control de 48p sanos. Se agruparon los pacientes segun el grado de dilatacion del VD: hasta 60ml/m2, entre 60 y 120ml/m2, mas de 120ml/m2;
Resultados: Los volumenes de VD medidos por eco 2D son un 18% menores a los medidos por eco 3D. Ante sobrecarga leve (<60ml/m2) se altera el TDI medial del VD pero no se afecta el IVAm/s2 derecho ni izquierdo, ante sobrecarga moderada (60 a 120 ml/m2) se reduce la velocidad sistolica (S') y diastolica (E') tisular a nivel medial y basal de VD y se reduce el IVA m/s2. Sin reducir la excursion lateral derecha ni afectar el IVA del VI; ante sobrecarga severa (>120ml/m2) se afecta el eco tisular a nivel medial y basal y hasta se invierte la patente de llenado diastolico tisular y se reduce el IVA del VD basal y medial, finalmente se reduce el IVA VI y la excursion lateral derecha.

VD cm3/m2	X 48,90	±8,7		X84	±18,9		X147,6	±31,16	
TISULAR(M/S)									
sc	1,230 ± 0,05	18 PTES	P	1311 ± 0,4	16 PTES	P	1514 0,5	17 PTES	P
BASAL VD S	0,10 m/s	0,01 m/s	0,02	0,08 m/s	0,03	0,000	0,10 m/s	0,02	0,00
BASAL VD E	0,11	0,04	0,00	0,12	0,03	0,000	0,12	0,04	0,00
BASAL VD A	0,07	0,02	ns	0,05	0,03	ns	0,07	0,04	0,00
BASAL VD IVAm/s2	2,33	2,50	ns	1,30	0,35	ns	1,60	0,09	ns
MEDIAL VD S	0,07	0,01	0,02	0,07	0,03	0,019	0,07	0,03	0,00
MEDIAL VD E	0,09	0,03	0,04	0,11	0,04	ns	0,11	0,03	0,00
MEDIAL VD A	0,06	0,01	ns	0,07	0,05	ns	0,05	0,01	ns
MEDIAL VD IVAm/s2	0,96	1,36	0,01	1,31	0,96	0,012	0,87	1,09	0,000
BASAL VI S	0,12	0,01	ns	0,08	0,01	ns	0,08	0,02	ns
BASAL VI E	0,21	0,06	ns	0,16	0,03	ns	0,17	0,06	ns
BASAL VI A	0,51	0,53	ns	0,18	0,35	ns	0,04	0,01	ns
BASAL VI IVAm/s2	2,72	0,97	ns	2,54	1,60	ns	1,06	0,87	0,000
MEDIAL VI S	0,09	0,03	ns	0,22	0,34	ns	0,09	0,01	ns
MEDIAL VI E	0,17	0,08	ns	0,17	0,03	ns	0,17	0,03	ns
MEDIAL VI A	0,06	0,02	ns	0,05	0,02	ns	0,05	0,01	ns
MEDIAL VI IVAm/s2	2,00	0,00	ns	1,36	0,46	ns	0,92	1,17	0,05

Conclusiones: Se encontró que el 3D correlaciona directamente con los hallazgos de la RMN ante dilataciones significativas del VD mucho mejor que el 2D. Que el TDI tisular y la excursión lateral de la válvula tricúspide son excelentes indicadores para el seguimiento del paciente con IP. Y que la alteración del IVA derecho e izquierdo así como la inversión E/A del TDI a nivel medial y basal del VD y la disminución de la excursión lateral son índices límites para decidir el reemplazo de la válvula pulmonar.

0261 - ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO DEL ENGROSAMIENTO INTIMAL EN FETOS Y POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Dr. GUERRI GUTTENBERG, Roberto | GRANA, Daniel Rodolfo | AMBROSIO, Giuseppe | SCHWINT, Oscar | Dr. MILEI, Jose

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CARDIOLOGICAS (ININCA) UBA-CONICET - HOSPITAL DE PEDIATRIA SAMIC DR. J. GARRAHAN

Objetivos: El engrosamiento intimal como primer evento aterogénico es una teoría que ha resurgido recientemente. El objetivo de este trabajo es evaluar la presencia del engrosamiento intimal coronario (EIC) en fetos y población pediátrica.

Materiales y Métodos: Las arterias coronarias de 50 corazones provenientes de fetos (n=20, rango de edad: 12 a 30 semanas gestacionales. Rango de edad de las madres: 17 a 34 años) y población pediátrica (n=30, masculino 66.7% femenino 33.3%, enfermedad orgánica 67.9%, trauma 32.1%, rango de edad: 1 día a 23 años, edad media: 8,3). Los segmentos coronarios fueron estudiados mediante técnicas histológicas (HE, Azul Victoria, Tricromico de Masson) e inmunohistoquímica para CD-68, alfa-SMA, TGF-beta1, PAI-1, apolipoproteina B y ki-67. Se utilizó Image J para determinar el grado de EIC mediante el índice íntima:media y para calcular el puntaje de inmunomarcación.

Resultados: Se describió EIC en dos fetos, mientras que los restantes presentaron hallazgos morfológicos compatibles con la edad gestacional. En el primer caso la madre tenía 18 años un IMC 24,2 y una glucemia en ayuno de 117mg%. En el segundo caso la madre (G6P4A2) tenía 34 años y fumaba 10 cigarrillos día.
En la población pediátrica el 83% tenía EIC en un vaso, 67% en 2 vasos y 30% en =o> 3. La relación intima:media promedio fue de 1,2. Dos curvas de distribución normal fueron descriptas en pacientes con relación intima:media <2 y >2. Aquellos con EIC >2 eran significativamente mayores en edad. No se encontraron diferencias entre los pacientes que fallecieron por causa traumática y aquellos con enfermedad orgánica. Cinco % de los EIC eran focales, 21% mixtos, 15% difusos incompletos y 59% difusos completos. Aunque el sexo masculino presento un número superior de EIC la diferencia no fue significativa. La membrna elástica interna estaba intacta en el 43% y duplicada o interrumpida en la misma proporción, y además presentó una correlación positiva con el grado de EIC (p=0.01).
El EIC se encontró predominantemente en zonas de bifurcación en la arteria coronaria descendente anterior (DA) y en zonas libres de bifurcación en la arteria coronaria derecha (CD). EL EIC fue descripto en 75% de las CD, 55,6% de los troncos coronarios izquierdos, 65,5% de las DA y 37,5% de las circunflejas.
TGF-beta1 (dilución 1:200) fue negativo en todos los casos. Los macrófagos (CD-68) fueron raramente descriptos. La mayoría e las lesiones se encontraba en proliferación (índice proliferativo ki-67 de 6%). Se encontró positividad para Apolipoproteina B (B-100 y B-48).

Conclusiones: El EIC es muy prevalente en la población pediátrica. Consideramos que muchas de estas lesiones involucionan, otras se estabilizan y otras en el contesto de la hipótesis de retención anclarían lípidos y progresarían a lesiones ateroescleróticas. En la población pediátrica el EIC parece estar determinado por zonas de alto shear stress en la arteria descendente anterior y zonas de flujo coronario lento en la coronaria derecha. La cascada de activación del TGF-beta1 no parece tener un rol predominante en la génesis de los engrosamientos intimales de la población pediátrica.

0262 - TOMOGRAFÍA MULTISLICE DE 64 DETECTORES EN CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS

Dr. VAZQUEZ, Esteban | Dr. POLLONO, Pablo Maximiliano | BLEIZ, Jorge | WEISBURD, Pedro | GOMEZ, Rolando | SUÑOL, Jorge | KOCIUBINSKI, Pablo

CIMED

Objetivos: Analizar la experiencia del centro de diagnóstico en la aplicación de tomografía multislice de 64 detectores en cardiopatías congénitas. Describir indicaciones y resultados obtenidos.

Materiales y Métodos: Se analizaron consecutivamente 48 pacientes (ptes) sometidos a tomografía multislice de 64 detectores con diagnostico de cardiopatías congénitas desde el mes de Mayo 2009 hasta Abril 2011. Se utilizó equipo Philips Brillance de 64 detectores. La adquisición se realizó con técnica de alta resolución o gatillado retrospectivo con modulación de dosis de radiación de acuerdo al caso y contraste endovenoso. Anestesia general en los casos requeridos. En el postproceso se realizaron reconstrucciones en 3D, MIP y MPR. Se dividió el análisis en: no operados 14ptes, operados 34 ptes.

Resultados: Se obtuvieron: De los 11 ptes sin cirugía previa: ventrículo único (VU) y anomalía del retorno venoso pulmonar (ARVP) 1, coartación aortica 2, atresia pulmonar con comunicación intervnetricular (CIV) 2, anillos vasculares 2, doble salida de ventrículo derecho 2, ventrículo único con atresia pulmonar y ARVP 1, CIV con hipoplasia aortica 1.
Pacientes operados: By-pass completo de ventrículo derecho 6, Cirugía de Glenn 7, coartación aortica 6, Estenosis aortica severa 2, anomalías de Ebstein 1, Fallot 2, atresia pulmonar (AP)con CIV 4, hipoplasia de cavidades izquierdas con cirugía de Norwood Sano 1, tronco arterioso 1, estenosis pulmonar con anastomosis sistémico pulmonar 1, trasposición de grandes vasos con Switch arterial 1, doble discordancia con homoinjerto en posición pulmonar 1, VU con cerclaje de arteria pulmonar 1. Tres estudios resultaron normales.

Conclusiones: Este novedoso método de diagnóstico cardiovascular complementario a los ya existentes, confirmó diagnósticos previos, aportó información adicional para mejorar la terapéutica hemodinámica intervencionista y quirúrgica; y hasta en ocasiónes evitó el cateterismo diagnóstico. Es de rápida adquisición y en nuestra serie de casos no hubo complicaciones. Nuestra experiencia se encuentra en crecimiento. Estudios con mayor casuística nos permitirán en el futuro encontrar su real utilidad e incorporarlo a los algoritmos de diagnóstico no invasivo.

0263 - ENDOCARDITIS FÚNGICA NEONATAL: UN DESAFÍO CLÍNICO-QUIRÚRGICO

Dr. TOLEDO, Ruben Arnaldo | PEREZ CARAM, Pablo | SOTO, Sandra | SEGOVIA, Alejandra | BERMAN, Sofía | FAGALDE, Guillermo | BASELGA, Patricia | ALVAREZ, Carlos

HOSPITAL DEL NIÑO JESUS

Objetivos: Compartir nuestra experiencia en una enfermedad poco frecuente, altamente letal y con escasa publicación en la literatura mundial. Realizar una breve revisión del diagnóstico, tratamiento farmacológico, indicaciones quirúrgicas, aspectos técnicos de la misma y resultados. Reporte de un caso.

Materiales y Métodos: Paciente de 17 días de vida, 3750 gr., internada en un servicio de neonatología por bronquiolitis complicada con neumonía, recibe múltiples esquemas antibióticos y asistencia respiratoria mecánica. A los 10 días shock séptico con necesidad de inotrópicos, hemo, uro y cultivo de punta de cateter venoso central positivos para hongos levaduriformes. Ecocardiograma: vegetación de 7,2 x 7,7 mm en válvula tricúspide (VT). Comienza con Anfotericina liposomal. Después de 45 días es derivada a nuestra institución,continuando con hemocultivos positivos para Cándida Albicans y picos febriles periódicos. Ecocardiograma: vegetación pediculada de 11 x 6,2 mm en VT, que entra y sale en ventrículo derecho, insuficiencia tricuspídea (IT) moderada. Se decide tratamiento quirúrgico.

Resultados: Paciente de 3820 kg, esternotomía mediana, canulación aórtica y bicava, normotermia, cardioplejía anterógrada, auriculotomía derecha, se reseca enorme vegetación que había destruído la valva posterior de la tricúspide, se realiza bicuspidización de la misma (anuloplastia a expensas del segmento posterior del anillo). Tiempo de CEC 60 min y clampeo de 25 min. La pte. deja quirófano con ritmo sinusal, extubada, dopamina y milrinona como drogas inotrópicas. Ecocardiograma postoperatorio: sin vegetaciones, IT leve a moderada sin gradiente aurículo-ventricular. 2 días en unidad de cuidados intensivos (UCI), alta a los 33 días de la cirugía luego de completar esquema antimicótico. En el control a los 4 meses de postoperatotio presenta un peso de 8,1 kg. sin recurrencia de infección. Ecocardiograma: sin vegetaciones, IT leve, sin gradiente aurículo-ventricular.

Conclusiones: Como elementos que inclinarían a una conducta conservadora observamos el bajo peso del paciente y la dificultad en plásticas o reemplazos valvulares en neonatos. Este paciente tenía indicación quirúrgica por vegetación de gran tamaño, origen micótico de la misma y persistencia de hemocultivos positivos y picos febriles a pesar de la medicación adecuada. Consideramos que la terapéutica combinada antifúngicos-cirugía es una opción válida en una enfermedad poco frecuente y altamente mortal.

0264 - HALLAZGOS NO ESPERADOS EN PACIENTES PORTADORES DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EVALUADOS CON TOMOGRAFÍA MULTISLICE DE 64 DETECTORES

Dr. POLLONO, Pablo Maximiliano | VAZQUEZ, Esteban | WEISBURD, Pedro | BLEIZ, Jorge | GOMEZ, Rolando | SUÑOL, Jorge | KOCIUBINSKI, Pablo

CIMED

Objetivos: Describir hallazgos no esperados en pacientes portadores de cardiopatías congénitas sometidos a tomografías multisclice de 64 detectores

Materiales y Métodos: Se analizaron consecutivamente 48 pacientes (ptes) sometidos a tomografía multislice de 64 detectores realizado con un equipo Philips Brillance de 64 detectores. Los mismos fueron derivados para estudio diagnóstico de cardiopatías congénitas desde el mes de Mayo 2009 hasta Abril 2011. La adquisición se realizó con técnica de alta resolución o gatillado retrospectivo con modulación de dosis de radiación de acuerdo al caso y se administró contraste endovenoso. Anestesia general en los casos requeridos. En el postproceso se realizaron reconstrucciones en 3D, MIP y MPR. Se analizó la eficacia del método para confirmar diagnósticos previos y para realizar nuevos diagnósticos.

Resultados: De los 48 ptes evaluados se confirmaron los 48 diagnósticos previos o presuntivos y se realizaron 16 nuevos diagnósticos no esperados de acuerdo al motivo de derivación: Estenosis de arteria coronaria derecha 1 pte, drenaje de vena suprahepática a aurícula derecha 1 pte, coartación aortica 1 pte, fístulas veno-venosas 2 ptes, anomalía del retorno venoso pulmonar (ARVP) 1 pte, ventrículo derecho dividido, anillos vasculares 2 ptes, anomalías coronarias 2 ptes, fenestraciones permeables 3 ptes, anomalías del nacimiento d las arterias vertebrales 1 pte, desplazamiento de amplatzer a aurícula derecha 1 pte.
Tres ptes : 2 ptes con diagnostico presuntivo de anillos vasculares y 1 pte con diagnóstico de ARVP resultaron normales.

Conclusiones: Este método es complementario a otros métodos diagnósticos cardiovasculares, confirmó diagnósticos previos y aportó diagnósticos no esperados en un importante porcentaje de casos (33%), resultando de gran importancia para la resolución definitiva de los mismos. Futuros estudios determinarán su lugar en el algoritmo de diagnóstico cardiovascular no invasivo.

0265 - SINCOPE. RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO. RESULTADOS A PARTIR DE UN REGISTRO PROSPECTIVO.

Dr. GALIZIO, Nestor Oscar | Dra. GARGANO, Agustina | Dr. GONZALEZ, Jose Luis | Dr. MEDESANI, Luis Alberto | Dr. ROBLES, Federico | PALAZZO, Alejandro | ALBANO, Felix | CARNERO, Guillermo

FUNDACION FAVALORO

Objetivos: En la evaluación de los pacientes (pts) con sincope se debe identificar la causa que permita aplicar un tratamiento adecuado según su mecanismo y estratificar el riesgo de muerte y eventuales recurrencias.

Materiales y Métodos: Entre marzo del 2003 y mayo de 2010 fueron evaluados 486 pts. Edad promedio 62±20 años, 150 hombres (58%). Luego de la evaluación inicial realizada con historia clínica, examen físico, presión arterial acostado y parado, masaje del seno carotídeo y electrocardiograma (ECG), los pts fueron divididos en 2 grupos: Grupo A sin cardiopatía estructural y Grupo B con cardiopatía estructural.
Para confirmar la cardiopatía se realizó: ecocardiograma, estudio de perfusión miocárdica, resonancia magnética nuclear, cinecoronariografía, etc. Para detectar arritmia se utilizó: Holter, prueba ergométrica graduada (PEG), monitoreo de eventos externo, señal promediada, estudio electrofisiológico (EEF), etc. Si éstos eran negativos se realizó Tilt test.
En pacientes sin cardiopatía y ECG normal se comenzó con Tilt test.

Resultados: Grupo A (277 pts - 57%): en 222 (81%) se alcanzó el diagnóstico mediante: interrogatorio y examen físico 62 pts (26%), ECG 30 pts (12%), Holter 26 pts (10%), EEF 53 pts (22%), test de adenosina y ajmalina 5 pts (2.1%), PEG 3 pts (1.2%), interrogatorio de marcapasos y cardiodesfibriladores 7 pts (3%), Tilt test 34 pts (14%).
Grupo B (209 pts - 43%): En 187 pts (89%) se alcanzó el diagnóstico mediante: interrogatorio y examen físico 104 pts (54%), ECG 12 pts (7%), Holter 14 pts (7.3%), EEF 5 pts (2.6%), Test de adenosina y ajmalina 3 pts (1.5%), PEG 1 pts (0.5%), Tilt test 51 pts (26%).
En el Grupo A la causa mas frecuente de sincope fue arrítmica (127 pts - 57%), seguida de sincope neuromediado (77 pts - 34%), hipotensión ortostática (9 pts-4.1%) y 2 o mas causas 9 pts (4.1%).
En el Grupo B la causa más frecuente fue neuromediado (133 pts - 71%), seguido de causa arrítmica (35 pts - 18.7%), hipotensión ortostática (15 pts-8%) y 2 o más causas (4 pts-2.1%).

Conclusiones: Utilizando un simple y estricto algoritmo se alcanzó un alto rendimiento diagnóstico que permitió la aplicación terapéutica específica según la etiología y riesgo del paciente.

0266 - IMPACTO DE LA FUNCIÓN RENAL EN LA MORTALIDAD Y EVENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES EN EL SCA.

Dra. MACIN, Stella Maris | VILLEGAS, Esteban | PERNA, Eduardo R | ECHEVERRIA, Fernando | INSAURRALDE, Fernando | ARISTIMUÑO, Guillermo | COMISARIO, Matias | ACEVEDO, Pablo

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA JF CABRAL

Objetivos: identificar características clínicas, tratamiento y pronóstico en pacientes con SCA y disfunción renal

Materiales y Métodos: Estudio observacional, prospectivo que incluyó 876 pacientes consecutivos hospitalizados en el Instituto de Cardiología de Corrientes. Se compararon dos grupos según tasa estimada de filtración glomerular: eGFR> o =60 ml/min (grupo A) y eGFR <60 ml / min (grupo B): 42%(368ptes). Seguimiento 24 meses.

Resultados: RESULTADOS: Los pacientes del grupo B fueron mayores (74.3±10.3 vs 62.1±12.1años, p<0.001), mayor prevalencia de mujeres (37.5 vs 18.4%,p=0.002), más frecuentemente diabéticos (29.1 vs 23.6%,p=0.001), mas IAM previo (22 vs 16%,p=0.03) y CRM previa (18.7 vs 8.2%,p=0.006). El grupo B eran más infarto sin elevación del ST(67 vs 50%,p=0.003), tenían al ingreso mayor nivel de glucemia (156 vs 98 mg/dl,p=0.001), mas alta frecuencia cardíaca (85 vs 70 lat/min, p=0.001), y menor FE(41 vs 54%,p=0.001). Los ptes del grupo B recibieron menos: IECA 72 vs 95%,p=0.001; beta bloqueantes 71 vs 94%,p<0.001; clopidogrel: 52 vs 93%, p<0.001) y menor estrategia intervencionista: CCG 74 vs 94 %, p<0.001 y angioplastia 38 vs 62%,p=0.001); este grupo también presentó mayor mortalidad hospitalaria (7,1 vs 2,9%, p <0,001). Durante el seguimiento clínico, la supervivencia y las tasas libres de eventos cardiovasculares mayores fueron significativamente inferiores en los pacientes del grupo B (75,6 vs 90,6%, p <0,001, y 68,2 vs 82,2%, p <0,001, respectivamente). El análisis multivariante mostró que eGFR <30 ml/min fue un predictor independiente de mortalidad hospitalaria (OR 6,92 IC2.2-8.4, p=0.001) y que la eGFR <60 ml / min fue predictor independiente de eventos en el seguimiento (HR 2,19 IC 1.18-3.8, p<0.001).

Conclusiones: CONCLUSIONES: La disfunción renal es frecuente en pacientes con SCA, y fue predictor independiente de mortalidad y eventos cardiovasculares mayores. Sin embargo, estos pacientes son sub-tratados, lo que puede contribuir a su mal pronóstico.

0267 - INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO EN EL MUNDO REAL

Dra. MACIN, Stella Maris | VILLEGAS, Esteban | ARISTIMUÑO, Guillermo | INSAURRALDE, Fernando | PERNA, Eduardo R | ACEVEDO, Pablo | COMISARIO, Matias | LANGHE, Juan

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA JF CABRAL

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar si la prescripción de un IBP confiere un peor pronóstico en los pacientes dados de alta con aspirina y clopidogrel luego de un SCA

Materiales y Métodos: Un total de 876 pacientes ingresados con SCA desde enero 2006 hasta marzo de 2009 y dados de alta con aspirina y clopidogrel, con una duración mínima de 6 mes, prevista por 1 año. Los pacientes fueron clasificados en dos grupos en función de si utilizaban o no un IBP al alta. Los desenlaces primarios fueron la mortalidad por todas las causas de seis meses y la combinación de muerte, infarto de miocardio y angina inestable en seis meses.

Resultados: De los 876 pacientes considerados para su posterior análisis, 212 (24%) individuos fueron medicados con un IBP, además de la terapia antiplaquetaria dual. Pacientes en tratamiento con IBP fueron mayores (68 vs 62±12 años, p=0.002, con mayor frecuencia tenían insuficiencia renal (16 vs 6%, p=0.001) y menos a menudo tenían antecedentes de revascularización coronaria (6.2 vs 16.4%,p=0.004). Tuvieron más baja hemoglobina al ingreso (10.8 vs 12.3, p=0.02) y mas insuficiencia cardiaca (28.3 vs 16.5%,p=0.001). No hubo diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a tratamiento médico (durante la estancia hospitalaria y al alta) o procedimientos invasivos. En el análisis multivariado, los predictores independientes de la prescripción de PPI eran mayores de edad y menor concentración de hemoglobina al ingreso. Los pacientes que toman PIP tuvieron una prevalencia ligeramente mayor de la mortalidad de seis meses (7,5% vs 4%) y del punto final compuesto (13,2% vs 8,6%), aunque sin significación estadística. En el análisis multivariado, la prescripción de un IBP no fue asociados con un peor pronóstico.

Conclusiones: En el presente estudio, la prescripción de PPI con terapia antiplaquetaria dual: aspirina y clopidogrel luego de ACS no se asoció a peor pronóstico a seis meses.

0268 - IMPLICANCIA CLÍNICA DEL INDICE LEUCOGLUCÉMICO EN LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS CON SUPRADESNIVEL DEL ST

Dr. VAZQUEZ, Gaston Ariel | Dr. DOMINE, Enrique Marcelo | Dr. MERLO, Pablo | PERUSSO, Aldo | SAAVEDRA, Daniel | FITZ MAURICE, Mario | Dr. CORDERO, Diego Julio | Dr. HIRSCHSON PRADO, Alfredo

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA

Objetivos: Determinar si los valores del índice leucoglucémico son predictores de complicaciones graves de la evolución del infarto con supra ST.
Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de 109 pacientes consecutivos con diagnóstico de IAM con supra ST ingresados al hospital en el periodo comprendido entre enero 2008 y marzo 2011. Los pacientes recibieron tratamiento acorde a las actuales guías de recomendación. Se registró al ingreso y dentro de primeras 24hs el valor de leucocitos en sangre y la glucemia considerada en ayunas. Variables en estudio: de acuerdo a lo publicado, se definió al indice leucoglucémico como el producto entre la glucemia en ayunas en mg% y la cantidad de leucocitos en mm3 dividido 1000. Eventos combinados intrahospitalarios de: Muerte (durante la internación), reinfarto (de acuerdo a últimas guías) e insuficiencia cardíaca (Killip-kimball mayor ó igual a B). Se registraron factores de riesgo, antecedentes de enfermedad coronaria previa y tratamiento intrahospitalario. Análisis estadístico: Las variables continuas se comparan mediante el test de student, las categóricas mediante chi-cuadrado. El análisis de la curva ROC del índice permitió establecer el punto de corte óptimo para el evento combinado.

Resultados: Población: 88% varones (n=96), 9% IAM previo (n=10), edad media 57.7 años DLP 38% (n=42), DBT 20% (n=22), Tabaquista 47% (n=52), IAM anterior 25% (n=28). Glucemia al ingreso: media de 172,1 ± 64,2 mg%, glucemia en ayunas: 140,1 ± 52,9mg%. Tratamiento intrahospitalario: 86% revascularización – 26% Trombolíticos, 58% angioplastia 1ria, 13% angioplastia de rescate. Eventos: 19% Killlip mayor o igual a B, 3,6% mortalidad y reinfarto. El evento combinado se presentó en 21% (n=23), con ILG medio de 2014,1 ± 909,6 (IC95% 1620,8-2407,5), versus los pacientes que no presentaron el evento, 79% (n=86) con ILG medio de 1586,3 ± 815,7 (IC95% 1411,4-1761,2). Los resultados indican que existen diferencias significativas entre los promedios de ILG , siendo los mismos valores superiores entre aquellos que tuvieron evento en comparación con quienes no lo tuvieron (t= -2,18 p=0,031). Curva ROC. El área bajo la curva es de 0,67 (IC95% 0,57-0,75 p=0.01). En el análisis se estima como punto de corte óptimo el valor de mayor o igual 1650 para el ILG. El evento combinado en el grupo con ILG mayor o igual a 1650 ocurrió en 34% (n=15), versus el grupo con ILG<1650 con 12% (n=8) siendo el RR 2,7 (IC95% 1,28-5,97) OR 3.6 (IC95% 1.4-9.69)
Conclusiones: En la población de pacientes con IAM, aquellos que presentan ILG mayor o igual a 1650 en las primeras 24hs, tiene aumento del riesgo de complicaciones intrahospitalarias en forma significativa. Estos resultados deberán validarse en forma prospectiva.

0269 - VALIDACION DEL ECG PARA VALORAR HIPERTROFIA CARDIACA UTILIZANDO EL PRODUCTO DEL CORNELL Y EL ANCHO DEL QRS.

Dr. BARRIO, Juan Pablo | Dr. ROCCA, Federico Eduardo | Dr. KEEGAN, Roberto Orlando | ONETTO, Leonardo | GUTIERREZ, Victor | COMEZAÑA, Cesar | Dra. BUDASSI, Nadia | Dr. RAMALLO, German

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "DR. JOSÉ PENNA"

Objetivos: Evaluar la utilidad diagnóstica del electrocardiograma para valorar hipertrofia utilizando el producto del cornell por el ancho del QRS y establecer su correlación con la presencia de HVI establecida por el índice de masa ventricular izquierda (IMVI) en el ecocardiograma, utlizando los criterios vigentes adoptados por la Sociedad Americana de Ecocardiografia.

Materiales y Métodos: Entre el 3 de junio de 2010 y el 28 de diciembre de 2010, se realizó un ECG de 12 derivaciones a una velocidad de 25 mm/s y una amplitud de 10 mm/mV a todos aquellos sujetos que fueron evaluados en la Sección Ecocardiografía. El análisis electrocardiográfico incluyó: diagnóstico de HVI empleando el producto de Cornell (amplitud de R en aVl + amplitud de S en V3) y la duración del QRS (ms). Se consideró diagnóstico de HVI un valor igual o mayor a 2440, este valor mostraba mejor correlacion de sensibilidad y especificidad, con el IMVI determinado por el ecocardiograma en las curvas ROC de los estudios pivotales. El índice fue corregido adicionando 6 puntos en las mujeres, esta corrección, parte de estudios de correlación con necropsias. El diagnóstico ecocardiográfico de HVI fue establecido de acuerdo a los actuales criterios empleados por la Sociedad Americana de Ecocardiografia: 95 g/m2 en mujeres y 115 g/m2 en varones. Posteriormente se analizó la sensibilidad (SE), especificidad (ES), valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) del Índice de Cornell x ancho del QRS. Finalmente se realizó análisis de subgrupos de acuerdo a la severidad de la HVI determinada por el IMVI: leve, moderada y severa.

Resultados: Se analizaron datos de 200 pacientes consecutivos (97 mujeres, 103 varones). De ellos, en 86 (43%) no se detectó HVI en el ecocardiograma. Considerados globalmente, el análisis del criterio de Cornell corregido por el ancho del QRS arrojó una SE, ES, VPP y VPN de 20%, 91%, 50% y 73% respectivamente. Al seleccionar la población en grupos de acuerdo al grado de HVI según el ecocardiograma, los valores de SE, ES, VPP y VPN para HVI leve (28 p) fueron de 0%,93%,0% y 51%, para HVI moderada (25p) 30%, 73%, 43% y 61%, y para HVI severa (61 p) 24%-78%-57% y 46%.

Conclusiones: El análisis del ECG para evaluar HVI, incluso con el agregado del ancho del QRS, en relación a parámetros ecocardiográficos ajustados a las recomendaciones vigentes, continúa siendo un dato de alta especificidad pero muy baja sensibilidad,
En el grupo de pacientes con HVI leve, la sensibilidad fue nula.
En la valoración de la HVI, es necesario el ecocardiograma, principalmente para detectar estadíos iniciales.

0270-CORRELACIÓN ENTRE ENFERMEDAD ATEROESCLERÓTICA CAROTÍDEA CON ENFERMEDAD CORONARIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Dr. CAROLI, Christian | GIORGI, Mariano | WALDMAN, Silvina | SAN MIGUEL, Lucas | CARNEVALINI, Mariana | FALCONI, Estela | MIRIUKA, Santiago | COHEN ARAZI, Hernán

FLENI

Objetivos: La enfermedad ateroesclerótica carotídea se asocia frecuentemente a la enfermedad coronaria, ya que representa el espectro de una misma enfermedad y son marcadores recíprocos de severidad. El objetivo es establecer la correlación entre la extensión y severidad de la enfermedad ateroesclerótica coronaria con la severidad de la ateroesclerosis carotídea en un grupo de pacientes en plan de cirugía cardiovascular.
Materiales y Métodos: Es un estudio retrospectivo de pacientes sometidos a cirugía cardiovascular desde febrero 2007 hasta enero 2011. Se comparó el grado de severidad y la extensión de las lesiones coronarias del estudio angiográfico prequirúrgico, medida en función del número de vasos comprometidos, y se correlacionó con el grado de estenosis carotídea evaluado por eco Doppler. De los 275 pacientes ingresados, 67 fueron excluidos por no contar con el Doppler carotídeo. Se definió enfermedad de tronco de coronaria izquierda (TCI) como no significativa < 50% o severa > 50% y para el resto de las coronarias, se clasificaban en lesiones no severas en caso de obstrucciones < 70% o severas > al 70% u ocluidas. Para las arterias carótidas se las clasificó en 5 categorías: normales o placas, lesiones menores al < 50%, > 50%-< 70%, > 70% y ocluida. La correlación se evaluó mediante el test de Spearman para variables de distribución no normal y el resto con chi cuadrado.

Resultados: La mediana de edad fue de 67 años (59-74), el 52% eran tabaquistas o extabaquistas, 76% hipertensos, 68% dislipémicos, 20% diabéticos con 3% insulino requirientes y 45% obesos. El 21% tenían antecedentes de infarto de miocardio y el 9,6% de accidente cerebro vascular (ACV) En el 84,1% se realizó cirugía de revascularización miocárdica (CRM), el 8,2% plástica mitral (PM), 6,3% reemplazo valvular (Rv) mitral y 33% reemplazo aórtico. El 27,4% tenían enfermedad de TCI severo, el 40% lesiones severas en la descendente anterior y en el 52% presentó lesiones severas en tres o más vasos, por otro lado, el 9,6% tenían enfermedad carotídea severa. Se observó una tendencia en la correlación entre la extensión de la enfermedad coronaria medida en número de vasos, con la severidad de la enfermedad carotídea. El 61% de los pacientes con carótidas normales o con presencia de placas, no presentaron enfermedad coronaria. El 38,9% de los pacientes con oclusión carotídea, el 31,5% de los pacientes con carótidas severas y el 23,4% con obstrucciones moderadas (> 50% - < 70%) tuvieron 3 o mas vasos comprometidos. El 10% presentó ausencia de enfermedad coronaria severa con lesión carotídea severa. (Spearman =0,066) La presencia de lesiones carotídeas severas no correlacionó con el infarto de miocardio (chi Pearson 0,162), ACV (chi Pearson 0,698), ni muerte postoperatorio (chi Pearson 0,919) Tres pacientes se realizaron endarterectomía mas CRM, dos sincrónicas y una en pasos (staged), ninguna tuvo complicaciones.
Conclusiones: Existe una correlación positiva entre la severidad y extensión de la ateroesclerosis coronaria con la severidad de la enfermedad carotídea. Cuando mayor es la gravedad y extensión de la enfermedad coronaria mayor es la severidad de la enfermedad carotídea.

0271 - 1- SOSPECHANDO LA ETIOLOGÍA DEL SÍNCOPE POR LA ANAMNESIS: RELACIÓN ENTRE LA DESCRIPCIÓN DEL EPISODIO Y LOS ANTECEDENTES CLINICOS.

Dra. RUIZ, Graciela Aurora | AVERSA, Eliana | CHIRIFE, Raul | TENTORI, Maria Cristina | GRANCELLI, Hugo | PERFETTO, Juan Carlos | NOGUES, Martin

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "JUAN A. FERNANDEZ" - FLENI

Objetivos: En un estudio previo hemos observado que, utilizando criterios clínicos habituales, sólo en un pequeño número de pacientes la descripción del episodio sugiere una etiología única. Sin embargo, otros datos de la anamnesis son habitualmente considerados durante el proceso diagnóstico. Objetivo: Evaluar la relación entre la sospecha diagnóstica proveniente de la descripción del episodio y la sugerida por los antecedentes clínicos.

Materiales y Métodos: 172 pacientes consecutivos con síncope contaron con una historia clínica detallada y completaron un exhaustivo cuestionario sobre la descripción del episodio. Dos sistemas de puntaje fueron elaborados: a) un puntaje de descripción del episodio (PD) teniendo en cuenta las circunstancias, pródromos y recuperación durante el síncope y b) un puntaje clínico (PC) que tuvo en cuenta a la edad, los antecedentes personales y familiares, y el número y tipo de medicación. Las sospechas etiológicas fueron clasificadas en reflejas, hipotensivas, cardíacas, neurológicas, psiquiátricas e indeterminadas. Ambos sistemas de puntaje fueron correlacionados para cada sospecha etiológica.

Resultados: Correlación (r de Spearman) PD-PC (y sus componentes: antecedentes personales, familiares y medicación) para diversas sospechas etiológicas.

	Puntaje Clínico Total			
Sospecha Etiológica		Antecedentes Personales	Antecedentes Familiares	Medicación
Refleja	0,19 (0,0008)	0,25 (0,0007)	-0,05 (ns)	0,19 (0,03)
Hipotensiva	0,16 (0,03)	0,13 (ns)	--	0,15 (ns)
Cardíaca	0,19 (0,01)	0,22 (0,002)	-0,05 (ns)	0,03 (ns)
Neurológica	0,02 (ns)	0,01 (ns)	-0,08 (ns)	0,09 (ns)
Psiquiátrica	0,10 (ns)	0,10 (ns)	--	--
Indeterminada	0,01 (ns)	0,03 (ns)	-0,03 (ns)	-0,03 (ns)

Conclusiones: La sospecha etiológica por la descripción del episodio se correlaciona de manera significativa pero muy débil con la obtenida mediante los antecedentes clínicos en el caso de las categorias refleja, hipotensiva y cardíaca. Las otras categorías no muestran correlación entre los antecedentes clínicos y la descripción. En un alto número de pacientes los distintos componentes de la anamnesis no proveen una información coincidente en cuanto al posible mecanismo del síncope.(p ej. pacientes con cardiopatia sugestiva de posible causa "taquiarritmica" con descripción característica de cuadro vasovagal).

0272 - ANAMNESIS EN EL PACIENTE CON SÍNCOPE: CONCORDANCIA DE LA PRESENTACIÓN MALIGNA EN DIFERENTES EPISODIOS

Dra. RUIZ, Graciela Aurora | FALCONI, Estela | CHIRIFE, Raul | GRANCELLI, Hugo | TENTORI, Maria Cristina | NOGUES, Martin

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "JUAN A. FERNANDEZ" - FLENI

Objetivos: La cualidad "maligna" de un episodio sincopal tiene dos asepciones: a) la presentación maligna (PM) relacionada con traumatismos o hipoxia cerebral prolongada y b) la potencial malignidad etiológica (EM) (cardiovascular) asociada a mayor riesgo de mortalidad. En un estudio previo observamos que cuando el paciente refiere mas de un episodio, la descripción del mismo frecuentemente varia de uno a otro. El objetivo del presente estudio es el de evaluar la concordancia de la presentación maligna en diferentes episodios en el mismo paciente.

Materiales y Métodos: 147 pacientes (49.2±21, 65% mujeres) con >=2 episodios sincopales en los últimos 2 años completaron un exhaustivo cuestionario describiendo los últimos (hasta) 4 episodios. PM se definió por 4 variables: ausencia de pródromos, traumatismo, duración > 5 min., incontinencia urinaria o fecal. EM se definió por: síncope en ejercicio o posición supina, pródromos cardiológicos o ausentes y cianosis. Se le adjudicó un valor de 1 a la presencia de cada variable siendo el puntaje máximo de 4 para PM y 3 para EM. Puntaje > de 0 definió "episodio maligno" para PM o EM. Se indica la prevalencia de episodios malignos y la concordancia en el puntaje malignidad entre episodios.

Resultados: Se analizaron 440 episodios en 147 pacientes.
Prevalencia de episodios malignos: 252/440 (57%) para PM y 133/440 (30%) para EM. De 71 pts cuyo último episodio fue benigno, 32 (45%) presentaron algún criterio de malignidad en un episodio previo.
El porcentaje de pacientes con concordancia de PM en los 2 últimos episodios fue de 53.7% y de ME 73%. La concordancia fue menor al considerar 3 ó 4 episodios previos.

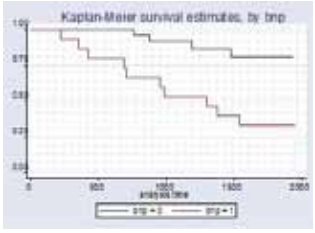
Conclusiones: La característica maligna del síncope es variable entre episodios en un mismo paciente. Muchos pacientes cuyo último síncope fue benigno presentan algún criterio de malignidad en episodios previos. Estos hallazgos son importantes al considerar a la descripción del episodio como un instrumento para la estratificación de riesgo.

0273 - VALOR PRONÓSTICO DEL BNP EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES EN DIALISIS. CUATRO AÑOS DE SEGUIMIENTO.

Dr. BLURO, Ignacio Martin | MASSON JUAREZ, Walter | ARIAS, Anibal | FALCONI, Mariano | DE MIGUEL, Raul | ROSA DIEZ, Guillermo | CRUCELEGUI, María Soledad | OBERTI, Pablo

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en los pacientes en diálisis. El BNP demostró predecir mortalidad y eventos cardiovasculares en diversas poblaciones, pero éste se encuentra habitualmente elevado en la población en diálisis y varía si es evaluado pre o post hemodiálisis. El presente trabajo pretende evaluar el rol del BNP para predecir eventos cardiovasculares en esta una población de pacientes en diálisis y determinar un valor de corte de BNP para la misma.



Materiales y Métodos: Se estudiaron en forma prospectiva 52 pacientes en tratamiento dialítico (36 en hemodiálisis y 16 en diálisis peritoneal). A la totalidad de los pacientes se les dosó el nivel de BNP plasmático predialisis y en 29 de los individuos en hemodiálisis se obtuvó tambien el dosaje de BNP postdialisis. A todos los pacientes se les realizó un ecocardiograma Doppler Color con medición preespecificada de parámetros de función sistólica y diastólica. Se siguió a 50 individuos por una media de 3.7 años, totalizando 63035 pacientes día de seguimiento.
Resultados: La edad media fue de 53±16 años y el 56% de la población eran mujeres, Las causas de diálisis eran 28% glomérulopatias,20% poliquistosis renal, 16% diabetes, 16% HTA y 20 % otras causas. Tres individuos (6%) tenían antecedente de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) , 2 (4%) tenían antecedente de insificiencia cardíaca (IC) y 3 (6%) tenian antecedente de fibrilación auricular. La fracción de eyección media fue de 58±8% y 66% tenían signos ecocardiográficos de disfunción diastólica. La media del BNP pre y post diálisis fue 480±656 pg/ml, y 386±384 pg/ml respectivamente, mientras la mediana fue 234 pg/ml y 219 pg/ml respectivamente, observandose un descenso post diálisis de 16±11%. Luego de una media de 3.7 años de seguimiento 16 pacientes se trasplantaron por lo que se consideraron como datos censurados a los fines del análisis estadístico. Se registraron 12 muertes y 3 síndromes coronarios agudos no fatales. Se realizó una curva ROC y tras establecer el punto de Yunden se determinó que una concentración plasmática prediálisis de 375 pg/ml de BNP correspondía al valor con mayor capacidad de discriminación de eventos. (sensibilidad 75% y especificidad 82% para muerte y S 73 y E 85% para muerte e IAM). Mientras que el valor con mejor desempeño diagnóstico post diálisis fue de 345 pg/ml. La mortalidad entre los pacientes con BNP < 375 pg/ml fue 8.8%, mientras que la mortalidad entre aquellos con bnp >375 pg/ml fue 56.25% (p=0.0012). La tasa de mortalidad entre los pacientes con BNP menor a 375 pg/ml prediálisis o menor a 345 pg/ml post diálisis fue 3.34 por cada 100 pacientes año, mientras que entre aquellos con BNP mayor a 375 pg/ml pre-diálisis o 345 pg/ml post-diálisis fue 20.77 cada 100 pacientes año; siendo, por lo tanto, el riesgo relativo de muerte de los pacientes con BNP elevado frente a aquellos con BNP bajo de 6.12 (IC 95 1.84-26.77). Esta asociación se mantuvo luego de ajustar por el sexo, edad, tipo de diálisis, fracción de eyección y parámetros de función diastólica.
Conclusiones: El valor de BNP plasmático medido ya sea previo a una sesión de hemodiálisis o diálisis peritoneal o posterior a una sesión de hemodiálisis es un predictor independiente de mortalidad alejada.

0274 - MODIFICACIONES RELACIONADAS CON LA EDAD EN EL ELECTROCARDIOGRAMA DEL DEPORTISTA.

Dr. PEIDRO, Roberto Maximino | Dra. BRION BARREIRO, Graciela Beatriz | Dr. CASTIELLO, Gustavo Gabriel | Dr. BRUZZESE, Martin Fernando | MAURO, Sergio

CONSEJO DE ERGOMETRÍA Y REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR. SAC - FUTBOLISTAS ARGENTINOS AGREMIADOS

Objetivos: Introducción: existen variables en el electrocardiograma (ECG) del deportista que pueden llevar a considerarlo anormal. Consensos internacionales han identificado características que motivan segundos niveles de evaluación, mientras otras son consideradas modificaciones habituales por el deporte. En algunos casos no se tienen en cuenta edad y tiempo de entrenamiento para las decisiones a tomar.
Objetivos: observar y comparar características del ECG de reposo en deportistas adolescentes y juveniles mayores en período de entrenamiento.

Materiales y Métodos: se evaluaron ECG en 210 futbolistas entrenados de planteles profesionales y de divisiones menores de instituciones de primera y segunda divisiones del fútbol argentino. Se dividió a la población en dos grupos: 1.- < de 20 años y 2.- = ó > 20 años (menores de 35 años). Se compararon frecuencia cardíaca (FC), intervalo PR, presencia de elevación del punto J en derivaciones laterales (J lat) y precordiales derechas (J V1V2), ondas T negativas en 2 derivaciones consecutivas (no AVR, D3, V1), voltaje de R en V5 ó V6 (voltaje mayor), eje eléctrico del QRS e intervalo QTc. Estadistica: chi cuadrado y test de T para datos no apareados.

Resultados: La presencia de ondas T negativas en 2 derivaciones consecutivas se observó en 10 ECG (4,76%). En 6 del grupo de menores de 20 años (3,57%) y en 4 del grupo de mayores (9,52%) (p 0.1 NS).Tampoco hubo diferencias significativas entre los 2 grupos con respecto al voltaje de R en V5-V6 (Grupo 1: 26.4 +/-7.3mV; Grupo 2: 25.4 +/- 8.7, p=0.5) ni a los valores del QTc (Grupo 1: 411.5 +/- 23.4 mseg.; Grupo 2: 407.2 +/- 21.6, p=0.3).

Edad	< 20 años (168)	= ó > 20 años (42)	p
FC (latidos/minuto)	72 +/-14.4□	53,7 +/-9.9	<0.0001
PR (mseg)	146.5 +/-20.1□	165.7 +/-17.8	<0.0001
J lat (nº / %)	57 (33.9%)□	29 (69,04%)	<0.0001
J V1 V2 (nº / %)	132 (78,57%)□	38 (90,47%)	0.05
Eje eléctrico QRS (º)	+ 66.9 +/- 23.3□	+ 56.9 +/- 21.6	0.001

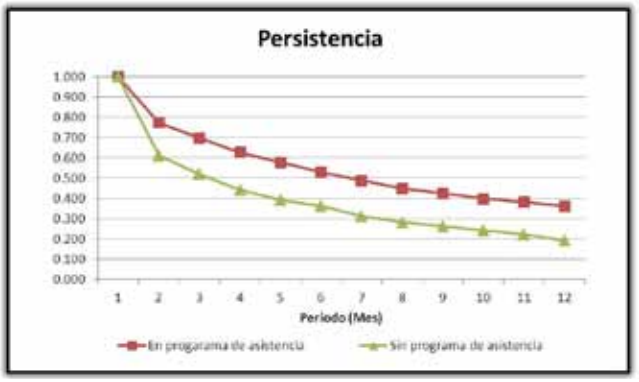
Conclusiones: Existen diferencias en varias características electrocardiográficas según la edad del deportista joven de alto rendimiento. Estas variaciones podrían estar relacionadas con los años de entrenamiento sistemático y sería necesario tener en cuenta a la edad del deportista en la evaluación inicial con ECG de reposo.

0275 - PERSISTENCIA AL VALSARTÁN EN PACIENTES QUE PARTICIPAN EN PROGRAMAS DE ASISTENCIA

Dr. MORENO, Santigo | BONELLI, Pablo Esteban | Dr. GIORGI, Mariano Anibal | GALDOS, Monica Romina | MASTRODONATO, Yesica Albana | TROMBA, Luciana Soledad

SWISS MEDICAL MEDICINA PRIVADA - FLENI

Objetivos: La persistencia (adherencia a la medicación a lo largo del tiempo) en los tratamientos es uno de los determinantes de la efectividad en el manejo de la hipertensión. El uso de programas de asistencia (educación y promoción de salud) mejora la persistencia en tratamientos crónicos en otros países. Nuestro objetivo es evaluar la persistencia al tratamiento con valsartán en pacientes (p.) incluidos o no en programas de asistencia en nuestro medio.
Materiales y Métodos: Se seleccionó, de la base de datos de una empresa de medicina prepaga de cobertura nacional, 1462 p. que se encontraban bajo tratamiento con valsartan en enero de 2009 y se los evaluó hasta enero de 2010. De ellos 620p (42.4%) se encontraban participando de un programa de asistencia. Se definió programa de asistencia al que brindaba seguimiento telefónico y charlas informativas a cargo de cualquier institución de salud. Se definió persistencia (según ISPOR) al periodo en el cual el paciente adquiría el fármaco, siempre y cuando el tiempo entre las adquisiciones no fuera superior a 1,5 veces al periodo del tratamiento recetado. Para evaluar la persistencia se utilizó el método de Kaplan y Meier y las diferencias entre las curvas por el Long-Rank Test.
Resultados: Las edades promedio de los pacientes fueron de 61 y 60 años, el sexo masculino de 57% y 56%, dentro y fuera de los programas respectivamente. El 36% de los pacientes que participan de un programa de asistencia persisten al año de tratamiento frente al 19% de los que no participan (HR: 0.63, IC 95%: 0.56 a 0.71; p<0.001).



Conclusiones: La persistencia al fármaco es mayor en pacientes que participan de programas de asistencia. Esto refuerza la necesidad de complementar la medicación con medidas de educación para la salud.

0276 - VALOR PRONÓSTICO DEL VOLUMEN DE LA AURÍCULA IZQUIERDA EN LA INSUFICIENCIA MITRAL ORGÁNICA ASINTOMÁTICA.

Dr. ARIAS, Anibal Martin | PIZARRO, Rodolfo | OBERTI, Pablo | FALCONI, Mariano | LUCAS, Luciano | SOSA, Federico | FUNES, Diego | CAGIDE, Arturo

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Determinar el valor pronóstico del volumen de la aurícula izquierda en pacientes con insuficiencia mitral orgánica asintomática.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 144 pacientes con una mediana de seguimiento de 1011 (8-1669) días con insuficiencia mitral (IM) moderada y severa asintomática de causa orgánica. Se definió un punto final combinado que consistió en disnea o disfunción ventricular sistólica.

Resultados: La edad media de la población fue de 70,77 ± 12,12 años, el 65,97 % fueron mujeres, la fracción de eyección promedio fue de 65,67 ± 4,80 %, la media del área del orificio regurgitante efectivo (AORE) fue de 0,47 ± 0,11 cm², y la media de volumen de aurícula izquierda indexado a superficie corporal (VAII) fue de 50,50 ±18,80 ml/m². La mortalidad global de la cohorte fue de 8,33% y alcanzaron el evento combinado 54 de 144 pacientes (37,50 %). La sobrevida libre del evento combinado al año, a los 2 años y a los 3 años fue significativamente menor en los pacientes con VAII >=; 55 ml/m² (75 %, 58 % y 43 %) respecto a los pacientes con VAII < 55 ml/m² (95 %, 89 % y 77 %), log Rank test=15,38, p=0.0001. Aquellas variables que se asociaron en forma independiente al evento combinado en el análisis multivariable fueron: VAII >=; 55 ml/m²: OR 2,37 (IC 95% 1,08 -5,15), p=0.030; AORE >=; 0,55 cm²: OR 2,76 (IC 95 % 1,22-6,23),p=0,015; y tiempo de desaceleración (TD): a mayor TD menor probabilidad de evento combinado: OR 0,98 (IC 95% 0,98 – 0,99), p= 0,011. Cuando se analizó el cambio de VAII en el seguimiento, también se observó una asociación estadísticamente significativa e independiente con el evento combinado: VAII >=; 14 ml/m²: OR 6,47 (IC 95% 2,94 - 14,25), p< 0,001; AORE >=; 0,55 cm2: OR 2,87 (IC 95 % 1,21 -6,80), p=0,017; TD (a mayor TD menor probabilidad de evento combinado): OR 0,99 (IC 95% 0,98 - 0,99), p= 0,033.

Conclusiones: La medición del volumen de aurícula izquierda basal y el incremento del mismo en el seguimiento predicen una evolución adversa en los pacientes con IM moderada y severa asintomática.

0277 - CARACTERISTICAS DE LA HIPERTENSION ARTERIAL Y SU REPERCUSION CARDIOVASCULAR EN UNA POBLACION A 3000 METROS DE ALTURA

Dr. PIERONI, Pablo Gustavo | ELEIT, Guillermima | GONZALO, Perez | Dr. LESCANO, Adrian Jose | PAZ, Sebastian | METTINI, Silvana | OVEJERO, Rodrigo Abel | IGLESIAS, Ricardo

FUNDACION CARDIOLOGICA ARGENTINA - CONSEJO ARGENTINO DE RESIDENTES DE CARDIOLOGIA

Objetivos: Analizar el comportamiento de la presión arterial y la correlacion con la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) en una población a 3000 mts de altura.

Materiales y Métodos: Se diseño un estudio epidemiológico, observacional, descriptivo y transversal en una población de Humahuaca (provincia de Jujuy-Argentina), realizada por un equipo de salud los días 22 y 23 de Noviembre de 2010.
Por medio de una encuesta auto referida e interrogatorio se determino el conocimiento previo de esta patología y su tratamiento. Con monitores digitales validados (Omron), en condiciones de reposo se evaluó los niveles de tensión arterial sistólica y diastólica (TA) (3 tomas con intervalos de 2 minutos), se realizó electrocardiograma (ECG) de doce derivaciones y ecocardiograma doppler (ecógrafo Micromax, Sonosite, con transductor de 2.5 MHz y 2 operadores con experiencia). Se definió criterios de hipertrofia electrocardiográfica con un índice de R en V6 y S V1 > 30. El criterio ecocardiográfico fue un septum interventricular mayor de 12 mm.

Resultados: Se analizaron 173 pacientes consecutivos, con una edad promedio 52 años, el 68% fueron mujeres.
Con respecto HTA, el 32% refería ser hipertenso y el 26% lo negaba, mientras que 42% lo desconocía.
En el grupo que no refería HTA, se encontró un 15% de pacientes con cifras de HTA grado I-II (media de 153/91 mmHg +/- 11/13 mmHg), un 3.4% presentaba signos de HVI por ECG y un 19% por ecocardiograma.
Por otro lado, en grupo que refería HTA, un 36% se encontraba bajo tratamiento farmacológico; de ese 36%, la TA media fue 149/91 +/- 32/16 mmHg, un 60% presentaba HTA no controlada y un 20% presentaba signos de HVI por ECG y ecocardiograma. Del grupo que refería HTA, llamativamente sólo el 3.5% de estos pacientes presentaba criterios de HVI por ECG y un 16% por ecocardiograma.

Conclusiones: En nuestra población analizada a 3000 metros de altura se observa un alto porcentaje de desconocimiento sobre la presencia de HTA y un elevado numero de individuos con registros elevados durante la consulta. Asimismo, se observa una desproporción entre los criterios electrocargiográficos y ecocardiográficos de hipertrofia ventricular izquierda.

0278 - ANÁLISIS ECOCARDIOGRÁFICO ESTRUCTURA-FUNCIÓN BASAL Y A DOCE MESES DEL POSTOPERATORIO EN ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA SINTOMÁTICA CON FUNCIÓN SISTÓLICA CONSERVADA

Dr. HITA, Alejandro | Dr. DONATO, Pablo Martin | Dr. BARATTA, Sergio Juan | Dr. CHEJTMAN, Demian | Dr. BENTICUAGA NAVA, Alejandro Daniel | MORALES, Celina | Dr. NAVIA, Jose | Dr. GELPI, Ricardo Jorge

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE MEDICINA

Objetivos: Diferentes trabajos han evaluado parámetros clínicos y ecocardiográficos predictores de evolución en la estenosis aortica severa sintomática (EASS) luego del reemplazo valvular, el análisis de función ventricular y de nuevos parámetros ecocardiográficos que evalúan deformación miocárdica y estructura en pacientes (p) con EASS e hipertrofia compensada no es clara. Evaluar parámetros ecocardiográficos de función ventricular, deformación longitudinal: strain por speckle traking (2DS) y estructura, backscatter estático por Doppler tisular (BCKE) basal y a doce meses luego del reemplazo valvular en un grupo de p con EASS y función sistólica conservada.

Materiales y Métodos: Se estudiaron 15 p, 65,5 ±11,5 años, sexo masculino 58% con EASS, evaluando función sistólica y deformación miocárdica basal y a doce meses del reemplazo valvular: fracción de eyección y acortamiento mesoparietal (FAM), 2DS, BCKE, y se obtuvieron biopsias intraoperatorias para determinar volumen del colágeno intersticial (VCI) y área miocitaria (µm2).

Resultados: Se analizaron 15 p , el VCI basal fue de 8,5% ±0,8. Los parámetros basales y a 12 meses de los 15 p fueron: a) índice de masa ventricular (g/m2) 209±8,6 y 140±6.1(p=0.027), b) FEY (%) 69.3±9.6 y 67.1±6.5 (p=ns), c) FAM (%) 22.87±7.0 y 20±7.2 (p=ns), d) 2DS (%) -10.7±2.7 y -17±1.8 (p=0.001), e) BCKE (Db) 34.8±6.7 y 22.9±4.75 (p=0.0001), respectivamente.

Conclusiones: Los pacientes con EASS y función sistólica del VI conservada presentan una reducción de la masa ventricular con índices ecocardiográficos basales de estructura y deformación alteradas que se normalizan a los 12 meses.

0279 - SELECCION DE PACIENTES CON ESTENOSIS AORTICA SEVERA DE ALTO RIESGO Y RESULTADOS EN UN CENTRO CERTIFICADO EN EL REEMPLAZO VALVULAR AORTICO PERCUTANEO

Dra. AGATIELLO, Carla Romina | FALCONI, Mariano | MARENCHINO, Ricardo | FERNANDEZ, Alejandro Diego | ROJAS MATAS, Carlos | GRINFELD, Liliana | BATTELLINI, Roberto | BERROCAL, Daniel

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: El reemplazo valvular aórtico percutáneo (RVAP) demostró ser una opción eficaz en el tratamiento de pacientes con estenosis aortica severa de alto riesgo o contraindicados a cirugía(Partner A). Cada centro requiere de un equipo multidisciplinario para la implementación de un programa RVAP exitoso.
Objetivos: Revisar la selección de pacientes, los procedimientos realizados en la etapa de certificación del centro y su seguimiento a 2 años del primer caso realizado

Materiales y Métodos: Estudio observacional prospectivo analizando la selección de pacientes portadores de estenosis aortica severa derivados como potenciales candidatos para RVAP, desde enero de 2007 hasta mayo 2011. Se incluyeron 138 pacientes mayores de 70 años, con EA severa aislada, sintomáticos, con Euroscore Logístico (ES)>15%, se analizaron variables clínicas, el sometimiento a RVAP y las complicaciones en el seguimiento.
Los pacientes aptos para RVAP fueron realizados bajo anestesia general, por diseccion femoral o subclavia en sala de Hemodinamia. Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado en presencia de testigo. Fueron premedicados con aspirina 100mg y clopidogrel 75mg.
En todos los casos el equipo multidisicplinario RVAP estuvo intergrado por 2cardiologos intervencionistas, 1 cirujano cardiovascular, 1 ecocardiografistas, 1 anestesista, 2 enfermeros y 1 proctor que evaluaba la performance del centro en el aprendizaje de la tecnica.

Resultados: De 138 ptes analizados, 60 fueron considerados candidatos quirúrgicos, 10 con comorbilidad extrema, 15 asintomáticos. De los 53 pacientes considerados pasibles para RVAP por ES>15%, fueron sometidos a RVAP 18 casos. 11/18mujeres, con una media de edad de 78±8 años, Euroscore log 22±4.5, STS calculado de 10±3. El anillo promedio estimado fue de 22.17±2mm, 17/18accesos transfemorales por disección y 1 acceso subclavio.
Se observo un descenso del gradiente transvalvular aórtico de 53±15 a 8±2(p<0.001) y un aumento del área valvular aortica de 0.63 a 1.6cm2(p<0.001). Tres pacientes requirieron marcapaso definitivo, 1pte necesito una talla vesical por complicación en la colocación de sonda vesical, una colecistitis que requirió tratamiento antibiótico. 1pte falleció por complicación arterial antes del implante de la bioprotesis percutanea, 1 pte falleció en día 5 por insuficiencia renal reagudizada y falla multiorganica. 16/18pacientes se encuentran vivos y sin reinternaciones.

Conclusiones: Sólo el 13% de los pacientes derivados fueron operados mediante RVAP. El 43% fue re direccionado a RVA quirúrgico. La selección de los pacientes requirió de un equipo multidisciplinario, que conociera las indicaciones y contraindicaciones de la técnica RVAP. Los resultados alejados de los pacientes operados mediante RVAP fueron muy promisorios para la ampliación de la indicación en un futuro .

Indice de Autores

ABELLA, Ines	Oral:127
ABELLO, Mauricio	Oral:81 Poster:192
ABELLO, Mauricio Sebastián	Oral:95,99, 130 Poster:139, 140
ABUD, José	Poster:176,181
ACCERBONI, Gabriel	Poster:236
ACEVEDO, Pablo	Oral:34 Poster:266, 267
ACKERMAN, Judith	Oral:71
ACOSTA, Adriana	Oral:59
ACUNZO, Rafael Salvador	Poster:171,175
ADILARDI, Alejandro	Poster:217
AFFATATO, Susana	Oral:123
AGATIELLO, Carla Romina	Oral:39 Poster:279
AGUIRRE, Sofia	Oral:7
AGUSTIN, Fernandez	Oral:24
AHUAD GUERRERO, Rodolfo	Poster:239
AHUALLI, Luis	Poster:249
AIUB, Jorge	Oral:47
ALASIA, Diego	Oral:9
ALBANO, Felix	Oral:2, 101 Poster:212, 265
ALBERTAL, Mariano	Poster:166
ALBINA, Gastón	Oral:97, 98 Poster:169, 170, 172, 173 Poster:174
ALBORNOZ, Marcela	Oral:104
ALCARAZ, Olga Andrea	Oral:103
ALDAY, Luis	Poster:135, 195
ALFIE, Alberto	Oral:11, 100 Poster:193
ALLENDE, Gustavo	Poster:200
ALLENDE, José	Poster:230
ALLIN, Jorge	Oral:44
ALLUB, Alejandro	Oral:74, 75 Poster:133
ALMIRON, Norberto	Oral:47
ALONSO, Analia Mabel	Oral:120, 122, 123
ALONSO, Karina	Oral:99, 130
ALONZO, Claudia Beatriz	Oral:46 Poster:233
ALTABES, Maria	Oral:76
ALVAREZ SEVILLANO, Juan	Oral:114
ALVAREZ, Alejandro	Oral:115
ALVAREZ, Carlos	Poster:263
ALVAREZ, Paulino	Poster:250
ALVAREZ, Sabrina	Oral:60
ALVES DE LIMA, Alberto	Poster:155, 156, 168
AMBROSIO, Giuseppe	Oral:30 Poster:261
AMOR, Miguel	Oral:79
ANDERSEN, Gustavo	Oral:121
ANDRES, Maria Sol	Poster:181
ANGEL, Adriana	Oral:9, 84
ANGELINO, Arnaldo	Poster:228, 255, 256, 257
ANTONI, Diego	Poster:131, 132
ARAGON, Martin	Poster:185
ARAMAYO G., Natalia	Oral:83
ARELLANO, Juan	Poster:149, 198
ARGAÑARAZ, Lautaro	Oral:70
ARGENTO, Laura Vanina	Oral:122
ARIAS, Anibal Martin	Oral:64, 108 Poster:232, 273, 276
ARIAS, Sergio	Oral:41
ARIS CANCELA, Maria Esther	Oral:112 Poster:163
ARISTIMUÑO, Guillermo	Oral:34 Poster:266, 267
ARLIA CIOMMO, Andrea	Oral:65
ARMENTANO, Juan	Oral:99, 130
ARNOLD, Roman	Oral:63, 78
ARRANZ, Cristina Teresa	Oral:7, 8, 10
ARRINDA, Javier	Poster:151
ARTES, Nicolas	Poster:237, 238
ARZANI, Yanina	Oral:89, 91
ASENJO, Alberto Rubén	Poster:259
ATAMAÑUK, Nicolas	Poster:247
AUGER, Sergio Ricardo	Poster:236
AUGUSTOVSKI, Federico	Oral:103
AVEGLIANO, Gustavo	Poster:164
AVERSA, Eliana	Oral:104 Poster:271
AYMAT, Maria Rosa	Poster:167
AZZARI, Fabian	Oral:121
BADIMON, Juan Jose	Oral:86
BADRA, Raul	Oral:94
BAGLIONI, Pablo	Oral:117
BAGNATI, Rodrigo P.	Oral:64, 108
BALAZCZUK, Ana María	Oral:33 Poster:237, 238
BALBUENA, Ligia	Poster:194
BALLARINO, Daniel	Poster:252
BANILLE, Edgardo	Oral:75 Poster:134
BARATTA, Sergio Juan	Oral:40, 107, 109, 110 Poster:222, 278 Poster:216
BARBIERI, María Alejandra	Oral:25, 91
BARJA, Luis Dante	Oral:105 Poster:213, 214, 216, 217, 218, 219
BARRERO, Carlos	Oral:35, 36 Poster:143, 202, 208, 224
BARRETTA, Jorge Orlando	Oral:70, 76
BARRIO, Juan Pablo	Poster:269
BARRIOS, Cristina	Poster:256
BASELGA, Patricia	Poster:263
BASILIO, Francisco	Poster:229
BASSO, Nidia	Oral:32
BATTELLINI, Roberto	Poster:279
BATTISTON, Mario	Oral:20
BECK, Martin	Oral:27 Poster:207
BELARDI, Jorge	Oral:112 Poster:155, 156, 163, 164, 166, 168
BELZITI, Cesar Antonio	Oral:61, 62
BENINCASA, Fernando Diego	Oral:9
BENJAMÍN, Monica N.	Oral:74, 75 Poster:133, 195
BENTICUAGA NAVA, Alejandro Daniel	Oral:110 Poster:278
BENTKOWSKI, Mariana	Poster:241
BENZADON, Mariano N.	Oral:59 Poster:184, 185, 186, 189
BERENSTEIN, Cesar Damian	Poster:197
BERG, Gabriela	Poster:229
BERMAN, Sofía	Poster:263
BERMEJO, Emilse	Poster:227
BERNARDEZ, Diego	Oral:109
BERROCAL, Daniel	Poster:279
BERTERA, Facundo	Oral:5, 6 Poster:235
BETTINOTTI, Marcelo	Poster:165
BIANCOLINI, Fernanda	Oral:71 Poster:260
BILBAO, Jorge Alberto	Oral:110 Poster:214, 222
BINAGHI, Daniela	Oral:85
BIRGER, Alfredo	Oral:92
BISERO, Elsa	Poster:193
BLANCO, Federico Luis	Oral:118 Poster:148, 150, 152, 153
BLANCO, Gustavo	Poster:177, 181
BLANCO, Patricia	Oral:22, 96
BLANCO, Rodrigo Ignacio	Oral:67, 118, 120, 123 Poster:148, 150
BLEIZ, Jorge Alberto	Oral:124, 125 Poster:262, 264
BLÜGUERMANN, Carolina	Oral:28
BLURO, Ignacio Martin	Poster:273
BOCHOEYER, Andres	Oral:129 Poster:194
BOISSONET, Carlos	Oral:96
BONELLI, Pablo Esteban	Poster:275
BONOMINI, Paula	Oral:105 Poster:213, 214, 217, 218, 219
BONORINO, Jose Maria	Oral:40, 110
BORATTI, Maria Susana	Poster:245
BORRACCETTI, Mariela	Oral:54
BORRACCI, Raúl	Oral:113
BORREGO, Carlos	Oral:20
BOSALEH, María	Oral:1
BOSCARO, Marcelo	Oral:47
BOSSIO, Juan Carlos	Oral:41
BOTBOL, Alejandro	Poster:215
BOUCHET, Gonzalo	Oral:8
BOUGHEN, Roberto	Oral:23, 26
BOURBOTTE, Juan	Poster:242
BOYER, Mariana	Oral:21
BOZOVICH, Gerardo Edgar	Oral:13, 80, 89, 93 Poster:176

BRANDANI, Laura	Poster:256, 257
BRENA, Guillermo	Poster:254
BRESCACIN, Laura Estela	Oral:46 Poster:233
BRETAL, Raul	Poster:146, 147
BRIENZA, Silvina Edith	Oral:46 Poster:233
BRION BARREIRO, Graciela Beatriz	Oral:102 Poster:274
BRITO, Mariana	Poster:210
BRUNO, Eva	Oral:74
BRUNO, Linetzky	Oral:42
BRUNO, Rodrigo	Poster:254
BRUZZESE, Martin Fernando	Oral:102 Poster:228, 274
BUCHHOLZ, Bruno	Oral:29
BUCHTER, Valentín	Oral:33
BUDASSI, Nadia	Poster:269
BUENO, Nora	Poster:134
BUONTEMPO, Fabián	Oral:6
BUSTAMANTE LABARTA, Miguel	Oral:69 Poster:206
BUSTAMANTE, Julieta Maria	Oral:40
CABELLO, Mariana	Poster:231
CABREJOS HIGGINS, Gustavo	Oral:111
CABRERA, Marcelo	Oral:74 Poster:133, 134
CACCIAGIÚ, Leonardo	Poster:229
CACERES, Guillermo Luis	Oral:106
CACERES, Miguel	Oral:88 Poster:179
CAGIDE, Arturo Miguel	Oral:48, 51, 57, 108 Poster:142, 145, 209, 211, 232, 234, 276
CALDAS COLMAN, Fernando	Poster:176
CALDERON, Gustavo	Poster:158
CÁMERA, Luis	Poster:233
CAMERA, Luis Alberto	Oral:46
CAMPISI, Roxana	Oral:83
CAMPORROTONDO, Mariano	Oral:88
CANDIELLO, Alfonsina	Oral:112 Poster:163, 164, 166
CANET, Carlos	Poster:198
CÁNEVA, Alejandro	Poster:175
CÁNEVA, Jorge	Oral:23, 26 Poster:228
CANIFFI, Carolina	Oral:8, 10
CANIGGIA, Cristian Carlos	Oral:79
CAÑAS, Sebastián	Oral:9
CAPANO, Camilo	Poster:228
CAPELLI, Horacio	Oral:3, 4, 76
CAPUÑAY, Carlos	Oral:18, 19, 82 Poster:220, 221
CARDELLI ALCALDE, Daniela	Oral:7
CARDENAS, Cesar Mario	Oral:88,92 Poster:179, 180
CARMONA PUERTA, Raimundo	Poster:196
CARNERO, Guillermo	Oral:2, 101 Poster:212, 265
CARNEVALINI, Mariana	Oral:45, 86 Poster:179, 270
CARO, Maria de Los Milagros	Poster:174
CAROLI, Christian	Oral:12, 86 Poster:251, 270
CAROSELLA, Victorio Carlos	Oral:88 Poster:179
CARRASCOSA, Jorge	Oral:18, 19, 82 Poster:220
CARRASCOSA, Patricia Marina	Oral:18, 19, 82 Poster:220, 221, 225
CARRERO, Celeste	Oral:62
CARRERO, Maria Celeste	Oral:57
CARRIZO, Aldo Gabriel	Poster:243
CARROZA, Valeria	Oral:85
CARUGATI, Romina	Oral:71 Poster:260
CASABÉ, Horacio José	Oral:65
CASARINI, Maria Jesus F.	Poster:146, 147
CASSANO, Cecilia Maria	Poster:201
CASSO, Norberto Agustin	Oral:45, 49, 79, 81
CASTELLANO, José Luis	Poster:227
CASTELLANOS, Cecilia	Poster:191
CASTIELLO, Gustavo Gabriel	Oral:102 Poster:274
CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz	Oral:22, 35, 36 Poster:143, 202, 208, 224
CASTRO HEVIA, Jesús	Poster:196
CASTRO, Javier	Oral:116
CASTRO, Marcela	Poster:242
CASUSCELLI, Jorge Francisco	Oral:16
CAZALAS, Mariana	Oral:127
CENDOYA, Oscar	Oral:16
CERDA, Miguel	Oral:16
CERNIELLO, Flavia Micaela	Oral:10
CERRUTI, Fausto	Oral:14
CHAMBRE, Dionisio	Oral:121
CHAMORRO, Melina	Oral:33
CHARASK, Adrian	Oral:35, 36 Poster:143, 202, 204, 208, 224
CHÁVEZ GONZÁLEZ, Elibet	Poster:196
CHEJTMAN, Demian	Oral:107, 109, 110 Poster:222, 278
CHERRO, Alejandro	Oral:115 Poster:162
CHIALE, Pablo A.	Poster:171, 175
CHIAPPETTA, Diego	Oral:6
CHICHIZOLA, Nicolas	Oral:55 Poster:203, 240
CHIMINELLA, Fernando	Poster:165
CHIRIFE, Raul	Oral:81 Poster:271, 272
CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustin	Oral:60 Poster:158, 210, 244
CIAMBRONE, Graciana Maria	Oral:15, 58 Poster:199, 246
CIANCIULLI, Tomas Francisco	Oral:106 Poster:223
CICCALE SMIT, Antonella Del Carmen	Poster:177
CICOLINI, Alejandro	Oral:91
CIPRIANO, Silvina	Poster:143
CITATE, Graciela	Oral:73, 125, 128
CODAS THOMPSON, Juan	Poster:230
COGNINI, Luciano	Oral:53
COHEN ARAZI, Hernán	Oral:12,45,49,86,95, 99, 130 Poster:139, 140, 251, 270
COHEN, Laura	Poster:237, 238
COLOMBERO, Jorge Dario	Oral:81
COLOMBO, Mauricio	Poster:144
COMAS WELLS, Maria Fernanda Emma	Oral:92
COMEZAÑA, Cesar	Poster:269
COMIGNANI, Pablo Dino	Oral:15, 58 Poster:199,246
COMISARIO, Matias	Oral:34 Poster:266, 267
CONEJEROS, Willy	Poster:194
CORDERO, Diego Julio	Oral:84 Poster:268
CORIA, Maria Daniela	Poster:149,198
CORNELI, Mariana	Oral:53
CORNELIS, Carlos Javier	Oral:70
CORONEL, Roberto	Poster:215
CORRALES BARBOZA, Andrea N.	Poster:160
CORS, Jorge Miguel	Oral:80
CORTÉS, Claudia	Oral:16, 65
CORTÉZ QUIROGA, Gustavo	Oral:84
COSENZA, Sebastiàn	Oral:109
COSTA, Gustavo Alejandro	Oral:1, 11, 100
COSTA, María de Los Ángeles	Oral:7,8,10
COSTABEL, Juan Pablo	Oral:54 Poster:155, 157, 159, 160, 168
COSTELLO, Ramiro	Poster:180, 247
COTS, Claudia	Poster:197
COURTADE, Pablo	Oral:22
COYLE, Javier	Poster:250
CRESPO, Marcelo	Poster:151
CRISTODULO CORTEZ, Roberto	Poster:200
CROTTO, Karina Andrea	Poster:154
CRUCELEGUI, María Soledad	Poster:273
CRUZ, Osvaldo	Poster:190
CUELI, Andrea	Oral:125, 128
CULACIATI, Guillermina	Oral:77 Poster:225
CURA, Fernando	Oral:112 Poster:156, 163, 164, 166
CUROTTO GRASIOSI, Jorge	Oral:9, 84
DA ROSA, Walter	Poster:247
DAGHERO, Fernando	Poster:134
DAICZ, Mariana	Oral:16
DAK, Marcelo	Oral:9, 84
DAL FABBRO, Gabriela	Poster:191, 193
DAL FABBRO, Romina	Oral:1
DALL ASTA, Gonzalo	Poster:252
D'AMICO, Andres Eduardo	Poster:159
DAMONTE, Anibal	Oral:17
DAMSKY BARBOSA, Jesús M.	Oral:71, 72 Poster:260
DANIEL, Mauro	Oral:115

Indice de Autores

Indice de Autores

DANIELO, Rafael	Oral:80
D'ANNUNZIO, Verónica Irene	Oral:29, 31, 32
DAPONTE, Pablo	Oral:27
DAVREAUX, Diego	Poster:249
DE ABREU, Maximiliano	Oral:38, 52, 53, 56, 68, 87 Poster:204
DE DIOS, Ana Maria Susana	Oral:71,72 Poster:260
DE LA FUENTE GALÁN, Luis	Oral:78 Poster:248
DE LA MATTA, Luis	Oral:50 Poster:231
DE MATTEO, Elena	Oral:30
DE MIGUEL, Raul	Poster:273
DE MOLLEIN, Daniela Pilar	Poster:239
DE PAZ, Martín	Oral:37 Poster:230
DE ROSA, Miguel	Poster:236
DE ROSSI, Roberto	Oral:74, 75 Poster:133, 137
DE SAGASTIZABAL, Daniel	Oral:87
DE STEFANO, Luciano	Poster:211
DE URQUIZA, Ignacio	Poster:256
DE VALAIS, Fernando	Oral:27 Poster:207
DE ZULOAGA, Claudio	Oral:11, 100
DEGROSSI, Elina	Poster:226
DEL CAMPO CONTRERAS, Matilde Beatriz	Oral:111
DEL CASTILLO, Santiago	Oral:48
DELAMATA, Luis	Poster:255
DELGADO, Jorge	Oral:84
DELUCA, Carlos	Poster:252
DESCALZO, Amalia	Oral:115
DESCHLE, Hector Alfredo	Oral:77 Poster:225
DEVIGGIANO, Alejandro Dario	Oral:18, 19, 77, 82 Poster:220, 221
DEZAR, Gimena	Oral:41
DI GIROLAMO, Guillermo	Poster:250
DI LORETTO, Miriam	Poster:256
DI NUNZIO, Mariela	Poster:197
DI SANTO, Marisa	Oral:3 Poster:131, 132
DI TOMMASO, Fernando Ariel	Oral:14, 43
DI TORO, Dario Carlos	Oral:96
DIAZ BELTRAN, Lisandro	Poster:190
DIAZ, Bibiana Mercedes	Poster:223
DIAZ, Carlos	Poster:215
DIAZ, Hector	Oral:75
DÍAZ, Juan	Poster:134
DIEZ, Mirta	Oral:23, 26
DIONISIO, Gabriel	Poster:236
DIZEO, Claudio Alberto	Oral:60 Poster:158, 210, 244
DOMINE, Enrique Marcelo	Poster:201, 268
DONATO, Maria Sol	Oral:15, 58 Poster:199, 246
DONATO, Pablo Martin	Oral:29, 32 Poster:222, 278
DONO, Pablo	Poster:160
DOS SANTOS BEHERAN, Alfonso	Oral:16, 50 Poster:255
DOVAL, Hernán	Oral:38, 42, 56, 68, 87, 94 Poster:138, 204
DRUNDAY, Cristian	Poster:160
DUBROVSKY, Alberto	Poster:205
DULBECCO, Eduardo	Poster:176
ECHEVERRI, María C.	Oral:113
ECHEVERRIA, Fernando	Poster:266
EGÜES ALMEIDA, Rodrigo	Oral:73, 128
EGUES, Rodrigo	Oral:124, 125
ELEIT, Guillermina	Oral:44 Poster:157, 277
ELESGARAY, Rosana	Oral:8
ELIZARI, Marcelo V.	Poster:171, 175
ELIZARI, Maria Amalia	Oral:81
EMBON, Mario	Oral:16
ENCIZO, Elizabeth	Poster:144
ESCALANTE, Juan Pablo	Oral:55 Poster:203, 240
ESCARAIN, Maria Carolina	Oral:13, 25, 91, 93 Poster:178
ESCARDO, Juan Pablo	Oral:109
ESCORDAMAGLIA, Sergio	Oral:37 Poster:230
ESCUDERO CORREA, Teresa	Poster:190
ESEREQUIS, Elias	Oral:117
ESTEBANEZ, Maria Jose	Oral:39
ESTOFÁN, Mariano Daniel	Oral:50 Poster:206, 231
ETCHEVERRY, Maria Carolina	Oral:39
FABRIS, J P	Oral:4
FAGALDE, Guillermo	Poster:263
FAILO, Matias	Oral:54 Poster:157
FAIRMAN, Enrique	Oral:35, 36 Poster:143, 202, 243
FALCONI, Estela	Oral:86 Poster:270, 272
FALCONI, Mariano Luis	Oral:64, 108 Poster:209,211,232,273,276,279
FARINELLI, Carlos	Oral:43
FAVALORO, Liliana	Oral:23, 26
FAVALORO, Roberto Rene	Oral:13, 23,25,26,65,69,89,91, 93 Poster:176,177,178,181
FELDMAN, Juan Pablo	Oral:73, 124, 125, 128
FELLET, Andrea	Oral:33 Poster:237, 238
FERNANDEZ FRISANO, Gabriel	Oral:68
FERNANDEZ OSES, Pablo Andres	Poster:184, 186
FERNANDEZ PEREIRA, Carlos	Oral:115
FERNANDEZ, Agustin	Oral:44
FERNANDEZ, Alejandro	Oral:36
FERNANDEZ, Alejandro Abel	Oral:121
FERNANDEZ, Alejandro Diego	Poster:279
FERNÁNDEZ, Claudio César	Oral:21
FERNANDEZ, Germán	Oral:48
FERNANDEZ, Graciela Beatriz	Oral:126
FERNANDEZ, Horacio Enrique	Oral:40, 110
FERNANDEZ, Juan	Poster:149, 198
FERNANDEZ, María de Las Mercedes	Oral:61
FERNÁNDEZ, Mariana	Poster:191
FERNANDEZ, Mario	Oral:77 Poster:225
FERNANDEZ, Pablo A.	Poster:175
FERRADAS, Sandra Marcela	Oral:111, 126
FERRANTE, Daniel Carlos	Oral:42, 94 Poster:138
FERREIRA, Luis Mariano	Oral:37 Poster:230
FERRER, Leonardo	Poster:158
FERRIN, Liliana	Oral:72
FERRO, Alejandra	Oral:62
FERRONI, Fabian Edie	Oral:40, 110
FILIPINI, Eduardo Carlos	Oral:84
FILIPPA, Gerardo	Poster:197
FILIPUZZI, Juan Manuel	Oral:69
FITZ MAURICE, Mario Daniel	Oral:14,43 Poster:268
FLORES, Aime	Oral:114
FORCADA, Pedro Jose	Oral:107
FORCINITO, Daniela	Oral:60 Poster:158, 244
FRAGUAS, Hugo	Poster:176
FRANCHI, Victor Marcelo de Jesus	Oral:60
FRANCO, David Alejandro	Poster:215
FUENTES, Claudio	Poster:167
FUERTES, Fernando	Oral:119 Poster:161
FUNES, Diego Federico	Oral:64,108 Poster:209,276
GABE, Eduardo	Oral:50 Poster:231, 255
GADALETA, Francisco Leonardo	Poster:241
GADANO, Adrian	Oral:62
GAGLIARDI, Juan	Oral:38, 52, 67, 68, 87, 118, 120 Poster:148, 150, 153
GAGLIARDI, Juan Alberto	Oral:106, 122 Poster:152, 204, 227
GAIBOR BARBA, Juan Carlos	Poster:252
GALDOS, Monica Romina	Poster:275
GALIZIO, Nestor Oscar	Oral:2, 101 Poster:212, 265
GALLARDO GALEAS, Pablo	Oral:114
GALLARDO GALEAS, Pedro	Oral:117
GALLI, Amanda	Poster:239
GALLI, Matias	Poster:241
GALLINO, Sebastian	Oral:96
GALLUCCI, Emilce Mabel	Oral:25,91 Poster:178,182
GAMBARTE, Maria Jimena	Oral:15,58 Poster:199,246
GAMBAZZA, Nicolas	Poster:245
GAMBOA, Ricardo	Poster:132, 259
GANTESTI, Jessica Anabel	Oral:77 Poster:225
GANUM, Guillermo	Oral:16
GARATE, Maria Laura	Oral:65, 85
GARCIA ELEISEQUI, Roberto	Poster:198

GARCIA AURELIO, Mauro	Oral:35, 36 Poster:224
GARCIA DELUCIS, Pablo Hector	Oral:70
GARCIA ESCUDERO, Alejandro Mario	Oral:67,118,120, 122, 123 Poster:150,152,153
GARCÍA MÓNACO, Ricardo	Poster:211
GARCÍA MORÁN, Emilio	Oral:63 Poster:248
GARCÍA NÓBREGA, Yosvany	Poster:196
GARCIA, Alicia	Oral:79
GARCÍA, Mario	Poster:221
GARCIA, Pablo	Oral:54
GARCIA, Rubén	Poster:131
GARGANO, Agustina	Oral:2, 101 Poster:212, 265
GARIGLIO, Luis	Poster:151
GARRO, Hugo A.	Poster:175
GARY LLANES, Merlyn	Poster:196
GASTALDELLO, Natalio	Oral:56
GATICA, Mariana	Poster:191
GELPI, Ricardo Jorge	Oral:29,31,32 Poster:222,227, 278
GENNA, Carina	Oral:43
GENTILE, Jorge	Oral:1 Poster:191, 193
GERONAZZO, Ricardo Jose	Oral:83
GIACOMINI, Mauro Lucas	Oral:108 Poster:232
GIGENA, Gerardo Esteban	Oral:67, 118, 120,122,123 Poster:148, 150, 152, 153
GIL, Christian	Oral:66, 90 Poster:183,187,188,189
GINGINS, Mauro	Oral:77 Poster:225
GINIGER, Alberto Germán	Oral:97, 98 Poster:169,170,172,173,174,241
GIORGI, Mariano	Oral:86 Poster:247, 270
GIORGI, Mariano Anibal	Oral:12, 45, 49 Poster:275
GITELMAN, Patricia Carmen	Poster:154
GOIN, Ana	Oral:45, 49
GOLDSMAN, Alejandro	Poster:258
GOLDSMIT, Alejandro	Poster:165
GOMEZ MARQUEZ, Ramon	Poster:165
GÓMEZ SALVADOR, Itzíar	Oral:78
GOMEZ SANTA MARIA, Héctor	Oral:22 Poster:243
GOMEZ, Carmen	Oral:25
GOMEZ, Gaston	Oral:27 Poster:207, 236
GOMEZ, Luis	Poster:209
GOMEZ, Rolando	Poster:262, 264
GONDA, Maria Fernanda	Poster:223
GONZALEZ ORE, Bladimir	Oral:14
GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, Emilio	Poster:196
GONZALEZ VILLA MONTE, Gabriel	Oral:56
GONZALEZ ZUELGARAY, Jorge	Oral:103
GONZALEZ, Enzo	Oral:14
GONZALEZ, Gabriela E	Oral:72
GONZALEZ, Jose Luis	Oral:2, 101 Poster:212, 265
GONZALEZ, Juan Martin	Oral:92
GONZALEZ, Miguel Angel	Poster:155, 156
GONZALEZ, Nicolás	Oral:54,57 Poster:157,159,160
GONZALEZ, Sergio Ariel	Oral:107
GONZALEZ, Silvia	Oral:43
GONZALO, Perez	Poster:277
GORAL, Jorge Luis	Poster:208,224
GOROCITO, Marta	Poster:236
GRACIA, Mariana	Oral:24
GRAMAJO, Maria Jose	Poster:167
GRANA, Daniel Rodolfo	Oral:30 Poster:261
GRANADA AYALA, Carolina	Poster:143
GRANCELLI, Hugo Omar	Oral:42,81,88,94 Poster:138,179,239,271,272
GRANÉ, Ignacio	Poster:197
GRANJA, Miguel	Oral:71, 72
GRIMAU, Martin	Poster:202
GRINFELD, Diego	Oral:119 Poster:161
GRINFELD, Liliana	Oral:39, 119 Poster:161, 279
GRIPPO, Maria	Oral:127, 129 Poster:194, 258
GROMENIDA, Paolo Yoel	Oral:66, 90 Poster:183, 187, 188, 189
GUBERMAN, Alejandra	Oral:28
GUERCHI, Juan Pablo	Oral:81
GUERRI GUTTENBERG, Roberto	Oral:30 Poster:261
GUETTA, Javier	Poster:204
GUEVARA, Antonio	Poster:134
GUEVARA, Eduardo	Oral:65, 80 Poster:205
GUEVEL, Carlos	Oral:61
GUILLARDOT, Alcides Carlos	Poster:154
GUINJOAN, Salvador Martin	Poster:251
GULAYIN, Miguel Alejandro	Poster:254
GULAYIN, Pablo Elías	Poster:254
GURFINKEL, Enrique Pablo	Oral:85
GURIDI, Cristian	Oral:53, 56
GUSTAVO, Siles	Poster:183
GUTIERREZ, Blanca	Poster:167
GUTIERREZ, Diego Fausto	Poster:259
GUTIERREZ, Victor	Poster:269
GUZMÁN, Francisco	Oral:66, 90 Poster:183,187,188,189
HACHIM, Karem Dario	Oral:92
HADID, Claudio Leon	Oral:96
HEIBER, Julio	Poster:247
HENESTROSA, German	Poster:132
HERRERA PAZ, Juan Jose	Poster:245
HIGA, Claudio Cesar	Oral:15, 22, 58, 116 Poster:199, 246
HIRSCHER, Valeria	Oral:126
HIRSCHSON PRADO, Alfredo	Poster:201, 268
HITA, Alejandro	Oral:40, 107, 109, 110 Poster:213, 216, 222, 278
HÖCHT, Christian	Oral:5,6 Poster:235
HOMINAL, Miguel	Oral:55 Poster:203, 240
HUERTA, Clara Maria	Oral:26
IACOMETTI, Gilbert M.	Oral:40
IGLESIAS, Ricardo	Oral:24, 43, 44 Poster:159, 277
IGLESIAS, Ricardo Mario	Oral:14, 54 Poster:157
INGALLINA, Fernando	Oral:105 Poster:217
INGINO, Carlos	Poster:226, 230
INGUANZO, Pablo	Poster:131, 132
INI, Alexis Javier	Poster:249
INSAURRALDE, Fernando	Oral:34 Poster:266, 267
INSERRA, Felipe	Oral:107
IRIBARREN, Ana Carolina	Poster:156
JAIMOVICH, Guillermo	Oral:22, 108 Poster:232
JÁUREGUI, Agustin	Poster:205
JORAJURIA, Alejandro	Poster:259
JUANEDA, Ernesto	Oral:74, 75 Poster:133, 134, 135, 136, 137, 195
JUAREZ, Maria Laura	Poster:178
KAMLOFSKY, Matias	Oral:97 Poster:173
KANTOR, Pablo	Poster:149
KAZELIAN, Patricia	Poster:193
KEEGAN, Roberto Orlando	Poster:141, 269
KELLER, Guillermo	Poster:250
KEMPNY, Pablo Daniel	Oral:92
KENAR, Mario	Poster:219
KERBAGE, Soraya Dalel	Poster:228, 256
KIANG, Juan Alberto	Oral:70
KILLINGER, Carlos	Oral:111
KLEIN, Francisco	Oral:23, 26
KOCH, Fernando	Poster:167
KOCIUBINSKI, Pablo	Poster:262, 264
KONOPKA, Isabel V.	Poster:171
KORETZKY, Martin	Oral:20
KOROLOV, Yevgeniy	Poster:199
KOTLIAR LUBLIN, Virginia Carol	Oral:107
KOZAK, Fernando	Oral:17
KRAUSS, Juan	Oral:48, 51 Poster:234
LA MURA, A. Ricardo	Oral:37 Poster:230
LABADET, Carlos D.	Oral:96 Poster:223
LAFFAYE, Nicolas	Oral:58
LAFUENTE, Maria Victoria	Oral:3, 4
LAGIOIA, Alberto Manuel	Poster:149
LAGOS, Roberto	Oral:45, 49
LAIÑO, Rubén	Oral:97, 98 Poster:169,170,172,173,174
LALOR, Nicolàs	Oral:59 Poster:155
LAMASH, Yechile	Poster:221

Indice de Autores

LAMELAS, Pablo Manuel	Poster:168
LANGE, Juan Manuel	Poster:157
LANGHE, Juan	Poster:267
LAPRESA, Susana	Poster:239
LARRABURU, Alfredo	Poster:151
LARRIBAU, Miguel A.	Poster:162
LASAVE, Leandro Ignacio	Oral:17
LAURA, J	Oral:3
LAURA, Juan Pablo	Oral:70, 76
LAX, Jorge Alberto	Oral:67,106 Poster:148,223
LAZARIN, Omar	Oral:75
LAZZARI, María A	Poster:227
LEGUIZAMON, Jorge Hugo	Oral:117, 121
LEIVA, Gustavo Alfredo	Oral:117
LEONARDI, Mariela	Poster:158
LESCANO, Adrian Jose	Oral:24,27,44 Poster:180,198,207,247,277
LESSICK, Jonathan	Poster:221
LEVANTINI, Florencia	Poster:260
LIMA, Silvana	Oral:73, 124, 125, 128
LINIADO, Guillermo	Oral:96
LIPSZYC, Federico Martin	Poster:222
LIZZI, Carolina	Poster:257
LLANES CAMACHO, María Del Carmen	Poster:196
LLORENTE, Jose	Poster:142, 145
LOCATELLI, Paola	Poster:205
LOGARZO, Emilio Ariel	Oral:105 Poster:213, 214, 216, 217, 218, 219
LONGHI, Andrea	Poster:138
LÓPEZ DÍAZ, Javier	Oral:63, 78 Poster:248
LOPEZ DIEZ, Juan Cruz	Poster:215
LÓPEZ, Federico	Poster:226
LOPEZ, Maria Cecilia	Poster:245
LOPEZ, Marisa	Poster:144
LOPEZ, Ruben	Poster:167
LOWENSTEIN HABER, Diego Maximiliano	Oral:79, 80
LOWENSTEIN, Diego	Poster:257
LOWENSTEIN, Jorge Alfredo	Oral:79
LOWESTEIN, Roberto	Poster:228
LUCAS, Luciano O	Oral:64 Poster:209, 276
LUCCINI, Victorio	Oral:71
LUCERO, Matías	Oral:5 Poster:235
LUCINI, Victorio	Oral:72
LUGONES, Ignacio	Poster:131
LUIS, Cecilia	Poster:228
LUNA, Stella Maris	Oral:111
LUPIAÑEZ, Maria Cintia Natalia	Poster:245
LUQUE, Graciela	Poster:193
LYLYK, Pedro	Poster:226
LYNCH, Santiago	Oral:50 Poster:231, 255
MAC LAUGHLIN, Myriam	Oral:8
MACCHIA, Alejandro	Oral:42, 94 Poster:138, 246
MACHADO, Rogelio	Oral:60 Poster:244
MACIN, Stella Maris	Oral:34 Poster:266, 267
MAGLIOLA, Ricardo	Oral:76
MAID, Gustavo Fabian	Poster:142, 145
MAISULS, Hector	Poster:135, 195
MALDONADO, Sebastian	Poster:142, 145
MALTÉS, Raúl	Poster:197
MALVAR, Matías	Oral:21
MANAVELLA, Bibiana Del Valle	Oral:39
MANCIOLA, Soledad C.	Oral:73, 125,128
MANFREDI, Carlos	Oral:14
MANGANI, Nicolas	Oral:105 Poster:213, 214, 216, 217, 218, 219
MANGANIELLO, Cora	Oral:49
MANZOLILLO, Noeli	Poster:190
MARAMBIO, Gerardo Manuel	Oral:106
MARCON DEL PONT, Alberto	Oral:20
MARCON, Leopoldo	Oral:47
MARCONI, Elida	Oral:61
MARELLI, Daniel	Poster:254
MARENCHINO, Ricardo	Poster:279
MARGULIS, Fernando	Poster:249
MARIANI, Javier	Oral:38, 52, 53, 56, 68, 87 Poster:138, 204
MARINI, Jorge	Oral:47
MARQUES, Adelia	Oral:72
MARTINENGHI, Nicolas Mario	Oral:69
MARTINEZ, Carla	Poster:238
MARTINEZ, Carla Romina	Poster:237
MARTINEZ, Daniel	Poster:253
MARTÍNEZ, Rocío	Oral:46 Poster:233
MARTINO, Guillermo Raul	Oral:116,121 Poster:162
MASCIA, Amilcar	Poster:208
MASOLI, Osvaldo	Poster:227
MASSARA, Lucía	Oral:7
MASSON JUAREZ, Walter Mauricio	Oral:48,51 Poster:234,273
MASTRODONATO, Yesica Albana	Poster:275
MATORRA, Luis Federico	Oral:32
MATTA, Leticia	Poster:190
MATTA, Maria Gabriela	Oral:57 Poster:159
MAUR, Romina	Oral:45, 49
MAURO, Daniel Omar	Oral:113
MAURO, Sergio	Oral:102 Poster:274
MAURO, Victor Miguel	Oral:35, 36 Poster:143, 202, 208,224
MAZZEI, Juan Antonio	Poster:242
MEDESANI, Luis Alberto	Oral:2, 101,124 Poster:212, 265
MEDUS, Maria Jorgelina	Oral:35
MEIRIÑO, Alejandro	Poster:203, 240
MEJÍA-CAMPILLO, Marlon	Poster:226
MELERO, Marcelo Jose	Poster:242
MENDES GARRIDO, Facundo	Oral:10
MÉNDIZ, Oscar	Poster:132
MENENDEZ, Carolina	Oral:104
MENENDEZ, Marcelo	Oral:114, 117
MENESES, Rafael	Poster:144
MERBILHAA, Raul	Poster:257
MERCADE, Juan Manuel	Oral:5 Poster:235
MERLO, Pablo	Poster:201, 268
MESA, Lilia Edith	Poster:205
MESSINA, Nahuel	Poster:176
METTINI, Silvana	Oral:24, 44 Poster:245, 277
MIANO, Jorge	Poster:151
MICHELI, Miguel	Poster:162
MIERES, Juan	Oral:113
MIGLIARO, Guillermo Oscar	Oral:116
MIGLIORE, Ricardo	Poster:239
MIGUELEZ, Pablo Alfredo	Poster:154
MIKSZTOWICZ, Veronica	Poster:229
MILEI, Jose	Oral:30 Poster:261
MILITELLO, Claudio Alejandro	Poster:215
MIRIUKA, Santiago Gabriel	Oral:12, 28 Poster:270
MOHAMED, Gloria	Oral:39, 113, 116
MOLES, Victor	Oral:116
MOLLÓN, Pedro	Poster:132
MOLTEDO, José Manuel	Oral:95, 99, 130 Poster:139, 140,192
MONTERO, Hernan	Oral:76
MONTERO, Hugo	Oral:11
MONTEROS, Ariel	Oral:60 Poster:158, 244
MONTES, Juan Pablo	Oral:105 Poster:213, 214, 216, 217, 218, 219
MORA, Martina	Poster:251
MORALES, Celina	Poster:222, 278
MORENO, Marcela	Poster:210
MORENO, Santigo	Poster:275
MORITA, Luis Alberto	Oral:106
MOROS, Claudio	Oral:38, 127 Poster:258
MOTTA, Domingo Agripino	Poster:255, 257
MOUKARZEL, Juan	Poster:178
MOURATIAN, M	Oral:3
MRAD, Jorge	Poster:151
MUGLIA, Matias	Oral:9
MUÑOZ, Elias Ernesto Fabio	Poster:154

MURATORE, Claudio	Oral:104
MURYAN, Sergio	Poster:151
NACINOVICH, Francisco	Oral:66 Poster:184, 186
NADAL, Fernando	Poster:162
NADINIC, Branimir	Poster:138
NALLAR, María Florencia	Oral:91 Poster:178
NAMÍAS, Mauro	Oral:83
NAU, Gerardo	Oral:112 Poster:156, 163, 164, 168
NAU, Gerardo (h)	Poster:166
NAVARRO ESTRADA, José Luis	Oral:57 Poster:201,211,232
NAVIA, Daniel	Oral:59, 66, 90 Poster:164, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189
NAVIA, Jose	Poster:278
NEIVA, Maciel	Poster:227
NETTI, Vanina	Oral:33
NICCOLAS, Sebastian	Poster:180
NICOLAO, Patricia	Poster:255
NICOLOSI, Liliana	Poster:253
NIETO, María Luisa	Oral:63
NITSCHEL, Alejandro	Oral:27 Poster:207
NOGUES, Ignacio	Oral:15 Poster:199, 246
NOGUES, Martin	Poster:271, 272
NOJEK, Carlos A	Oral:86,88 Poster:179
NOVO, Fedor	Oral:15, 58 Poster:246
NUL, Daniel	Oral:42
NUÑEZ, Pablo Eduardo	Poster:146, 147
OBERTI, Pablo F	Oral:64,108 Poster:209, 273, 276
OBERTI, Pablo Fernando	Poster:232
OCHOA, Juan Pablo	Oral:85, 91 Poster:177, 178, 182
OLANO, Daniel	Poster:214
OLANO, Ricardo Daniel	Oral:107
OLMEDO, Julián Andrés	Oral:81,95, 99, 130 Poster:139, 140,192
ONETTO, Leonardo	Poster:141, 269
ORDOÑEZ, Maria Victoria	Poster:146, 147
ORTEGA, Daniel Felipe	Oral:105 Poster:213,214, 216, 217, 218, 219
ORTEGA, Fabiana Mònica	Oral:46 Poster:233
ORTOPAN, Karina	Poster:167
OSORIO, Amílcar	Oral:83
OVEJERO, Rodrigo Abel	Oral:24, 86 Poster:277
PADILLA, Gerardo	Poster:167
PADILLA, Lucio	Oral:112 Poster:155, 163, 164, 166
PALACIO, Soledad	Oral:36
PALACIOS, Alejandro	Poster:149, 198
PALACIOS, María F	Poster:227
PALADINO, Carlos	Poster:213
PALAZZO, Alejandro	Oral:2, 101 Poster:212, 265
PALMA, Pablo	Poster:175
PAMPLIEGA, Martin	Oral:20
PANINI, Julio	Oral:20
PAOLINI, Julieta	Poster:257
PARCERISA, Maria Florencia	Oral:64 Poster:209
PARDO, Analia	Oral:73, 124
PARDO, Eduardo	Oral:20
PARGAMENT, Griselda	Poster:242
PARMISANO, José Luis	Oral:119 Poster:161
PASCUA, Julio Andrés	Poster:146, 147
PASTENE, Ricardo	Oral:119 Poster:161
PASTORE, Francisco Alberto	Oral:21
PASTORI, Julio D.	Poster:175
PAUTASSO, Enrique Jose	Oral:20, 47
PAYASLIAN, Miguel Oscar	Oral:104 Poster:154
PAZ, Nora	Poster:219
PAZ, Sebastian	Oral:44 Poster:277
PEDERNERA, Gustavo Omar	Poster:155
PEIDRO, Roberto Maximino	Oral:102 Poster:274
PEIRONE, Alejandro Roman	Oral:74 Poster:134,195
PENSA, Claudio	Poster:180
PERADEJORDI, Margarita	Oral:23, 25
PERALTA, Sebastián	Oral:57, 112 Poster:163,166
PEREA, Martín Francisco	Oral:80
PERESSOTTI, Bruno	Oral:9, 84
PEREZ ACEBO, Haydee Laura	Oral:126
PÉREZ BALIÑO, Pablo	Oral:114 Poster:162
PEREZ CARAM, Pablo	Poster:263
PEREZ DE ARENAZA, Diego	Poster:211
PÉREZ DE LA HOZ, Ricardo	Poster:250
PEREZ ETCHEPARE, Raul	Poster:142, 145
PÉREZ MAYO, Osvaldo	Oral:11,100 Poster:191
PEREZ REY, Roberto	Poster:247
PEREZ, Claudia	Poster:190
PÉREZ, Gonzalo	Oral:24, 114, 117 Poster:159,160
PEREZ, Gonzalo Emanuel	Oral:54 Poster:157
PEREZ, María Virginia	Oral:31
PEREZ, Mariela	Poster:193
PEREZ, Roberto	Poster:202, 224
PEREZ, Roberto Daniel	Poster:208
PERFETTO, Juan Carlos	Poster:271
PERNA, Eduardo R	Oral:34 Poster:266, 267
PERUSSO, Aldo	Poster:268
PETROLITO, Fernando	Poster:197
PETTI, Marcos Alberto	Poster:241
PEYRANO, Joaquin	Oral:50
PIANCIOLA, Federico Luis	Poster:245
PIAZZA, Antonio	Poster:180
PIAZZA, Ramon Antonio	Oral:92
PICABEA, Eduardo	Oral:17
PICCININI, Fernando	Oral:59, 66, 90 Poster:183, 184, 185, 186, 187, 188, 189
PICCOLI, Fernando	Poster:190
PICONE, Victorio	Poster:249
PIERONI, Pablo Gustavo	Oral:24, 44 Poster:277
PIETRANI, Marcelo	Poster:211
PILAN, Maria Luisa	Oral:70
PIÑEIRO, Carlos Daniel	Poster:154
PIÑEIRO, Daniel José	Poster:242
PIPKIN, Mariano	Poster:181
PIRAÍNO, Rubén	Oral:113,116
PIZARRO, Rodolfo	Oral:62 Poster:142, 159, 276
PIZZARELLI, Norma	Poster:171
POCHAT, Cecilia	Poster:259
POGGIO, Rosana	Oral:12
POLIZIO, Ariel H.	Oral:5,6 Poster:235
POLLICE, Analia	Oral:17
POLLONO, Pablo Maximiliano	Oral:119 Poster:161, 262, 264
POMÉS IPARRAGUIRRE, Horacio	Oral:38
PONCE, Juan	Poster:162
PORCILE, Rafael	Poster:215
PORLEY, Carlos	Oral:79
POTITO, Mauricio	Oral:56
PRATESI, Pablo	Oral:109
PREZIOSO, Horacio	Poster:223
PRINCICH, Juan Pablo	Oral:85
PUERTO SANZ, Ana	Oral:63 Poster:248
QUESTA, María	Oral:28
QUILINDRO, Alberto	Oral:127 Poster:258
QUIROGA PONCE, Horacio Jose	Poster:215
QUIROGA, Ana	Oral:29
QUIROZ, María Cristina	Oral:106
RABBATT, Damian	Poster:135
RABINOVICH, Rafael	Oral:129 Poster:194
RADLOVACHKI, Anibal Daniel	Poster:249
RAFFAELLI, Héctor	Poster:176,177
RAMALLO, German	Poster:269
RAMOS RAMÍREZ, Ramiro	Poster:196
RAMOS, Ariel	Poster:230
RANDO, Mariel	Oral:32
RAPOPORT, Leonardo	Oral:61
RATTO, Roxana	Poster:231
REBECCHI, Maria Victoria	Poster:241
RECIO PLATERO, Amada	Oral:78
REDRUELLO, Hector Jorge	Poster:223
RENES, Paola	Poster:200

Indice de Autores

REVALE, Mariano	Oral:116
REVILLA ORODEA, Ana	Oral:63, 78 Poster:248
REY DEUTSCH, Ana Clara	Oral:32
REY, Gabriela	Poster:210
REYES, Graciela	Oral:56
REYES, Laura	Oral:34
RICCITELLI, Miguel Angel	Oral:67, 118,120,122, 123 Poster:148, 150, 152, 153
RIFOURGAT, Ignacio	Oral:119 Poster:161
RINAS CASULLO, Maximiliano	Poster:190
RIOS MÉNDEZ, Raúl Enrique	Poster:259
RIOS, Analìa	Oral:27
RIOS, Cecilia	Oral:77 Poster:225
RÍOS, Víctor	Oral:21
RISOGLIO, Nestor	Poster:197
RIVAROLA, Marcelo	Oral:129 Poster:194
RIVERA, Santiago Horacio	Oral:97,98 Poster:169, 170, 172, 173,174
RIZNYK, Laura Mariana	Oral:85 Poster:182
RIZZO, Natalia	Oral:15, 58 Poster:199
ROBLES, Federico	Oral:2, 101 Poster:212, 265
ROBY, Marcelo	Oral:11
ROCCA, Federico Eduardo	Poster:269
RODRIGUEZ ACUÑA, Maria Isabel	Oral:50 Poster:231,255
RODRIGUEZ CORREA, Carlos Alberto	Oral:80 Poster:257
RODRIGUEZ GRANILLO, Gaston Alfredo	Poster:226
RODRIGUEZ, Alfredo	Oral:115
RODRIGUEZ, Andrea	Oral:67, 118, 120 Poster:153, 249
RODRIGUEZ, Andrea Silvina	Oral:122 Poster:150
RODRIGUEZ, Jorge	Oral:125, 128
RODRIGUEZ, Leandro	Poster:156, 243
RODRIGUEZ, Santiago	Poster:143
RODRIGUEZ, Walter	Oral:88 Poster:179
ROITER, Hector	Poster:239
ROJAS MATAS, Carlos	Poster:279
ROLANDI, Florencia	Oral:39, 57 Poster:201
ROLDAN, Mirian Carina	Poster:146,147
ROMANO, Adriana	Oral:62
ROMEO, Esteban	Poster:198
ROMERO, Mariana	Oral:8
ROMORINI, Leonardo	Oral:28
RONDEROS, Ricardo	Poster:164
ROQUE, Cordoba	Poster:195
ROSA DIEZ, Guillermo	Poster:273
ROSALES, Armando	Oral:14
ROSALES, Miguel	Poster:226
ROSEMBERG, Julio	Oral:37
ROSENDE, Andres	Oral:54 Poster:157
ROSSI DIAS, André	Poster:254
ROSSI, Maximiliano	Oral:17
ROSSI, Santiago	Poster:210
ROURA, Pablo	Oral:69, 89 Poster:177
ROUSSE, Maria Graciela	Oral:111
ROZEMBERG, Marcos	Oral:105
RUBILAR, Bibiana	Oral:113
RUBILAR, Viviana	Oral:39
RUBINICH, Alejandro	Oral:47
RUBIO, Maria Del Carmen	Poster:253
RUIZ, Graciela Aurora	Poster:271, 272
RUIZ, Hugo	Oral:124
RYBARCZYK, María José	Oral:33
SAAD, A	Oral:3
SAAVEDRA, Daniel	Poster:268
SABRA, Ahmad	Poster:236
SACCHERI, Maria Cristina	Oral:106 Poster:223
SALGADO, Gladis	Oral:76
SALTYMIRIS, Romina	Poster:260
SALVATIERRA, Alejandro	Oral:27 Poster:207
SALVATORI, Carolina	Oral:13, 69, 89, 93 Poster:177, 181
SALZBERG, Simon Mario	Oral:87, 104 Poster:154
SAMMARTINO, María Victoria	Oral:97, 98 Poster:169, 170, 172, 173,174
SAN MIGUEL, Lucas	Oral:45 Poster:270
SAN MIGUEL, Roberto Juan	Oral:65
SAN ROMÁN CALVAR, José Alberto	Oral:63, 78 Poster:248
SANCHEZ LUCEROS, Diego	Oral:77 Poster:225
SANCHEZ, Rodrigo	Oral:7
SANCHEZ, Ruben	Poster:171
SANGUINO LOBO, R	Oral:4
SANTORO, Adrián	Oral:61
SANTOS, Maximo	Oral:23, 25
SARATI, Lorena Ivonne	Poster:237,238
SARMIENTO, Ricardo	Oral:67, 114 Poster:148, 152
SAVIGNANO, Lucía	Oral:8
SAYÓN, Maria Elena	Oral:115
SCACCHI, Stella	Poster:200
SCAGLIA, Juan Andres	Poster:151
SCASSA, María Elida	Oral:28
SCAZZUSO, Fernando Adrian	Oral:97, 98 Poster:169, 170, 172, 173,174
SCHIPANI, Gustavo Javier	Oral:121
SCHMUNCK, Maria Victoria	Poster:243
SCHNETZER, Natalia	Oral:95, 99, 130 Poster:139, 140, 192
SCHREIER, Laura	Poster:229
SCHWINT, Oscar	Poster:261
SCIARRESI, Esteban Andres	Oral:69, 85 Poster:178
SCIEGATA, Alberto M.	Oral:3,4
SCIOLINI, Sabrina Andrea	Poster:171
SEARA, Gonzalo	Poster:260
SECCO, Lucrecia	Poster:159, 160
SEGOVIA, Alejandra	Poster:263
SEGURA, Eliseo	Poster:174
SELLANES, Miguel	Oral:88 Poster:179
SEVLEVER, Gustavo	Oral:28
SIACHOQUE, Nadezda	Oral:29
SICURELLO, Maria Irene	Poster:258
SIERRA, Melisa Andrea	Poster:202, 224
SIERRALTA, Jorge	Poster:256
SILBERSTEIN, Mario Alejandro	Oral:38, 52,53,68,87 Poster:204
SILES, Gustavo Hernán	Oral:66,90 Poster:187, 188, 189
SILVA, Juan	Poster:256
SINIAWSKI, Daniel Alberto	Oral:48,51 Poster:234
SINISI, Victor Alfredo	Poster:241
SNYDER, Christopher	Poster:192
SOIFER, Saul	Oral:94
SOKN, Fernando	Poster:200
SOLARI, Claudia	Oral:28
SOLER, Fernando	Poster:200
SOLORZANO ORMAZA, Leonardo Javier	Oral:115
SORASIO, Guillermina	Oral:35
SORIANO, Lisandro	Poster:144
SOSA LIPRANDI, Alvaro	Poster:165
SOSA, Federico	Oral:64 Poster:209, 276
SOTO, Sandra	Poster:263
SOUTO, Mariana	Poster:207
SPERANZA, Ricardo	Oral:1, 11, 100
SPILLMANN, Ana	Oral:75 Poster:195
STAMPONE, Gustavo	Oral:50, 65 Poster:181, 206, 231
STEFANI, Amalia Noemi	Oral:1, 11, 100 Poster:191, 193
STEWART HARRIS, Alejandro	Poster:249
STORINO, Ruben	Poster:236
SUAREZ DI SALVO, Daiana	Oral:10
SUAREZ, Jorge	Poster:218
SUAREZ, Jose Carlos	Oral:70,76
SUIERO, Laura	Oral:10
SUN, Claudia Marcela	Oral:111
SUÑOL, Jorge	Poster:262, 264
SWIESZKOWSKI, Sandra P.	Poster:250
SZARFER, Jorge	Oral:118, 120, 122, 123 Poster:148, 150, 152, 153
SZEJNFELD, Mario	Oral:43, 113
SZTEJFMAN, Carlos	Poster:165
SZTEJFMAN, Matias	Poster:165
TABOADA, Susana Beatriz	Poster:201

TABORRA, Sebastian	Oral:55 Poster:203, 240
TAIRA, Carlos Alberto	Oral:5,6 Poster:235
TAJER, Carlos	Oral:38, 52, 53, 56, 68, 87 Poster:204
TALAVERA, Maria Lujan	Oral:26
TAMBUSSI, Ana	Oral:42
TAPIA BALLESTEROS, Cristina	Poster:248
TASSO, Damian	Poster:144
TÉC. CARO, Ana María	Oral:100
TÉC. PARADISI, Natalia	Oral:100
TEJADO, Eduardo	Oral:119
TELLECHEA, Maria Fernanda	Oral:92
TENTORI, Maria Cristina	Oral:104 Poster:271, 272
TERRAGNO, Alicia	Poster:160
TERRENI, Hernan	Poster:200
TETTAMANTI, Maria Estela	Oral:63, 78 Poster:218,248
THIERER, Jorge	Oral:22, 59, 90 Poster:168, 183, 184, 186, 187, 188, 239, 243
TINETTI, Jorge	Oral:43
TINETTI, Matias	Poster:180
TOLEDO, Ruben Arnaldo	Poster:263
TOMASSINI, Luciano Daniel	Poster:141
TOMAT, Analía	Oral:7
TORRES BIANQUI, Carolina	Oral:57
TORRESANI, Ernesto Marcelo	Poster:162
TRAVETTO, Carolina	Poster:152
TREJO, Graciela	Oral:60 Poster:244
TRENTACOSTE, Luis	Oral:71, 129
TRENTACOSTE, Maria	Poster:194
TRIVI, Marcelo	Oral:112 Poster:155, 156, 163, 168
TROMBA, Luciana Soledad	Poster:275
TRONGE, Jorge	Poster:200
TURRI, Domingo	Oral:40
URDAPILLETA, Marcela	Poster:245
URRUTIA, María Inés	Poster:254
VACCARI, Marina	Oral:72
VACCARINO, Guillermo	Oral:59 Poster:184, 185, 186
VAISBUJ, Fabian	Poster:206
VALERA, Nicolás	Poster:141
VALLE, Juan	Oral:48
VALLEJOS, Javier	Oral:18
VARELA OTERO, Maria Pilar	Oral:25
VARINI, Sergio	Oral:42, 94 Poster:138
VATRELLA, Mariana	Oral:33
VAZQUEZ, Esteban	Oral:73 Poster:262, 264
VAZQUEZ, Gaston Ariel	Poster:201, 268
VAZQUEZ, Haydee	Oral:127 Poster:258
VAZQUEZ, Norberto	Poster:252
VAZQUEZ, Roberth	Oral:1
VEGA, Betina	Oral:74 Poster:135, 136, 137, 195
VEIRAS, Luciana Cecilia	Oral:7
VEMBAR, Mani	Poster:221
VENTURA, Alejandro	Poster:144
VERGNES, Alberto	Oral:22
VERON, Facundo	Poster:181
VICENTE, Jorge	Poster:228
VIDELA LYNCH, Angeles	Oral:114
VIEYRA, Gustavo	Oral:47
VILLALBA, C	Oral:3, 4
VILLAMONTE, Gabriel	Oral:53
VILLANUEVA DEL VALLE, Martin	Oral:80
VILLARREAL, Ricardo	Oral:68 Poster:165
VILLAVICENCIO, Roberto	Oral:17
VILLEGAS, Esteban	Oral:34 Poster:266, 267
VIOTTI, Rodolfo	Poster:241
VITA, Tomás	Oral:48
VOGELMANN, Oscar Ariel	Poster:180,247
VOOS BUDAL AREINS, Marcel	Oral:117
VRANCIC, Juan Mariano	Poster:188, 189
VRANCIC, Mariano	Oral:59, 66, 90 Poster:183, 184, 185, 186, 187
VULCANO, Norberto	Oral:62
WAISMAN, Gabriel Dario	Oral:46 Poster:233
WALDMAN, Silvina	Poster:270
WANT, Yen	Poster:207
WEISBURD, Pedro	Oral:73, 128 Poster:262, 264
WENK, Gretel	Oral:10
WULF, Natalia	Oral:31
YOO, Hyun Sok	Poster:171
YUNE, Said	Poster:252
ZABALA, Federico	Oral:124
ZAGO, Valeria	Poster:229
ZAIDEL, Ezequiel Jose	Poster:153
ZAMBRANA, Gustavo	Oral:79
ZAPATA, Gerardo	Oral:17, 55 Poster:203, 240
ZIMMERMANN, Juan Pablo	Oral:121
ZORRILLA, María de Los Angeles	Poster:259
ZUGBI, Santiago	Poster:229
ZUK, Carlos	Oral:49
ZULOAGA, Claudio De	Oral:1 Poster:191

Indice de Autores

Indice de Participantes

Participante	Carácter	Día	Inicio	Salón	Actividad
ABELLA Ines Teresa	Coordinador	Domingo 2	11:45	Águila	XXII Jornada de Técnicos en Cardiología. Factores de riesgo cardiovascular en la niñez y adolescencia
ABELLO Mauricio Sebastian	Disertante	Lunes 3	08:30	Catalinas	Estudio del paciente joven con antecedente familiar de muerte súbita
	Coordinador	Martes 4	08:00	Catalinas	Consejo de Electrofisiología I - Nuevos conceptos en arritmias
ABIZAID Alexandre	Disertante	Domingo 2	15:30	La Pampa	Evidencia de la revascularización percutánea en paciente con severo deterioro de la función ventricular
	Disertante	Lunes 3	08:30	La Pampa	Enfermedad coronaria de múltiples vasos con enfermedad carotídea grave asociada. ¿Resolución híbrida?
	Coordinador	Lunes 3	15:00	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Tratamiento antitrombótico
	Coordinador	Lunes 3	16:45	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Tratamiento percutáneo de la estenosis valvular aórtica
ACKERMAN Judith	Comentador	Lunes 3	08:00	Auditorio	Cardiología pediátrica I
ACUNZO Rafael Salvador	Disertante	Lunes 3	08:15	Catalinas	El paciente con ECG sugestivo de Síndrome de Brugada
	Coordinador	Lunes 3	15:00	Ombú	Genética para el cardiólogo clínico. Módulo III: Tests genéticos
	Coordinador	Lunes 3	15:40	Ombú	Genética para el cardiólogo clínico. Módulo III: Tests genéticos
ACUÑA Luciano Raul	Presentador	Domingo 2	12:11	Martín Fierro	Período crónico sin patología demostrable
ACUÑA Marcos	Coordinador	Lunes 3	15:00	Catalinas	Síncope en diferentes poblaciones
ADANIYA Maria Elena	Coordinador	Martes 4	08:00	La Pampa	Consejo de Ecocardiografía - Estenosis aórtica severa
AGATIELLO Carla Romina	Panelista	Lunes 3	17:45	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
AGUILERA Eduardo S.	Panelista	Lunes 3	08:40	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
AGUIRRE Atilio de Jesus	Presidente	Lunes 3	16:00	San Telmo	Imágenes II
AHUAD GUERRERO Rodolfo Andres	Disertante	Domingo 2	17:00	Libertador C	Anticoagulación en el octogenario
AIMONE Daniel Eduardo	Coordinador	Martes 4	13:00	La Pampa	Simposio Abbott. Dislipidemia y enfermedad cardiovascular en el paciente de alto riesgo cardiovascular: nuevos mecanismos y tratamientos
ALBINA Gaston	Disertante	Lunes 3	15:00	Catalinas	En el anciano
ALDARIZ Antonio	Presidente	Domingo 2	11:45	Libertador C	Fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca. ¿Un problema de difícil solución?
ALDAY Luis Eduardo	Jurado	Domingo 2	09:45	Auditorio	Temas Libres Preferidos candidatos al Premio "Rodolfo Kreutzer"
	Disertante	Lunes 3	15:20	Auditorio	Miocardiopatía hipertrófica en la edad pediátrica: De la genética al tratamiento
	Coordinador	Martes 4	09:45	Auditorio	Sesión conjunta con la Sociedad Internacional de Adultos con Cardiopatías Congénitas
ALFIE Alberto	Comentador	Domingo 2	16:00	San Telmo	Arritmias II
ALFIE José	Comentador	Domingo 2	09:45	Catalinas	Hipertensión Arterial
ALLIN Jorge Gustavo	Panelista	Martes 4	08:00	Retiro A	Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista - Mirando hacia el futuro en cardiología clínica e intervencionista
ALONSO José	Panelista	Domingo 2	13:00	Auditorio	Avances en hemodinamia intervencionista en cardiopatías congénitas
ALONSO Karina Beatriz	Comentador	Lunes 3	09:45	Poncho	Arritmias II
	Panelista	Martes 4	16:45	Retiro A	Consejo de Ergometría y Rehabilitación y Consejo de Arritmias - Cardiología y deporte
ALTAMIRANO Jorge Horacio	Coordinador	Martes 4	16:45	Libertador B	Hipertensión arterial. Desde lo básico
ALTMAN Raul	Disertante	Martes 4	17:15	Poncho	Prevención en el origen extracraneano (Cardioembolia y estados protrombóticos)
ALVAREZ Angelica	Panelista	Lunes 3	08:00	Águila	Hipertensión en el embarazo y riesgos cardiovasculares
	Coordinador	Lunes 3	10:00	Águila	Factores que inciden en el estrés laboral
ALVAREZ Carlos Alejandro	Panelista	Domingo 2	16:00	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
	Disertante	Martes 4	15:00	Libertador B	Reserva fraccional de flujo o grado de estenosis
ALVAREZ Carlos Eduardo	Comentador	Lunes 3	10:00	San Telmo	Cirugía I
	Panelista	Lunes 3	16:45	Auditorio	Actualización en cirugía y recuperación cardiovascular en pediatría
ALVAREZ Eduardo Enrique	Panelista	Lunes 3	08:00	Martín Fierro	Jornada Argentino-Boliviana de Cardiología. Epidemiología y terapéutica parasiticida
	Coordinador	Martes 4	15:00	La Pampa	Hospital público 2011
ALVAREZ Gonzalo Martin	Panelista	Lunes 3	13:00	Águila	Función del enfermero en la categorización del paciente con riesgo cardiovascular. La identificación precoz de los síndromes coronarios agudos
	Coordinador	Lunes 3	13:45	Águila	Efectos de la salud mental en nuestro corazón
	Coordinador	Lunes 3	15:45	Águila	Actualización en las nuevas herramientas para la ablación de arritmias: lo que los enfermeros debemos saber
ALVAREZ Jose Amadeo Guillermo	Coordinador	Domingo 2	15:00	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Insuficiencia cardíaca de etiología isquémica
	Coordinador	Martes 4	11:45	Catalinas	Siempre se debe revascularizar a todos los pacientes con estenosis carotídea grave asintomática
AMBROSIO Giuseppe	Disertante	Lunes 3	19:00	Retiro C	Variabilidad de la presión arterial y velocidad de la onda del pulso
AMERISO Sebastián	Disertante	Lunes 3	08:20	La Pampa	Tratamiento médico: Es adecuado para la mayoría de los pacientes con estenosis asintomáticas
	Panelista	Martes 4	14:00	Libertador C	Debate con panel de expertos
AMUCHASTEGUI Luis M.	Coordinador	Lunes 3	11:45	Río de La Plata	Se debe realizar siempre un implante valvular aórtico transcateter (TAVI) en pacientes con estenosis aórtica grave y riesgo elevado
AMUCHASTEGUI Marcos	Comentador	Domingo 2	09:45	Martín Fierro I	Hipertensión pulmonar y tromboembolismo de pulmón
ANATRELLA Karina	Disertante	Domingo 2	11:45	Águila	Trastornos alimentarios: Obesidad, bulimia y anorexia
ANGELINO Arnaldo Adrián	Disertante	Martes 4	13:30	Martín Fierro	Colegio Argentino de Cardiología. Papel en la problemática del médico. ¿Hay expectativas?
ANTELO Carlos Alfredo	Coordinador	Lunes 3	16:45	Auditorio	Actualización en cirugía y recuperación cardiovascular en pediatría
ANTON Lilian Andrea	Comentador	Domingo 2	09:45	Ombú I	Cardiología clínica
APTECAR Eduardo	Disertante	Lunes 3	12:15	La Pampa	Debate
	Disertante	Martes 4	08:15	Retiro A	Evaluación fisiológica de la enfermedad coronaria en la sala de hemodinamia
	Disertante	Martes 4	09:45	Retiro A	Nuestra experiencia en lesiones complejas
AREVALO Aldo Ruben	Comentador	Lunes 3	08:00	Río de La Plata	Arritmias I
ARIS CANCELA Maria Esther	Disertante	Domingo 2	13:00	La Pampa	Nuevos medicamentos anticoagulantes para la prevención de los eventos cardioembólicos en pacientes con FA. Evidencia clínica, ventajas, desventajas, costos
	Panelista	Lunes 3	16:00	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
ASENJO Alberto Ruben	Panelista	Martes 4	16:45	Retiro A	Consejo de Ergometría y Rehabilitación y Consejo de Arritmias - Cardiología y deporte
ATALLAH Ana Maria	Disertante	Martes 4	15:00	Poncho	Epidemiología del stroke en la Unidad coronaria. (generalidades).
ATAMAÑUK Andres Nicolas	Disertante	Martes 4	15:45	Golden Horn	El riñón en la insuficiencia cardíaca
	Comentador	Martes 4	17:15	Martín Fierro	Miocarditis viral: Enfoque diagnóstico y terapéutico
AVEGLIANO Gustavo Pablo	Comentador	Lunes 3	16:00	San Telmo	Imágenes II
AYMAT Maria Rosa	Panelista	Domingo 2	10:45	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista SAC
BACCARO Jorge A.	Panelista	Lunes 3	09:15	La Pampa	Presentación de un caso
BALLARINO Miguel Angel	Panelista	Lunes 3	17:45	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
BALLESTER Alberto E	Comentador	Domingo 2	09:45	Ombú I	Cardiología clínica
BANILLE Edgardo	Disertante	Lunes 3	16:45	Auditorio	Monitoreo funcional de la microhemodinamia. ¿Un camino posible?
BARATTA Sergio Juan	Comentador	Lunes 3	16:00	San Telmo	Imágenes II
	Disertante	Martes 4	17:00	Libertador C	Trombosis protésica no obstructiva (ECO)
BARBAGELATA Alejandro	Coordinador	Domingo 2	16:00	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
	Disertante	Lunes 3	09:45	La Pampa	Estado actual de los dispositivos percutáneos transitorios en insuficiencia cardíaca avanzada
BARISANI Jose Luis	Presidente	Domingo 2	09:45	Retiro B	Insuficiencia cardíaca
	Disertante	Martes 4	08:00	Golden Horn	Ivabradina. ¿En quiénes está indicada?
BARJA Luis Dante	Disertante	Martes 4	17:30	Retiro B	Cómo seleccionar al paciente para ablación
BARRERO Carlos Manuel	Jurado	Domingo 2	09:45	Libertador B	Temas Libres Preferidos Premio 37º Congreso Argentino de Cardiología
	Coordinador	Domingo 2	15:00	Libertador B	Sesión conjunta SAC - American College of Cardiology - Miocardiopatía isquémica necrótica
	Presidente	Domingo 2	18:30	Libertador B + C	Acto Inaugural y Conferencia de Apertura
	Coordinador	Lunes 3	08:00	Libertador B	Sesión conjunta SAC - Sociedad Brasileña de Cardiología. El paciente valvular asintomático
	Coordinador	Lunes 3	09:45	Libertador C	ESC en Argentina. Temas destacados de la Sociedad Europea de Cardiología. Parte 1
	Disertante	Lunes 3	09:45	Libertador C	Introducción
	Coordinador	Lunes 3	11:45	Libertador C	ESC en Argentina. Temas destacados de la Sociedad Europea de Cardiología. Parte 2
	Presidente	Lunes 3	16:45	Retiro B	Sesión conjunta SAC-Sociedad Interamericana de Cardiología. Enfermedad coronaria crónica 2011
	Coordinador	Lunes 3	18:30	Retiro A	Sesión conjunta SAC - Fundación Cardiológica Argentina - Ministerio de Salud Pública. Conocemos la prevalencia de los factores de riesgo vasculares en la Argentina. ¿Qué vamos a hacer?
	Coordinador	Martes 4	16:45	Retiro C	Sesion Conjunta SAC - FAC. Revascularización miocárdica y patologías asociadas
BARRESI Ana Lucia	Presidente	Lunes 3	12:00	San Telmo	Sindromes coronarios agudos II
BARRETTA Jorge Orlando	Panelista	Lunes 3	13:00	Auditorio	Estado del arte en cirugía cardiovascular de las cardiopatías congénitas
BARRIONUEVO Elizabeth Analia	Panelista	Lunes 3	17:30	Águila	Ventajas de la ventilación no invasiva en el cardiópata crítico. Papel de la enfermería
BARRIONUEVO Hugo Daniel	Coordinador	Martes 4	16:45	La Pampa	Disfunción ventricular isquémica crónica: después del STICH
BARRIOS Diego Martin	Coordinador	Martes 4	15:00	Golden Horn	Consejo de Insuficiencia Cardíaca. Comorbilidades en Insuficiencia Cardíaca

Indice de Participantes

Participante	Carácter	Día	Inicio	Salón	Actividad
BASSO Nidia	Comentador	Domingo 2	09:45	Catalinas	Hipertensión Arterial
BATTELLINI Roberto Rafael	Disertante	Domingo 2	12:25	La Pampa	Conclusiones y direcciones futuras
	Agonista	Lunes 3	08:45	Libertador C	El tratamiento de elección de la lesión grave de tronco es la cirugía
BAUK Lucas	Comentador	Domingo 2	09:45	Retiro C	Válvulopatías
BAZZINO Oscar	Comentador	Domingo 2	09:45	Libertador B	Temas Libres Preferidos Premio 37º Congreso Argentino de Cardiología
	Disertante	Martes 4	15:00	Retiro A	¿Cuándo revascularizar?
BEIGELMAN Ricardo Luis	Coordinador	Martes 4	15:00	Poncho	Consejo de Stroke. Stroke en la Unidad Coronaria ¿Que debe saber el cardiólogo?
BELARDI Jorge Atilio	Disertante	Domingo 2	17:30	La Pampa	Manejo del paciente con IAM, enfermedad de múltiples vasos, con y sin shock
	Coordinador	Martes 4	11:45	Libertador C	Implante valvular aórtico percutáneo. Caso en vivo
BELZITI Cesar Antonio	Coordinador	Lunes 3	09:45	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Insuficiencia cardíaca: Actualización en dispositivos
	Presidente	Lunes 3	15:00	Retiro B	Sesión conjunta SAC - Sociedad Sudamericana de Cardiología - Insuficiencia cardíaca 2011
	Coordinador	Lunes 3	16:45	Libertador C	ESC en Argentina. Discusión de casos clínicos
	Presidente	Martes 4	18:30	Libertador B + C	Acto de Cierre y Conferencia de Clausura. Cardiología preventiva: lecciones del EUROASPIRE
BENASSI Marcelo Domingo	Panelista	Lunes 3	15:00	Martín Fierro	Nuevos métodos diagnósticos en la enfermedad de Chagas
BENDERSKY Mario Alberto	Coordinador	Lunes 3	13:00	Catalinas	Introduccion
	Disertante	Lunes 3	13:15	Catalinas	Las metas tensionales.
BENGER Juan	Autor	Martes 4	17:15	Martín Fierro	Miocarditis viral: Enfoque diagnóstico y terapéutico
BENITES Eduardo	Comentador	Lunes 3	12:00	San Telmo	Pediatría II
BENZADON Mariano N.	Disertante	Lunes 3	17:15	Retiro C	Subgrupos (diabéticos, IRC, ancianos, mujeres)
BERENSTEIN Cesar Damian	Coordinador	Lunes 3	16:45	Martín Fierro	Enfermedad de Chagas: Nuevos aportes del tratamiento
BERENSZTEIN Clotilde Sara	Disertante	Martes 4	10:30	La Pampa	Diagnóstico por imágenes en la amiloidosis: ¿No alcanza con la ecocardiografía?
	Presidente	Martes 4	10:00	San Telmo	Investigación, Educación y Chagas
BEREZIUK Eulalio	Coordinador	Martes 4	08:00	Retiro B	Consejo de Epidemiología y Prevención Cardiovascular - Aspectos controvertidos en la evaluación y tratamiento del paciente en prevención cardiovascular
BERGMAN Guido Ezequiel	Panelista	Lunes 3	16:45	Retiro A	CONAREC - Prevención cardiovascular
BERRETA (H) Julio Alberto	Disertante	Domingo 2	16:45	Libertador C	Hipertensión arterial
BERROCAL Daniel H.	Coordinador	Domingo 2	17:45	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
	Disertante	Martes 4	10:15	Libertador C	¿Deben usarse stents farmacológicos?
	Panelista	Martes 4	11:45	Libertador C	Implante valvular aórtico percutáneo. Caso en vivo
BERTONI Hernan Gabriel	Comentador	Lunes 3	14:00	San Telmo	Imágenes I
BETTINOTTI Marcelo O.	Disertante	Domingo 2	15:45	Catalinas	Angioplastia post fibrinolíticos: ¿Sólo de rescate? ¿O de rutina?
	Coordinador	Lunes 3	11:45	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Desafíos en el tratamiento de la insuficiencia mitral
BIANCO Raul Hector	Panelista	Martes 4	08:00	Martín Fierro	Consejo de Ergometría y Rehabilitación Cardiovascular - Corazón, ejercicio y deportes
BLANCO CERDEIRA Patricia	Presentador	Lunes 3	09:10	Ombú	SCAR 2011. Estudio multicéntrico comparativo sobre síndromes coronarios agudos
	Comentador	Lunes 3	12:00	San Telmo	Sindromes coronarios agudos II
	Disertante	Martes 4	08:00	Libertador C	Riesgo de sangrado y elección del tratamiento antitrombótico
BLUGUERMANN Julio Jorge	Comentador	Domingo 2	14:00	San Telmo	Cardiología intervencionista I
	Coordinador	Domingo 2	15:00	Río de La Plata	Tromboembolismo pulmonar agudo
BLUNDA Cristian	Comentador	Martes 4	12:00	San Telmo	Pediatría III
BLURO Ignacio Martin	Disertante	Domingo 2	15:15	Retiro B	Screening, seguimiento e indicación de intervención
BOGGIONE Rene Aquiles	Comentador	Lunes 3	08:00	Poncho	Cirugía
BOISSONNET Carlos Pablo	Coordinador	Martes 4	13:00	Martín Fierro	Area de Políticas de Salud. Bienestar médico: ¿qué hacemos por nosotros?
BONELLI Haydee Liliana	Coordinador	Lunes 3	15:00	Martín Fierro	Nuevos métodos diagnósticos en la enfermedad de Chagas
BONORINO Jose Maria	Presentador	Martes 4	10:00	Catalinas	Caso clínico de arritmias
BORDONAVA Anselmo P.	Comentador	Lunes 3	12:00	San Telmo	Sindromes coronarios agudos II
BORRACCI Raul Alfredo	Panelista	Lunes 3	09:45	Retiro A	CONAREC - Insuficiencia cardíaca
BORTMAN Guillermo R.	Disertante	Domingo 2	16:45	Río de La Plata	Diagnóstico y evaluación para cirugía
BOSCARO Marcelo Victor	Coordinador	Martes 4	17:15	Golden Horn	Estrategias para lograr balance negativo
BOUGHEN Roberto	Coordinador	Domingo 2	15:00	Río de La Plata	Tromboembolismo pulmonar agudo
	Coordinador	Domingo 2	16:45	Río de La Plata	HTP tromboembólica crónica
BOZOVICH Gerardo Edgar	Disertante	Martes 4	17:30	La Pampa	Realidad argentina de la revascularización miocárdica
BRACCO Daniel A.	Coordinador	Domingo 2	15:00	Retiro B	Actualidad del aneurisma de aorta abdominal
BRANDANI Laura Mercedes	Coordinador	Martes 4	09:45	Libertador B	Consejo de Hipertensión Arterial - Hipertensión arterial en el paciente anciano
	Disertante	Martes 4	15:30	Retiro B	Valor óptimo de tensión arterial. Esquemas de drogas
BRASKI Marta	Disertante	Domingo 2	12:15	Águila	Repercusión cardiovascular del alcohol y las drogas en la infancia
BRAVO Alfredo Dante	Coordinador	Lunes 3	09:00	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Nuevo enfoque en el tratamiento de la hipertensión arterial
	Comentador	Lunes 3	09:45	Río de La Plata	Cardiología intervencionista II
BRION BARREIRO Graciela Beatriz	Disertante	Domingo 2	15:00	Martín Fierro	Vencer el sedentarismo: ¿Cómo hacemos para empezar?
BRITES Fernando Daniel	Disertante	Lunes 3	15:00	Retiro C	HDL: Mucho más que colesterol bueno
BRITO Raul Armando	Panelista	Lunes 3	10:00	Águila	Factores que inciden en el estrés laboral
BRUNOLDI Rolando Lionel	Coordinador	Domingo 2	16:45	Retiro A	Endocarditis
BRUZZESE Martin Fernando	Panelista	Martes 4	08:00	Martín Fierro	Consejo de Ergometría y Rehabilitación Cardiovascular - Corazón, ejercicio y deportes
BUENO Nora Alicia	Coordinador	Martes 4	13:00	Auditorio	Reunión con expertos. Presentación de 3 casos
BUSTAMANTE LABARTA Miguel	Disertante	Martes 4	10:00	Retiro C	Evaluación de viabilidad miocárdica por eco-stress
CABO FUSTARET Marcela Clelia	Presentador	Martes 4	09:15	Martín Fierro	Presentación y discusión de casos clínicos
CABRAL Humberto Ramon A.	Panelista	Lunes 3	15:00	Martín Fierro	Nuevos métodos diagnósticos en la enfermedad de Chagas
CACCAVO Alberto	Presidente	Lunes 3	09:45	Libertador B	Temas Libres Preferidos. 25º Aniversario de la entrega del Premio Fundación Dr. Pedro Cossio
	Disertante	Martes 4	15:45	Libertador C	Manejo antitrombótico
CACERES MONIE Cesar Rodolfo	Coordinador	Domingo 2	13:00	Águila	XXII Jornada de Técnicos en Cardiología. Taller interactivo de electrocardiografía
	Coordinador	Martes 4	08:00	Catalinas	Consejo de Electrofisiología I - Nuevos conceptos en arritmias
	Coordinador	Martes 4	16:45	Retiro A	Consejo de Ergometría y Rehabilitación y Consejo de Arritmias - Cardiología y deporte
CAFFERATA Alberto M.	Presentador	Lunes 3	16:10	Libertador B	Agentes farmacológicos
CAGIDE Analia	Disertante	Lunes 3	13:00	Retiro B	¿Es posible prevenir la aparición de diabetes en pacientes con hipertensión arterial?
CAGIDE Arturo	Jurado	Domingo 2	09:45	Libertador B	Temas Libres Preferidos Premio 37º Congreso Argentino de Cardiología
	Coordinador	Domingo 2	11:45	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Enfermedad del tronco de la coronaria izquierda
	Disertante	Domingo 2	11:45	La Pampa	Introducción
	Panelista	Domingo 2	13:50	Catalinas	Preguntas a los expertos
	Disertante	Domingo 2	15:30	Libertador C	Viejos y nuevos antitrombínicos
	Panelista	Lunes 3	08:00	Retiro A	CONAREC - Síndromes coronarios
	Coordinador	Lunes 3	13:00	Retiro A	Simposio Sanofi-Aventis. Síndrome coronario agudo: De la fisiopatología al tratamiento.
	Disertante	Lunes 3	13:30	Retiro A	Sindrome coronario agudo: Evolución y tratamiento antiagregante
	Coordinador	Martes 4	13:00	Libertador C	Simposio Boehringer Ingelheim. Dabigatrán: una alternativa superior en el tratamiento antitrombótico de la fibrilación auricular
	Panelista	Martes 4	14:00	Libertador C	Debate con panel de expertos
CAILOTTO Marcos Mario	Coordinador	Domingo 2	16:45	Poncho	Miocardiopatía hipertrófica
CAMARDON Hugo Luciano	Comentador	Domingo 2	09:45	Retiro C	Válvulopatías
CAMPANELLI Hugo Hector	Panelista	Martes 4	09:45	Retiro C	Sesión conjunta Consejo de Cardiología Nuclear, Consejo de Ecocardiografía y Consejo de Tomografía y Resonancia - Abordaje de la insuficiencia cardíaca en la era de la multimodalidad de imágenes
CAMPISI Roxana	Disertante	Martes 4	09:45	Retiro C	Estudios de medicina nuclear
	Disertante	Martes 4	17:15	La Pampa	Estudio de viabilidad: ¿Sigue siendo útil?
CAMPOS Jorge	Disertante	Martes 4	10:15	Retiro B	¿Cómo y cuándo evaluar el deterioro cognitivo en el paciente panvascular?
CAMPOS Marcelo Roberto	Disertante	Lunes 3	17:25	Auditorio	Estrategias de protección cerebroespinal en cirugía por cardiopatías congénitas. Avances y resultados
CANEVA Jorge Osvaldo	Comentador	Martes 4	09:45	Catalinas	Ateneo PROSAC: Apnea del sueño y enfermedad cardiovascular
CAPELLI Horacio	Disertante	Domingo 2	15:25	Auditorio	Conquistas en el desarrollo de la cardiología pediátrica en Latinoamérica
CAPUÑAY CALVOSA Carlos Maria	Disertante	Martes 4	13:00	Retiro A	Simposio Diagnóstico Maipú. Novedades tecnológicas en la evaluación no invasiva de la patología cardiovascular
CARAMUTTI Victor Mario	Panelista	Martes 4	11:45	Libertador C	Implante valvular aórtico percutáneo. Caso en vivo
CARAVELLO Oscar Luis	Panelista	Lunes 3	09:45	Martín Fierro	Enfermedad de Chagas en la República Argentina: Políticas de Salud

Indice de Participantes

Participante	Carácter	Día	Inicio	Salón	Actividad
CARBAJALES Justo	Presidente	Domingo 2	09:45	Libertador B	Temas Libres Preferidos Premio 37º Congreso Argentino de Cardiología
	Disertante	Lunes 3	08:30	Retiro B	Nuevos fármacos, nuevas dosis
CARDENAS LEDESMA Daisy Luz	Disertante	Lunes 3	08:15	Martín Fierro	Situación en zonas rurales bolivianas
CARDENAS SANCHEZ Rolando E.	Comentador	Domingo 2	09:45	Poncho	Aterosclerosis, lípidos y diabetes
CARDONE Alberto Jose	Coordinador	Martes 4	08:00	Retiro B	Consejo de Epidemiología y Prevención Cardiovascular - Aspectos controvertidos en la evaluación y tratamiento del paciente en prevención cardiovascular
CAROLI Christian	Presentador	Domingo 2	18:02	Retiro B	Manejo de drogas cardiovasculares en el perioperatorio de cirugía no cardíaca
	Disertante	Martes 4	15:45	Retiro B	Uso de antiagregantes plaquetarios
CARRASCOSA Patricia Marina	Disertante	Martes 4	13:00	Retiro A	Simposio Diagnóstico Maipú. Novedades tecnológicas en la evaluación no invasiva de la patología cardiovascular
	Disertante	Martes 4	17:00	Catalinas	Alcances de la perfusión por tomografía coronaria de 256 cortes
CARRERO Maria Celeste	Presentador	Martes 4	10:15	Catalinas	Caso clínico de insuficiencia cardíaca
CARRETERO Oscar	Disertante	Martes 4	08:00	Libertador B	Regulación de la microcirculación renal en HTA
	Conferencista	Martes 4	11:45	Libertador B	Conferencia homenaje al Dr. Hugo Baglivo: "Inflamación y daño de órgano blanco en la hipertensión: lo bueno y lo malo"
CARRIZO Aldo Gabriel	Panelista	Lunes 3	08:00	Retiro A	CONAREC - Síndromes coronarios
	Disertante	Martes 4	13:15	Martín Fierro	¿Cuándo comienzan los problemas y la desesperanza?
	Panelista	Martes 4	13:00	Retiro B	AREA DE DOCENCIA. ¿Debería ser la Residencia el único sistema formador de especialistas?
CARRIZO PAEZ Ruben	Panelista	Lunes 3	16:45	Martín Fierro	Enfermedad de Chagas: Nuevos aportes del tratamiento
CARTASEGNA Luis Rodolfo	Disertante	Martes 4	16:45	Retiro C	Diabetes e insuficiencia renal crónica
CARUGNO IGOR Eva Mariel	Panelista	Lunes 3	15:45	Águila	Actualización en las nuevas herramientas para la ablación de arritmias: lo que los enfermeros debemos saber
CARUSO Gustavo	Comentador	Martes 4	09:45	Catalinas	Ateneo PROSAC: Apnea del sueño y enfermedad cardiovascular
	Comentador	Martes 4	12:00	San Telmo	Prevención
CASABE Jose Horacio	Presidente	Domingo 2	09:45	Ombú I	Cardiología clínica
	Presentador	Domingo 2	11:59	Martín Fierro	Cirugía
	Disertante	Domingo 2	17:00	Retiro A	El paciente con hemocultivos negativos
CASAIS Patricia Liliana	Presentador	Domingo 2	16:50	Retiro B	Recomendaciones para la interrupción de la terapéutica anticoagulante en el perioperatorio y precedimientos invasivos
CASAS Marcelo Martin	Comentador	Martes 4	14:00	San Telmo	Cardiología clínica II
CASEY Marcelo Guillermo	Agonista	Domingo 2	11:45	Retiro B	Ya es hora de reemplazar a los dicumarínicos
	Disertante	Martes 4	13:40	Libertador C	Aspectos prácticos del uso dabigatrán
	Panelista	Martes 4	14:00	Libertador C	Debate con panel de expertos
CASTIELLO Gustavo Gabriel	Presentador	Martes 4	09:15	Martín Fierro	Presentación y discusión de casos clínicos
CASTILLO COSTA Yanina Beatriz	Disertante	Lunes 3	08:15	Retiro B	Nos preocupamos de la hemorragia y nos olvidamos de la trombosis
CASTRO Silvio	Disertante	Lunes 3	15:00	Águila	Cuándo y cómo administrar los trombolíticos en la sala de hemodinamia
CEQUIER FILLAT Angel	Coordinador	Domingo 2	15:00	Catalinas	Sesión conjunta SAC - Sociedad Española de Cardiología. Infarto con supradesnivel del ST: manejo en las primeras horas
	Disertante	Domingo 2	15:00	Catalinas	Tiempos de transferencia y métodos de reperfusión
CERATTO Rosana	Coordinador	Domingo 2	13:00	Retiro C	Simposio ENERI. Neurocardiología vascular. Nuevos paradigmas en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad vascular
CERDA Miguel Antonio	Presentador	Domingo 2	17:26	Retiro B	Confección de informes de tomografía multicorte
	Disertante	Martes 4	17:30	Catalinas	Evaluación rápida de pacientes con dolor precordial en la sala de emergencia
CERRUTI Fausto Ezequiel	Coordinador	Martes 4	16:45	Libertador C	Válvulas protésicas
CHAMBO Marcelo	Comentador	Lunes 3	09:45	Poncho	Arritmias II
CHAMBRE Dionisio	Coordinador	Domingo 2	10:45	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista SAC
CHANQUIA AGUIRRE Pedro F.	Coordinador	Martes 4	16:45	Poncho	Consejo de Aterosclerosis y Trombosis y Consejo de Stroke - Prevención secundaria del ACV isquémico
CHARASK Adrian Alberto	Comentador	Domingo 2	09:45	Libertador B	Temas Libres Preferidos Premio 37º Congreso Argentino de Cardiología
	Disertante	Lunes 3	17:30	Retiro C	Nuevas drogas, nuevos objetivos
CHAVES Carlos Javier	Comentador	Lunes 3	08:00	Río de La Plata	Arritmias I
CHERRO Alejandro	Presentador	Domingo 2	17:50	Retiro B	Manejo de la antiagregación en pacientes con stents convencionales y con fármacos
	Coordinador	Lunes 3	08:40	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
	Panelista	Lunes 3	16:00	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
	Coordinador	Martes 4	09:45	Retiro A	Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista - Revascularización coronaria compleja. Estrategias para el salvataje miocárdico
CHIALE Pablo	Panelista	Lunes 3	15:00	Retiro A	CONAREC - Arritmias
CIANCIULLI Tomas Francisco	Agonista	Lunes 3	11:45	Retiro B	El eco es útil para seleccionar pacientes para resincronizar
CICARELLI Daniel Pablo	Coordinador	Domingo 2	15:00	Libertador C	Estrategias de prevención de ACV en FA
CINGOLANI Horacio	Disertante	Lunes 3	18:45	Auditorio	Papel del intercambiador Na+/H+ en la hipertrofia miocárdica
CINTORA Federico Matias	Coordinador	Domingo 2	16:45	Martín Fierro	Fundación Cardiológica Argentina - Abordaje multidisciplinario del paciente tabaquista. Casos clínicos. Discusión con expertos
CITATE Marta Graciela	Comentador	Lunes 3	12:00	San Telmo	Pediatría II
COHEN ARAZI Hernan	Comentador	Domingo 2	14:00	San Telmo	Sindromes coronarios agudos I
	Coordinador	Martes 4	08:00	Libertador C	Consejo de Emergencias. SCA sin ST
COLLAUD Carlos	Disertante	Martes 4	08:15	Retiro C	¿Cómo interpretar el spect gatillado?
COMIGNANI Pablo Dino	Disertante	Domingo 2	17:15	Río de La Plata	Manejo perioperatorio de la hipertensión pulmonar
COMTESSE Daniel	Coordinador	Lunes 3	16:45	Retiro A	CONAREC - Prevención cardiovascular
	Comentador	Martes 4	14:00	San Telmo	Cardiología clínica II
	Disertante	Martes 4	15:15	Libertador B	Revascularización de tronco: a 3 años del SYNTAX
CONCEPCION Roberto	Disertante	Lunes 3	08:45	Retiro C	Trastornos del sueño
CORBELLA Fernando Diego	Disertante	Domingo 2	15:30	Retiro A	RMN y eco. ¿Los criterios diagnósticos son compatibles?
	Presidente	Lunes 3	09:45	Retiro B	Imágenes III
	Disertante	Martes 4	15:00	Catalinas	Infarto agudo: Estratificación de riesgo.
CORTES Juan Ricardo	Comentador	Domingo 2	09:45	Poncho	Aterosclerosis, lípidos y diabetes
COSSIO Pedro R.	Jurado	Lunes 3	09:45	Libertador B	Temas Libres Preferidos. 25º Aniversario de la entrega del Premio Fundación Dr. Pedro Cossio
	Presidente	Martes 4	11:45	Retiro B	Conferencia Fundación Dr. Pedro Cossio. 40 años de unidad coronaria. ¿Qué hemos aprendido?
COSTA Ernesto	Disertante	Lunes 3	13:00	Ombú	Presentadores eficaces: oratoria y PowerPoint
	Disertante	Martes 4	13:00	Ombú	Presentadores eficaces: oratoria y PowerPoint
COSTA Hector Alejandro	Comentador	Domingo 2	14:00	San Telmo	Sindromes coronarios agudos I
COSTA Maria de Los Angeles	Comentador	Martes 4	10:00	San Telmo	Investigación, Educación y Chagas
COSTABEL Juan Pablo	Panelista	Lunes 3	09:45	Retiro A	CONAREC - Insuficiencia cardíaca
	Presentador	Lunes 3	15:00	Libertador C	Caso clínico. Paciente con fibrilación auricular
COURTADE IRIARTE Pablo	Coordinador	Lunes 3	15:00	Retiro C	HDL
CRAGNOLINO Daniel Eduardo	Presidente	Domingo 2	09:45	Río de La Plata	Imágenes I
	Coordinador	Martes 4	09:45	Retiro C	Sesión conjunta Consejo de Cardiología Nuclear, Consejo de Ecocardiografía y Consejo de Tomografía y Resonancia - Abordaje de la insuficiencia cardíaca en la era de la multimodalidad de imágenes
CRAVERO Cecilia M.	Disertante	Lunes 3	10:00	Martín Fierro	Aplicación de la tecnología (TICs) en la vigilancia epidemiológica del Chagas
CRAVZOV Ricardo Miguel	Coordinador	Lunes 3	16:45	Catalinas	La raíz de aorta en diferentes escenarios
CROTTOGINI Alberto José	Presidente	Domingo 2	09:45	Martín Fierro II	Investigación básica
CUESTA Alejandro	Disertante	Lunes 3	15:30	Retiro B	¿A quién indicar un cardiodesfibrilador implantable y/o un resincronizador?
	Coordinador	Martes 4	15:00	Retiro A	XXII Jornada Rioplatense de Cardiologia. Síndrome coronario estable
CUESTA SILVA Manuel	Coordinador	Martes 4	09:45	La Pampa	Miocardiopatías
CURA Fernando Adrian	Comentador	Domingo 2	14:00	San Telmo	Cardiología intervencionista I
	Panelista	Lunes 3	08:00	Retiro A	CONAREC - Síndromes coronarios
CUSI Kenneth	Disertante	Martes 4	13:00	La Pampa	Simposio Abbott. Dislipidemia y enfermedad cardiovascular en el paciente de alto riesgo cardiovascular: nuevos mecanismos y tratamientos
D ORTENCIO Alfredo O.	Comentador	Domingo 2	09:45	Poncho	Aterosclerosis, lípidos y diabetes
	Disertante	Martes 4	10:30	Poncho	Implicancias cardiovasculares del depósito de grasa hepática asociado al sindrome metabólico

Indice de Participantes

Participante	Carácter	Día	Inicio Salón	Actividad
DA SILVA José Pedro	Disertante	Lunes 3	13:20 Auditorio	Corrección de enfermedad de Ebstein's utilizando reconstrucción o plástica de cono
	Disertante	Lunes 3	14:00 Auditorio	Técnica y resultados en cirugía de Norwood en San Pablo, Brasil
	Disertante	Martes 4	10:10 Auditorio	Estrategias quirúrgicas para pacientes adultos con enfermedad de Ebstein's
	Panelista	Martes 4	13:00 Auditorio	Reunión con expertos. Presentación de 3 casos
DAGHERO Fernando	Comentador	Lunes 3	08:00 Auditorio	Cardiología pediátrica I
DAICZ Mariana	Comentador	Lunes 3	14:00 San Telmo	Imágenes I
DAMONTE Anibal Agustin	Disertante	Domingo 2	13:40 La Pampa	Cierre percutáneo de la orejuela auricular izquierda para la prevención del stroke cardioembólico en pacientes con fibrilación auricular
DAMSKY BARBOSA Jesus M.	Coordinador	Domingo 2	15:00 Auditorio	Consejo de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Adulto
DARU Victor D.	Coordinador	Domingo 2	15:00 Retiro A	Miocardio no compactado: Diagnóstico y sobrediagnóstico
	Disertante	Lunes 3	08:45 Libertador B	Estenosis aórtica: cuándo intervenir
	Presidente	Lunes 3	09:45 Catalinas	Imágenes II
DE ABREU Maximiliano	Panelista	Domingo 2	17:45 La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
DE DIOS Ana Maria Susana	Jurado	Domingo 2	09:45 Auditorio	Temas Libres Preferidos candidatos al Premio "Rodolfo Kreutzer"
	Disertante	Domingo 2	16:45 Auditorio	Utilidad de la ecocardiografía 3D en el seguimiento alejado de cardiopatías congénitas
DE LA FUENTE Luis	Coordinador	Lunes 3	09:45 La Pampa	TCT@SAC@CACI - Insuficiencia cardíaca: Actualización en dispositivos
	Coordinador	Lunes 3	10:45 La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
DE MELO BARBOSA Marcia	Disertante	Lunes 3	08:00 Libertador B	Insuficiencia mitral
DE MOLLEIN Daniela Pilar	Coordinador	Lunes 3	18:30 Martín Fierro	Carrera de Especialista en Cardiología. Residencias Cardiológicas Asociadas UBA - Ramos Mejía - Presentación de monografías seleccionadas. Promoción 2009-2010
	Coordinador	Martes 4	16:45 Martín Fierro	Carrera de Especialista en Cardiología. Residencias Cardiológicas Asociadas UBA - Ramos Mejía - Presentación de monografías seleccionadas. Promoción 2009-2010
DE ROSA Miguel Angel	Disertante	Lunes 3	15:30 Martín Fierro	Valor de la ergometría
DE ZULOAGA Claudio	Disertante	Lunes 3	08:45 Catalinas	Arritmia ventricular en el post IAM. ¿Cuál es el seguimiento y el mejor tratamiento?
	Comentador	Lunes 3	14:00 San Telmo	Arritmias III
DEL BLANCO Soledad	Panelista	Lunes 3	09:45 Águila	Incidencia de la enfermedad de Chagas en el binomio materno-fetal
DEL RIEGO Horacio Alberto	Panelista	Martes 4	08:00 Retiro C	Consejo de Cardiología Nuclear. ¿Estrategias para evaluar la enfermedad coronaria? Presente y futuro
DEL VALLE Isabel	Disertante	Martes 4	10:15 Martín Fierro	Narrativa y prevención del "burn out"
DELACASA Arturo Alejandro	Panelista	Domingo 2	17:45 La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
DELGADO DEL AGUILA Fernando	Coordinador	Martes 4	09:45 Libertador C	Consejo de Emergencias Cardiovasculares. SCA con ST
DELUCCHI Alejandro Mariano	Coordinador	Martes 4	09:45 Libertador B	Consejo de Hipertensión Arterial - Hipertensión arterial en el paciente anciano
	Comentador	Martes 4	14:00 San Telmo	Valvulopatías e hipertensión arterial
	Coordinador	Martes 4	16:45 Libertador B	Hipertensión arterial. Desde lo básico
DESCALZO Amalia Maria Ema	Panelista	Lunes 3	08:40 La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
	Coordinador	Martes 4	09:45 Retiro A	Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista - Revascularización coronaria compleja. Estrategias para el salvataje miocárdico
DEVIGGIANO Alejandro Dario	Disertante	Martes 4	13:00 Retiro A	Simposio Diagnóstico Maipú. Novedades tecnológicas en la evaluación no invasiva de la patología cardiovascular
	Disertante	Martes 4	15:45 Catalinas	Coronarias normales y elevación de troponina
	Coordinador	Martes 4	16:45 Retiro B	Consejo de Cardiología Clínica + Consejo de Electrofisiología - Enfoque integral de la fibrilación auricular
DI CARLI Marcelo	Disertante	Martes 4	08:45 Retiro C	Nuevas fronteras en cardiología nuclear
	Disertante	Martes 4	10:30 Retiro C	¿Cuáles de estos métodos seleccionar en el paciente con insuficiencia cardíaca?
	Conferencista	Martes 4	11:45 Retiro C	Papel de las imágenes no invasivas en la evaluación diagnóstica y pronóstica del paciente con cardiopatía isquémica
DI SANTO Marisa Viviana	Panelista	Lunes 3	15:00 Auditorio	Nuevas tendencias en arritmias y electrofisiología pediátrica
DI TOMMASO Fernando Ariel	Presidente	Lunes 3	09:45 Poncho	Arritmias II
	Disertante	Martes 4	15:00 Libertador C	Prevención y tratamiento de la FA post reemplazo valvular
DI TORO Dario Carlos	Disertante	Martes 4	15:30 Libertador C	Cirugía de la FA. Cuándo y cómo
	Disertante	Martes 4	17:15 Retiro B	Nuevos anticoagulantes orales. Uso de antiagregantes
DIAZ Alberto Alejandro	Coordinador	Martes 4	09:45 La Pampa	Miocardiopatías
DIAZ Fernanda	Disertante	Martes 4	15:45 Poncho	Pseudostroke en la Unidad Coronaria.
DIAZ Juan Ignacio	Panelista	Lunes 3	16:45 Auditorio	Actualización en cirugía y recuperación cardiovascular en pediatría
DIAZ Pablo	Disertante	Martes 4	15:30 Retiro A	Tronco y múltiples vasos: Cirugía vs. angioplastia
DIAZ Rafael	Disertante	Domingo 2	15:45 Libertador C	Inhibidores del factor X orales
DIEZ Joaquin	Panelista	Domingo 2	16:45 Martín Fierro	Fundación Cardiológica Argentina - Abordaje multidisciplinario del paciente tabaquista. Casos clínicos. Discusión con expertos
DIEZ Mirta	Disertante	Martes 4	10:15 Golden Horn	TRC vs. trasplante. ¿Cuándo la resincronización es insuficiente?
	Comentador	Martes 4	10:00 San Telmo	Insuficiencia cardíaca I
DOMENECH Alberto	Disertante	Domingo 2	15:30 Libertador B	Alternativas quirúrgicas
	Coordinador	Domingo 2	16:45 Retiro A	Endocarditis
DONATO Pablo Martin	Coordinador	Lunes 3	18:30 Auditorio	Consejo de Investigación Básica en conjunto con la International Academy of Cardiovascular Science. Fisiopatología de la hipertrofia e insuficiencia cardíaca
DONES Wistremundo	Comentador	Domingo 2	09:45 Retiro B	Insuficiencia cardíaca
	Presidente	Lunes 3	16:45 Retiro B	Sesión conjunta SAC-Sociedad Interamericana de Cardiología. Enfermedad coronaria crónica 2011
DOS SANTOS BEHERAN Alfonso	Disertante	Martes 4	08:30 Retiro C	Fusión de imágenes
DOVAL Hernan C.	Disertante	Domingo 2	09:45 La Pampa	Tratamiento médico o angioplastia: El debate continúa
	Disertante	Domingo 2	17:30 Libertador B	Onto y filogénesis del manejo de la sal en el organismo
	Disertante	Lunes 3	19:10 Retiro A	Programa para abolir la epidemia cardiovascular en la Argentina
	Coordinador	Martes 4	09:45 Martín Fierro	Revista Argentina de Cardiología. Combatiendo el "burn-out". Narrativa en cardiología
DRAGONETTI Laura Cristina	Disertante	Martes 4	15:15 Catalinas	Diagnósticos diferenciales miocardiopatias: infiltrativas vs hipertróficas
DRAJER Saul	Coordinador	Lunes 3	11:45 Retiro A	Taller de electrocardiología
DUBNER Sergio Jose	Comentador	Domingo 2	16:00 San Telmo	Arritmias II
	Coordinador	Lunes 3	08:00 Catalinas	Consejo de Electrofisiología - Arritmias en el consultorio
	Comentador	Lunes 3	12:25 Libertador C	Discusión
	Presidente	Martes 4	11:45 Retiro A	Monitoreo remoto para el manejo de los cardiodesfibriladores implantables. Estudio TRUST
DULBECCO Eduardo A.	Disertante	Domingo 2	15:45 Retiro B	Cirugía convencional: resultados actuales
DURONTO Ernesto Alfredo	Coordinador	Domingo 2	11:45 Martín Fierro	Área de Consensos - Consenso de Chagas y Consenso de Endocarditis Infecciosa. Actualización
	Coordinador	Domingo 2	16:45 Retiro B	Área de Consenso - Presentación de normas
	Presentador	Domingo 2	17:38 Retiro B	Manejo del dolor torácico en la guardia
	Disertante	Lunes 3	16:45 Retiro C	¿Es necesario el test genético?
	Coordinador	Martes 4	08:00 Libertador C	Consejo de Emergencias. SCA sin ST
ECHAZARRETA Andrés	Disertante	Domingo 2	10:00 Libertador C	HTP: EPOC y enfermedades intersticiales. ¿Cuál es la relevancia clínica?
ELIKIR Gerardo Damian	Disertante	Lunes 3	15:15 Retiro C	HDL y riesgo residual: ¿Culpable o inocente?
	Coordinador	Martes 4	09:45 Poncho	Consejo de Aterosclerosis y Trombosis - Riesgo cardiovascular en la enfermedad hepática grasa no alcohólica
	Coordinador	Martes 4	13:00 La Pampa	Simposio Abbott. Dislipidemia y enfermedad cardiovascular en el paciente de alto riesgo cardiovascular: nuevos mecanismos y tratamientos
ELIZARI Marcelo Victor	Jurado	Domingo 2	09:45 Libertador B	Temas Libres Preferidos Premio 37º Congreso Argentino de Cardiología
	Coordinador	Lunes 3	11:45 Retiro A	Taller de electrocardiología
	Coordinador	Lunes 3	16:45 Martín Fierro	Enfermedad de Chagas: Nuevos aportes del tratamiento
ELIZARI Maria Amalia	Coordinador	Martes 4	09:45 Auditorio	Sesión conjunta con la Sociedad Internacional de Adultos con Cardiopatías Congénitas
ENNIS Irene	Disertante	Martes 4	08:15 Libertador B	Microcirculación cardíaca en el marco de la hipertrofia cardíaca
ESANDI Diego	Comentador	Lunes 3	08:00 Auditorio	Cardiología pediátrica I
ESPER Ricardo Jorge	Coordinador	Domingo 2	11:45 Retiro A	Los tests evocadores previos a una cirugía no cardíaca son siempre necesarios
	Disertante	Domingo 2	13:00 Retiro C	Introducción
	Coordinador	Lunes 3	13:00 Libertador C	Simposio Gador. Diabetología cardiovascular. Nuevos enfoques terapéuticos
	Coordinador	Lunes 3	13:00 Libertador C	Apertura
	Disertante	Lunes 3	13:40 Libertador C	Hipertensión en el diabético. Nuevos conceptos
ESPER Roberto Cesar	Comentador	Martes 4	14:00 San Telmo	Cardiología clínica I
ESTEBAN Eduardo Osvaldo	Coordinador	Lunes 3	15:00 Retiro C	HDL
ESTEBANEZ Maria Jose	Coordinador	Martes 4	16:45 Golden Horn	Consejo de Insuficiencia Cardíaca + Consejo de Emergencias - Insuficiencia cardíaca descompensada

Indice de Participantes

Participante	Carácter	Día	Inicio	Salón	Actividad
ESTEPO Jose Felix	Comentador	Domingo 2	16:00	San Telmo	Arritmias II
	Disertante	Domingo 2	17:30	Poncho	Estratificación de riesgo de muerte súbita en la MCH
	Panelista	Lunes 3	08:00	Catalinas	Consejo de Electrofisiología - Arritmias en el consultorio
	Disertante	Martes 4	17:15	Retiro A	Casos clínicos: Arritmias en el deportista
FABREGUES Guillermo	Coordinador	Domingo 2	16:45	Libertador C	Sesión conjunta SAC-Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría. Cardiopatías en el paciente mayor
FACTA Alvaro	Comentador	Lunes 3	09:45	Río de La Plata	Cardiología intervencionista II
FAELLA Horacio	Disertante	Domingo 2	13:40	Auditorio	Con los dispositivos existentes en la actualidad: ¿En qué paciente debemos indicar el cierre percutáneo de una comunicación interventricular perimembranosa?
FAIRMAN Enrique	Panelista	Domingo 2	16:00	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
	Disertante	Lunes 3	15:45	Retiro B	¿Cómo tratar la insuficiencia cardíaca con fracción de eyacción conservada?
	Disertante	Martes 4	08:30	Golden Horn	Resincronización cardíaca: ¿Cada vez más indicaciones?
	Comentador	Martes 4	10:00	San Telmo	Insuficiencia cardíaca I
FALCONI Mariano Luis	Coordinador	Domingo 2	11:45	Martín Fierro	Área de Consensos - Consenso de Chagas y Consenso de Endocarditis Infecciosa. Actualización
	Presentador	Domingo 2	17:08	Retiro B	Confección de informes de ecocardiografía
	Disertante	Martes 4	10:15	La Pampa	Miocardio no compactado: ¿Eco, RNM o ambos?
FARIAS Hugo Luis	Disertante	Domingo 2	16:45	Águila	Prueba ergométrica en niños: ¿En qué casos está indicado? Protocolos
FASSIO Eduardo	Disertante	Martes 4	09:45	Poncho	Enfermedad hepática grasa no -alcoholica. Definición, epidemiología e historia natural
FAVALORO Liliana Ethel	Disertante	Lunes 3	17:15	Martín Fierro	Trasplante en la miocardiopatía chagásica
FAVALORO Roberto Rene	Disertante	Domingo 2	15:15	La Pampa	Cirugía versus tratamiento médico: Resultados a 5 años del STICH
	Disertante	Domingo 2	17:00	Río de La Plata	Tromboendarterectomía pulmonar: ¿Es una opción curativa?
	Disertante	Lunes 3	17:15	Catalinas	Cirugías de preservación de la válvula
FERNANDEZ Adrian	Disertante	Domingo 2	17:15	Poncho	Enfermedad microvascular en la MCH
FERNANDEZ Alberto Alfredo	Antagonista	Domingo 2	16:00	Retiro C	El manejo de la insuficiencia cardíaca es diferente en hombres y mujeres
	Disertante	Martes 4	08:15	Golden Horn	Antialdosterónicos: ¿Deben recibirla todos los pacientes con insuficiencia cardíaca?
	Comentador	Martes 4	10:00	San Telmo	Insuficiencia cardíaca II
FERNANDEZ Alejandro Diego	Agonista	Lunes 3	08:00	Libertador C	SIA: Debemos revascularizar solamente la arteria culpable
	Comentador	Lunes 3	09:45	Retiro C	Cardiología intervencionista I
	Disertante	Martes 4	15:30	Libertador B	Placa coronaria: ¿cambió algo después del PROSPECT?
FERNANDEZ Horacio Enrique	Presentador	Domingo 2	17:32	Retiro B	Traslado del paciente con sindromes coronarios agudos
FERNANDEZ Juan Jose	Panelista	Lunes 3	10:45	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
FERNANDEZ Luis Maria	Comentador	Domingo 2	09:45	Ombú II	Epidemiología y prevención
FERNANDEZ Mario Andres	Panelista	Domingo 2	17:45	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
FERNANDEZ PEREIRA Carlos	Panelista	Lunes 3	16:00	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
	Disertante	Martes 4	09:00	Retiro A	Resultados del Registro Argentino de Angioplastia. RAdAC
FERNANDEZ RECALDE Maria Luz	Autor	Martes 4	17:30	Martín Fierro	Resonancia magnética cardíaca: Una nueva alternativa para el diagnóstico y pronóstico de las miocardiopatías
FERRANTE Daniel Carlos	Coordinador	Lunes 3	18:30	Retiro A	Sesión conjunta SAC - Fundación Cardiológica Argentina - Ministerio de Salud Pública. Conocemos la prevalencia de los factores de riesgo vasculares en la Argentina. ¿Qué vamos a hacer?
FERRARI Roberto	Disertante	Lunes 3	13:05	Retiro C	Ivabradina: una nueva opción terapéutica para los pacientes con enfermedad coronaria e insuficiencia cardíaca
	Coordinador	Lunes 3	15:00	Libertador C	ESC en Argentina. Discusión de casos clínicos
	Coordinador	Lunes 3	16:45	Libertador C	ESC en Argentina. Discusión de casos clínicos
	Comentador	Lunes 3	17:30	Libertador C	Discusión
	Disertante	Lunes 3	17:40	Libertador C	SCA sin ST. Puntos claves de las guías ESC
FERREIRO Daniel Ernesto	Comentador	Domingo 2	09:45	Retiro C	Válvulopatías
FERRIN Liliana Maria	Panelista	Domingo 2	13:00	Auditorio	Avances en hemodinamia intervencionista en cardiopatías congénitas
FIGAL Julio Cesar	Disertante	Domingo 2	15:00	Libertador C	Nuevos scores
FILCMAN Maia Gisela	Autor	Martes 4	16:45	Martín Fierro	Revisión y actualización del tratamiento invasivo del aneurisma de aorta abdominal
FITZ MAURICE Mario Daniel	Disertante	Domingo 2	16:45	Retiro C	Fibrilación auricular
	Presidente	Lunes 3	08:00	Río de La Plata	Arritmias I
FLICHTENTREI Daniel	Disertante	Martes 4	10:00	Martín Fierro	La narrativa y la formación humanística del médico
FLORES Jose Enrique	Comentador	Lunes 3	12:00	San Telmo	Pediatría II
FLORES Juan Paul	Panelista	Lunes 3	15:00	Martín Fierro	Nuevos métodos diagnósticos en la enfermedad de Chagas
FLORES Luis Maria	Coordinador	Domingo 2	15:00	Retiro B	Actualidad del aneurisma de aorta abdominal
FLORES Maria Isabel	Coordinador	Lunes 3	16:45	Retiro C	Estado del arte en terapia antiplaquetaria
FONTANA Sergio Andres	Comentador	Domingo 2	12:00	San Telmo	Arritmias I
FORNES Julio Eduardo	Presidente	Martes 4	10:00	San Telmo	Insuficiencia cardíaca II
FRANCESIA Alejandra Nair	Comentador	Domingo 2	09:45	Ombú II	Epidemiología y prevención
	Coordinador	Martes 4	15:00	Golden Horn	Consejo de Insuficiencia Cardíaca. Comorbilidades en Insuficiencia Cardíaca
FRANCHELLA Jorge E.	Disertante	Martes 4	08:45	Martín Fierro	Corazón y ejercicio: ¿Qué novedades nos dejó el Congreso del American College of Sport Medicine?
FRANCO David Alejandro	Panelista	Domingo 2	13:00	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Simposio St. Jude Medical/AGA Medical/Angiocor - Tratamiento integral de la fibrilación auricular
	Coordinador	Martes 4	15:00	Libertador C	Fibrilación auricular
FRANK Robert	Disertante	Lunes 3	15:15	Libertador C	Discusion
	Disertante	Lunes 3	15:30	Libertador C	Fibrilación auricular: Puntos claves de las guías ESC
FREILE Oscar Gerardo	Coordinador	Domingo 2	09:45	Libertador C	Sesión conjunta SAC- Asociación Argentina de Medicina Respiratoria. Hipertensión pulmonar no tromboembólica
FREILIJ Héctor	Disertante	Lunes 3	10:30	Martín Fierro	Control médico y su importancia en el Programa Nacional de Chagas
FUSELLI Juan Jose	Presidente	Domingo 2	09:45	Retiro A	Sindromes coronarios agudos
	Panelista	Domingo 2	13:50	Catalinas	Preguntas a los expertos
	Disertante	Martes 4	09:45	Libertador C	¿Cómo disminuir la falla en la reperfusión?
FUSTINONI Osvaldo	Disertante	Martes 4	09:45	Retiro B	¿Se debe estudiar y/o tratar la patología carotídea previo a una CRM programada?
	Antagonista	Martes 4	11:45	Catalinas	Siempre se debe revascularizar a todos los pacientes con estenosis carotídea grave asintomática
GABE Eduardo D.	Disertante	Domingo 2	16:45	Catalinas	Fisiopatología: de la investigación a la clínica
	Comentador	Martes 4	14:00	San Telmo	Cardiología clínica I
GADDA Carlos	Panelista	Domingo 2	16:00	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
GAGLIARDI Juan Alberto	Disertante	Domingo 2	15:15	Libertador C	¿A quién solo antiagregantes?
	Coordinador	Lunes 3	18:30	Auditorio	Consejo de Investigación Básica en conjunto con la International Academy of Cardiovascular Science. Fisiopatología de la hipertrofia e insuficiencia cardíaca
	Disertante	Lunes 3	18:30	Auditorio	Papel de las metaloproteinasas de matriz en el desarrollo de la insuficiencia cardíaca luego de un infarto agudo de miocardio
GAITÁN REY Jessica P.	Panelista	Lunes 3	11:45	Águila	Evidencia de la práctica de la enfermería como perfusionista. Realidad argentino-colombiana
GALIZIO Nestor Oscar	Disertante	Domingo 2	15:45	Retiro A	¿Cuándo está indicado un cardiodesfibrilador?
	Agonista	Lunes 3	11:45	Catalinas	El cardiodesfibrilador debe indicarse en todos los pacientes con disfunción ventricular izquierda grave
GALLI Monica Graciela	Panelista	Lunes 3	08:00	Martín Fierro	Jornada Argentino-Boliviana de Cardiología. Epidemiología y terapéutica parasiticida
GALLINO Sebastian	Panelista	Lunes 3	08:00	Catalinas	Consejo de Electrofisiología - Arritmias en el consultorio
GALLO Juan Pablo	Panelista	Domingo 2	16:45	Auditorio	Nuevas tecnologías e imágenes en cardiopatías congénitas
GAMEZ SCHROEDER Aldo M.	Comentador	Martes 4	08:00	Auditorio	Cardiología pediátrica II
GANT LOPEZ José	Comentador	Lunes 3	14:00	San Telmo	Arritmias III
	Disertante	Martes 4	16:30	Retiro A	Arritmias ventriculares desencadenadas por el esfuerzo: conductas y consecuencias
GANUM Guillermo Eduardo G.	Disertante	Domingo 2	15:15	Río de La Plata	Diagnóstico: uso racional de las imágenes
	Comentador	Lunes 3	09:45	Catalinas	Imágenes II
GARCIA AGUIRRE Alejandro	Panelista	Martes 4	16:45	Retiro A	Consejo de Ergometría y Rehabilitación y Consejo de Arritmias - Cardiología y deporte
GARCIA DELUCIS Pablo	Panelista	Lunes 3	13:00	Auditorio	Estado del arte en cirugía cardiovascular de las cardiopatías congénitas
GARCÍA MARTÍ Sebastián	Disertante	Lunes 3	09:45	Ombú	Búsqueda de información en medicina
GARCIA PINNA Jorge Fernando	Comentador	Domingo 2	09:45	Martín Fierro I	Hipertensión pulmonar y tromboembolismo de pulmón
GASPAR Juan	Disertante	Lunes 3	09:00	La Pampa	Fundamento y evidencia para la ablación por radiofrecuencia de la arteria renal en HTA resistente
	Coordinador	Lunes 3	09:15	La Pampa	Presentación de un caso
GELPI Fabian	Disertante	Domingo 2	13:00	Martín Fierro	Del ABC al CAB. 50 años después
GENNA Carina Edith	Coordinador	Martes 4	15:00	Catalinas	Consejo de Tomografia Computada y Resonancia Magnética Cardíaca. Papel de la Resonancia Magnética Cardíaca en la evaluacion de las cardiopatías
GILI Monica Mabel	Disertante	Lunes 3	15:00	Martín Fierro	La ecocardiografía como predictor de evolutividad
GIMENEZ Luisa Josefina E	Disertante	Lunes 3	10:15	Martín Fierro	Prevención en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para el contagio ocasional

Indice de Participantes

Participante	Carácter	Día	Inicio	Salón	Actividad
GIMENO Graciela	Coordinador	Martes 4	09:45	Catalinas	Ateneo PROSAC: Apnea del sueño y enfermedad cardiovascular
GINGINS Mauro Gaston	Disertante	Martes 4	13:00	Retiro A	Simposio Diagnóstico Maipú. Novedades tecnológicas en la evaluación no invasiva de la patología cardiovascular
GINIGER Alberto Germán	Comentador	Domingo 2	12:00	San Telmo	Arritmias I
	Coordinador	Lunes 3	11:45	Retiro A	Taller de electrocardiología
	Disertante	Lunes 3	18:35	Libertador C	Fibrilación auricular: Epidemiología e importancia en la práctica clinica actual
	Disertante	Martes 4	16:45	Retiro B	Fibrilación paroxística. ¿Cuándo y cómo medicar?
GIORGI Mariano Anibal	Coordinador	Domingo 2	17:30	Ombú	Taller de investigación. Módulo I - De la idea al proyecto. Primeras herramientas para concretar su protocolo
	Presentador	Lunes 3	08:40	Ombú	Registro de enfermedad coronaria en el anciano
GIRONACCI Mariela	Disertante	Martes 4	08:30	Libertador B	Aspectos relevantes de la angiotensiona 1-7
GIUNTA Gustavo Ariel	Disertante	Lunes 3	15:30	Retiro C	Elevar el HDL: ¿Reduce el riesgo cardiovascular?
GOMEZ Jorge Elvio	Comentador	Martes 4	12:00	San Telmo	Pediatría III
GOMEZ LLAMBI Hernan	Comentador	Domingo 2	09:45	Martín Fierro II	Investigación básica
GOMEZ Rocio Celeste	Disertante	Domingo 2	10:45	Águila	Arritmias en el post operatorio de cirugía cardiovascular
GOMEZ SANTA MARIA Hector Raul	Presentador	Lunes 3	08:30	Ombú	Registro de enfermedad tromboembólica: Resultados finales
	Panelista	Martes 4	08:00	Libertador C	Consejo de Emergencias. SCA sin ST
	Disertante	Martes 4	15:00	Golden Horn	Insuficiencia cardíaca y diabetes. Una asociación frecuente
GONZALES ORÉ Bladimir Edilio	Comentador	Domingo 2	09:45	Retiro B	Insuficiencia cardíaca
GONZALEZ ALDUNATE Rolando	Disertante	Lunes 3	19:15	Retiro C	Variabilidad frecuencia cardíaca y muerte súbita
GONZALEZ Carlos Alberto	Disertante	Domingo 2	16:00	Águila	Ecocardiografía en la insuficiencia cardíaca
GONZALEZ INFANTINO Carlos	Disertante	Martes 4	15:00	Martín Fierro	Ácidos grasos: su influencia en la salud y en la enfermedad cardiovascular
GONZALEZ Jose Luis	Disertante	Lunes 3	10:00	La Pampa	Pacientes con baja FEy: Cardiodesfibriladores y resincronizadores
	Coordinador	Lunes 3	18:30	Libertador C	Simposio Bayer Healthcare. ESC en Argentina. Actualización de la prevención de los accidentes cerebrovaculares en la fibrilación auricular. Enfoque en la anticoagulación
	Disertante	Lunes 3	18:30	Libertador C	Introducción
	Disertante	Martes 4	08:15	Catalinas	Arritmias post ablación de FA
	Coordinador	Martes 4	16:45	Retiro B	Consejo de Cardiología Clínica + Consejo de Electrofisiología - Enfoque integral de la fibrilación auricular
GONZALEZ Juan Martin	Autor	Lunes 3	19:30	Martín Fierro	Revisión y actualización de la miocardiopatía aguda reversible catecolaminérgica: Tako Tsubo
GONZALEZ Mario	Conferencista	Domingo 2	11:45	Libertador C	Fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca. ¿Un problema de difícil solución?
	Disertante	Martes 4	08:00	Catalinas	Ablación de FA. ¿Cuál es la verdad?
GONZALEZ Miguel Angel	Antagonista	Domingo 2	15:00	Retiro C	Son necesarias las guías de prevención cardiovascular en mujeres
	Panelista	Lunes 3	15:00	Retiro A	CONAREC - Arritmias
	Disertante	Martes 4	17:30	Golden Horn	Pautas para evitar la reinternación
GONZALEZ NAYA Enrique	Panelista	Martes 4	16:45	Retiro A	Consejo de Ergometría y Rehabilitación y Consejo de Arritmias - Cardiología y deporte
GONZALEZ Nicolas	Panelista	Lunes 3	15:00	Retiro A	CONAREC - Arritmias
	Comentador	Martes 4	17:00	Martín Fierro	Aspectos controvertidos de la utilidad del CDI en prevención primaria de la muerte súbita en la cardiopatía isquémica. ¿Indicar o no indicar? Esta es la pregunta
GONZALEZ Silvia Marina	Coordinador	Domingo 2	15:00	Retiro C	Sesión conjunta SAC - Fundación Cardiológica Argentina. Programa Corazón y Mujer. Controversias de género
GONZALEZ ZUELGARAY Jorge	Panelista	Lunes 3	16:45	Martín Fierro	Enfermedad de Chagas: Nuevos aportes del tratamiento
	Disertante	Lunes 3	18:45	Retiro C	Osciladores biológicos y teoría del caos en relación con la muerte súbita
GORDON Mariano	Comentador	Lunes 3	08:00	Poncho	Cirugía
GOROCITO Marta Gloria	Coordinador	Lunes 3	15:00	Martín Fierro	Nuevos métodos diagnósticos en la enfermedad de Chagas
GRANCELLI Hugo Omar	Coordinador	Lunes 3	09:45	Retiro A	CONAREC - Insuficiencia cardíaca
	Antagonista	Lunes 3	11:45	Catalinas	El cardiodesfibrilador debe indicarse en todos los pacientes con disfunción ventricular izquierda grave
	Disertante	Lunes 3	17:00	Libertador B	Remodelamiento progresivo hacia la IC
	Agonista	Martes 4	13:00	Retiro B	AREA DE DOCENCIA. ¿Debería ser la Residencia el único sistema formador de especialistas?
	Comentador	Martes 4	17:00	Martín Fierro	Aspectos controvertidos de la utilidad del CDI en prevención primaria de la muerte súbita en la cardiopatía isquémica. ¿Indicar o no indicar? Esta es la pregunta
GRANJA Miguel Angel	Coordinador	Domingo 2	13:00	Auditorio	Avances en hemodinamia intervencionista en cardiopatías congénitas
GRASSO Mario Jose	Comentador	Lunes 3	09:45	Catalinas	Imágenes II
GRINFELD Liliana	Agonista	Domingo 2	15:30	Retiro C	Intervencionismo en síndromes coronarios agudos. El género importa
	Presidente	Lunes 3	11:45	Retiro C	Nuevas herramientas de estratificación y tratamiento anticoagulante en la fibrilación auricular
	Coordinador	Lunes 3	16:45	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Tratamiento percutáneo de la estenosis valvular aórtica
GRIPPO Maria Del C.	Coordinador	Lunes 3	09:45	Auditorio	Actualización en cardiología clínica pediátrica
GRZEDA Victor Mario	Disertante	Lunes 3	17:00	Catalinas	Imágenes
GUASTAVINO Diego Luis	Disertante	Domingo 2	17:15	Libertador C	Cirugía de urgencia
GUERCHICOFF Alejandra	Disertante	Domingo 2	15:00	Ombú	Genética para el cardiólogo clínico. Módulo I: Conceptos básicos de genética humana
	Disertante	Domingo 2	15:00	Ombú	El proyecto genoma humano: su contribución a la práctica médica
	Disertante	Domingo 2	15:15	Ombú	Mutación genética y "polimorfismos": qué significa detectar una mutación genética y cómo diferenciarla de una variación normal en la población
	Disertante	Domingo 2	15:50	Ombú	Aplicaciones para el diagnóstico de enfermedades cardiovasculares
	Disertante	Lunes 3	15:00	Ombú	Qué información provee un test genético: su impacto en el diagnóstico, pronóstico y conducta terapeútica en: síndrome de QT largo, taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica, síndrome de Brugada y QT corto y fibrilación auricular
	Disertante	Lunes 3	15:40	Ombú	Qué información provee un test genético: su impacto en el diagnóstico, pronótico y conducta terapéutica en: miocardiopatía hipertrófica, miocardiopatía dilatada, displasia arritmogénica del ventrículo derecho y miocardio no compacto
	Disertante	Martes 4	15:00	Ombú	Cuándo y a quién es conveniente indicar un test genético (selección del probando)
	Disertante	Martes 4	15:50	Ombú	Los fármacos diseñados "a medida" del genoma del paciente: ¿realidad o ficción?
	Disertante	Martes 4	16:05	Ombú	Aplicaciones clínicas: farmacogenética del clopidogrel y warfarina
	Panelista	Martes 4	16:20	Ombú	Discusión de casos clínicos y preguntas de los asistentes
GUERCHICOFF LEMCKE Marianna Silvia	Disertante	Lunes 3	15:00	Ombú	Qué información provee un test genético: su impacto en el diagnóstico, pronóstico y conducta terapeútica en: síndrome de QT largo, taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica, síndrome de Brugada y QT corto y fibrilación auricular
	Disertante	Lunes 3	15:40	Ombú	Qué información provee un test genético: su impacto en el diagnóstico, pronótico y conducta terapéutica en: miocardiopatía hipertrófica, miocardiopatía dilatada, displasia arritmogénica del ventrículo derecho y miocardio no compacto
	Disertante	Martes 4	15:07	Ombú	Consentimiento informado/Toma de muestra
	Coordinador	Martes 4	15:50	Ombú	Genética para el cardiólogo clínico. Módulo V: Medicina personalizada
	Panelista	Martes 4	16:20	Ombú	Discusión de casos clínicos y preguntas de los asistentes
GUETTA Javier	Presentador	Lunes 3	08:00	Ombú	Registro de Síndromes Aórticos Agudos
	Coordinador	Lunes 3	16:45	Retiro C	Estado del arte en terapia antiplaquetaria
GUGLIERI German	Comentador	Martes 4	08:00	Auditorio	Cardiología pediátrica II
GUILLEN Raúl Horacio	Panelista	Domingo 2	13:00	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Simposio St. Jude Medical/AGA Medical/Angiocor - Tratamiento integral de la fibrilación auricular
HAAG Dora Fabiana	Panelista	Lunes 3	09:45	Auditorio	Actualización en cardiología clínica pediátrica
HALAC Marcelo Elias	Panelista	Lunes 3	16:00	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
HALPERIN Jonathan	Disertante	Martes 4	13:00	Libertador C	El problema de la FA. Evaluación del riesgo de ACV en la práctica diaria
	Disertante	Martes 4	13:20	Libertador C	Dabigatrán vs warfarina en la prevención del ACV en pacientes con FA: Estudio RE-LY
	Panelista	Martes 4	14:00	Libertador C	Debate con panel de expertos
HASSON Isaac Sergio	Presidente	Martes 4	10:00	San Telmo	Insuficiencia cardíaca I
HERNANDEZ Daniel Osvaldo	Disertante	Lunes 3	08:00	Martín Fierro	Situación en zonas rurales argentinas: la provincia del Chaco
HIGA Claudio Cesar	Panelista	Domingo 2	13:00	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Simposio St. Jude Medical/AGA Medical/Angiocor - Tratamiento integral de la fibrilación auricular
	Coordinador	Domingo 2	16:45	Ombú	Taller de investigación. Módulo I - Leyendo artículos con mirada crítica
	Coordinador	Lunes 3	08:00	Ombú	Presentación de la actividad científica del Área de Investigación de la Sociedad Argentina de Cardiología
	Coordinador	Lunes 3	17:30	Ombú	Taller de investigación. Módulo II - De una idea al proyecto. Primeras herramientas para concretar su protocolo
HINDRICKS Gerhard	Disertante	Lunes 3	12:10	Libertador C	EuroPace 2011
HIRSCHSON PRADO Alfredo	Panelista	Lunes 3	10:45	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
	Coordinador	Martes 4	09:45	Golden Horn	Consejo de Insuficiencia Cardíaca + ECO + Electrofisiología - Selección de pacientes para terapia de resincronización cardíaca

Indice de Participantes

Participante	Carácter	Día	Inicio	Salón	Actividad
HITA Alejandro	Presidente	Domingo 2	11:45	Catalinas	INCUCAI - Células madre
	Coordinador	Lunes 3	08:00	Retiro C	V Encuentro Trasandino de Cardiología. Insuficiencia cardíaca. Biomarcadores y trastornos asociados
	Coordinador	Lunes 3	15:00	Libertador C	ESC en Argentina. Discusión de casos clínicos
HOCHT Christian	Comentador	Domingo 2	09:45	Martín Fierro II	Investigación básica
	Coordinador	Martes 4	08:00	Libertador B	Consejo de Hipertensión Arterial - Aspectos fisiopatológicos de la HTA
HRABAR Adrian Demetrio	Coordinador	Martes 4	09:45	Golden Horn	Consejo de Insuficiencia Cardíaca + ECO + Electrofisiología - Selección de pacientes para terapia de resincronización cardíaca
HUERIN Melina Sandra	Agonista	Domingo 2	15:00	Retiro C	Son necesarias las guías de prevención cardiovascular en mujeres
	Disertante	Martes 4	10:00	Retiro B	Se debe pedir una prueba evocadora de isquemia miocárdica previo a la cirugía carotídea?
HUMPHREYS Juan Durnford	Coordinador	Domingo 2	15:00	Libertador C	Estrategias de prevención de ACV en FA
IACOMETTI Gilbert M.	Panelista	Martes 4	08:00	Martín Fierro	Consejo de Ergometría y Rehabilitación Cardiovascular - Corazón, ejercicio y deportes
IAVICOLI Oscar R.	Comentador	Domingo 2	09:45	Retiro A	Sindromes coronarios agudos
IBAÑEZ Julio Omar	Coordinador	Martes 4	15:00	Libertador C	Fibrilación auricular
IGLESIAS Diego Esteban	Presentador	Domingo 2	16:56	Retiro B	Recomendaciones para el turismo de altura en pacientes cardiópatas
IGLESIAS Ricardo Mario	Antagonista	Domingo 2	15:30	Retiro C	Intervencionismo en síndromes coronarios agudos. El género importa
	Coordinador	Domingo 2	16:45	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Infarto agudo de miocardio
	Coordinador	Lunes 3	08:00	Retiro A	CONAREC - Síndromes coronarios
	Disertante	Lunes 3	13:00	Retiro A	Antiplaquetarios: buscando el equilibrio entre eficacia y seguridad
	Coordinador	Lunes 3	18:30	Libertador C	Simposio Bayer Healthcare. ESC en Argentina. Actualización de la prevención de los accidentes cerebrovaculares en la fibrilación auricular. Enfoque en la anticoagulación
	Disertante	Lunes 3	18:55	Libertador C	Terapéutica antitrombótica actual para los pacientes con fibrilación auricular: Beneficios y barreras.
ILHA GUIMARAES Jorge	Coordinador	Lunes 3	08:00	Libertador B	Sesión conjunta SAC - Sociedad Brasileña de Cardiología. El paciente valvular asintomático
	Disertante	Lunes 3	15:00	Retiro B	¿Existen nuevas evidencias para mejorar el tratamiento farmacológico?
INFANTE Juan	Comentador	Martes 4	08:00	Auditorio	Cardiología pediátrica II
INGINO Carlos A.	Co-director	Domingo 2	13:00	Retiro C	Simposio ENERI. Neurocardiología vascular. Nuevos paradigmas en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad vascular
	Disertante	Domingo 2	13:32	Retiro C	Nuevas opciones farmacológicas para el manejo de la enfermedad vascular según territorios
	Comentador	Lunes 3	09:45	Río de La Plata	Cardiología intervencionista II
	Coordinador	Martes 4	08:00	Retiro A	Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista - Mirando hacia el futuro en cardiología clínica e intervencionista
INSERRA Felipe	Presidente	Domingo 2	09:45	Catalinas	Hipertensión Arterial
	Disertante	Domingo 2	13:20	Retiro A	Factores pronósticos en el paciente hipertenso
	Coordinador	Domingo 2	16:45	Libertador B	El agua y el sodio en la salud y en la enfermedad
	Disertante	Lunes 3	13:20	Retiro B	Hipertensión y diabetes: analizamos la presencia de un mecanismo común. ¿Debemos tratarlos en forma independiente?
	Disertante	Martes 4	17:15	Libertador B	Diuréticos: ¿En quiénes, cuándo y qué diurético agregar?
IRALDE Gustavo	Coordinador	Domingo 2	09:45	Águila	XXII Jornada de Técnicos en Cardiología. Arritmias cardíacas
	Panelista	Martes 4	16:45	Retiro A	Consejo de Ergometría y Rehabilitación y Consejo de Arritmias - Cardiología y deporte
IRAVEDRA Jorge Alberto	Panelista	Lunes 3	16:00	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
IRIART Germán	Disertante	Domingo 2	15:30	Águila	Evaluación del paciente con apnea del sueño
ITHURALDE Mariano	Disertante	Lunes 3	10:05	Auditorio	¿Deben recibir antiagregación/anticoagulación a largo plazo los pacientes con cirugía de Fontán-Kreutzer? Evidencia disponible
ITHURALDE POSSE Alejandro	Disertante	Domingo 2	17:05	Auditorio	TAC convencional, RMN, TAC multicorte: ¿Qué debemos indicar en quién?
IZAGUIRRE Andres	Coordinador	Martes 4	15:00	Poncho	Consejo de Stroke. Stroke en la Unidad Coronaria ¿Que debe saber el cardiólogo?
JAIMOVICH Guillermo	Disertante	Domingo 2	15:30	Río de La Plata	Fibrinolisis: ¿Cuándo y cómo?
JUANEDA Ernesto	Panelista	Domingo 2	16:45	Auditorio	Nuevas tecnologías e imágenes en cardiopatías congénitas
	Presidente	Martes 4	08:00	Auditorio	Cardiología pediátrica II
KASTRATI Adnan	Disertante	Domingo 2	12:15	La Pampa	Visión del intervencionista
	Disertante	Domingo 2	16:45	La Pampa	Transporte de pacientes y terapéutica fármacoinvasiva
	Disertante	Lunes 3	15:30	La Pampa	Uso de los inhibidores de la GPIIb/IIIa en la unidad coronaria y en la sala de cateterismo
	Disertante	Martes 4	08:45	Retiro A	¿Angiografía temprana a todos los pacientes post fibrinolíticos? (Utilidad de la terapéutica fármacoinvasiva)
KAZELIAN Lucia Raquel	Disertante	Domingo 2	17:30	Río de La Plata	Manejo de los pacientes no operables
KERBAGE Soraya Dalel	Disertante	Martes 4	15:00	Retiro B	Dieta y ejercicio
KEVORKIAN Ruben	Presidente	Lunes 3	09:45	Retiro C	Cardiología intervencionista I
KILLINGER Carlos	Disertante	Lunes 3	08:15	Libertador B	Insuficiencia aórtica
KIRSCHMAN Diego	Panelista	Lunes 3	17:45	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
KLIN Pablo Alejandro	Disertante	Lunes 3	08:15	Retiro C	Sindrome cardiorrenal
KLYVER Jorge Benjamin	Comentador	Martes 4	14:00	San Telmo	Valvulopatías e hipertensión arterial
KOMAJDA Michel	Coordinador	Lunes 3	09:45	Libertador C	ESC en Argentina. Temas destacados de la Sociedad Europea de Cardiología. Parte 1
	Disertante	Lunes 3	09:50	Libertador C	Argentina: un nuevo socio
	Disertante	Lunes 3	10:00	Libertador C	Temas destacados del Congreso de la ESC 2011 en París
	Coordinador	Lunes 3	11:45	Libertador C	ESC en Argentina. Temas destacados de la Sociedad Europea de Cardiología. Parte 2
	Disertante	Lunes 3	13:30	Retiro C	Estudio SHIFT: Nuevos resultados e implicancias en la insuficiencia cardíaca
KORETZKY Martin Horacio	Coordinador	Lunes 3	08:00	Libertador C	Controversias en cardiopatía isquémica
KOTLIAR LUBLIN Virginia Carol	Panelista	Domingo 2	14:10	Retiro B	Discusión con panel de expertos
KOTOWICZ Vadim	Antagonista	Lunes 3	11:45	Río de La Plata	Se debe realizar siempre un implante valvular aórtico transcateter (TAVI) en pacientes con estenosis aórtica grave y riesgo elevado
	Disertante	Martes 4	17:15	Retiro C	Enfermedad carotídea asociada
KRAUSS Juan G.	Agonista	Domingo 2	11:45	Retiro A	Los tests evocadores previos a una cirugía no cardíaca son siempre necesarios
	Panelista	Domingo 2	16:45	Martín Fierro	Fundación Cardiológica Argentina - Abordaje multidisciplinario del paciente tabaquista. Casos clínicos. Discusión con expertos
	Presentador	Lunes 3	15:28	Libertador B	Tabaquismo
KREUTZER Christian	Panelista	Lunes 3	13:00	Auditorio	Estado del arte en cirugía cardiovascular de las cardiopatías congénitas
KREUTZER Guillermo	Jurado	Domingo 2	09:45	Auditorio	Temas Libres Preferidos candidatos al Premio "Rodolfo Kreutzer"
	Presidente	Lunes 3	11:45	Auditorio	Conferencia Plenaria: Preacondicionamiento isquémico remoto: Un nuevo método para prevenir el daño multiorgánico en enfermedad cardíaca congénita y adquirida
KREUTZER Rodolfo C.	Presidente	Lunes 3	12:00	San Telmo	Pediatría II
KUSCHNIR Paola	Comentador	Domingo 2	09:45	Río de La Plata	Imágenes I
	Disertante	Domingo 2	15:00	Retiro B	¿Qué aportan los nuevos métodos por imagen?
LA BRUNA Maria Cristina	Panelista	Lunes 3	13:45	Águila	Efectos de la salud mental en nuestro corazón
LA GRECA Rodolfo Daniel	Comentador	Lunes 3	09:45	Libertador B	Temas Libres Preferidos. 25º Aniversario de la entrega del Premio Fundación Dr. Pedro Cossio
	Coordinador	Lunes 3	18:30	Retiro A	Sesión conjunta SAC - Fundación Cardiológica Argentina - Ministerio de Salud Pública. Conocemos la prevalencia de los factores de riesgo vasculares en la Argentina. ¿Qué vamos a hacer?
LA MURA Ricardo	Disertante	Lunes 3	08:10	La Pampa	Tratamiento quirúrgico: Es de primera elección
	Agonista	Martes 4	11:45	Catalinas	Siempre se debe revascularizar a todos los pacientes con estenosis carotídea grave asintomática
	Panelista	Martes 4	16:45	Poncho	Consejo de Aterosclerosis y Trombosis y Consejo de Stroke - Prevención secundaria del ACV isquémico
LABADET Carlos D.	Comentador	Lunes 3	15:45	Libertador C	Fibrilación auricular: Comentarios sobre las guías ESC
	Panelista	Martes 4	14:00	Libertador C	Debate con panel de expertos
LACUNZA Carlos Diego	Presentador	Domingo 2	12:06	Martín Fierro	Consenso de chagas: Chagas agudo
LAGHEZZA Lidia Beatriz	Comentador	Martes 4	12:00	San Telmo	Pediatría III
LAGO Noemi Elisabet	Comentador	Lunes 3	16:00	San Telmo	Aterosclerosis y enfermedad vascular
	Disertante	Lunes 3	16:45	Martín Fierro	Implante de células autólogas
LAIÑO Ruben	Coordinador	Domingo 2	16:45	Retiro C	Manejo de las fuentes cardioembólicas
LAKOWSKY Alejandro Jose	Coordinador	Domingo 2	16:45	Catalinas	Insuficiencia mitral isquémica: una valvulopatía diferente
LANTERNIER Gaston	Comentador	Lunes 3	09:45	Catalinas	Imágenes II
LAPRESA Susana Beatriz	Coordinador	Martes 4	16:45	Martín Fierro	Carrera de Especialista en Cardiología. Residencias Cardiológicas Asociadas UBA - Ramos Mejía - Presentación de monografías seleccionadas. Promoción 2009-2010
LASPIUR Sebastian	Disertante	Lunes 3	18:30	Retiro A	Implementación de políticas nacionales para su control
LAX Jorge Alberto	Disertante	Domingo 2	17:00	Catalinas	Papel de las imágenes en la decisión clínica

Participante	Carácter	Día	Inicio	Salón	Actividad
LAZZARIN Omar Edgardo	Comentador	Domingo 2	12:00	San Telmo	Pediatría I
LEGUIZAMON Jorge Hugo	Coordinador	Domingo 2	11:45	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Enfermedad del tronco de la coronaria izquierda
	Disertante	Martes 4	15:45	Libertador B	Necrosis post intervención: ¿Un grupo de riesgo diferente?
LEIVA Gustavo Alfredo	Panelista	Lunes 3	17:45	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
	Panelista	Martes 4	09:45	Retiro A	Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista - Revascularización coronaria compleja. Estrategias para el salvataje miocárdico
LEON Carlos Andres	Disertante	Martes 4	15:15	Libertador C	¿Todas las insuficiencias mitrales con FA son quirúrgicas?
LERMAN Jorge	Coordinador	Domingo 2	13:00	Retiro B	Simposio Servier. Asociar dos drogas: ¿sumar o multiplicar efectos? Perindopril/Amlodipina, Potencia y Protección en Hipertensión Arterial y Enfermedad Coronaria
	Coordinador	Domingo 2	13:00	Retiro B	Introducción
	Disertante	Domingo 2	14:25	Retiro B	Conclusiones
	Coordinador	Lunes 3	15:00	Libertador B	Área de Consensos - Prevención cardiovascular
	Panelista	Lunes 3	16:45	Retiro A	CONAREC - Prevención cardiovascular
	Coordinador	Lunes 3	18:30	Retiro C	Sesión conjunta SAC - Instituto de Investigaciones Cardiológicas (UBA-CONICET). Ritmos biológicos en cardiología
	Disertante	Martes 4	15:30	Martín Fierro	Dieta mediterránea: la evidencia actual
LESCANO Adrian Jose	Panelista	Domingo 2	10:45	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista SAC
	Panelista	Lunes 3	08:00	Retiro A	CONAREC - Síndromes coronarios
	Disertante	Martes 4	15:30	Golden Horn	Insuficiencia cardíaca y disfunción tiroidea.
LEV Gustavo Alejandro	Coordinador	Martes 4	15:00	Libertador B	Angioplastia coronaria. De la hemodinamia a la clínica
LEWKOWICZ Julio Manuel	Disertante	Martes 4	15:45	Retiro A	Estrategia de seguimiento del paciente revascularizado
LICHIERI Alberto	Disertante	Lunes 3	13:40	La Pampa	Tratamiento endovascular de AAA que involucar las arterias iliacas. ¿Cuál es el límite de diámetro tolerado enlas arterias iliacas? ¿Cuándo embolizar arterias hipogástricas?
LIENDO Ricardo	Comentador	Lunes 3	10:00	San Telmo	Cirugía II
LINARES CASAS Juan Carlos	Panelista	Domingo 2	10:45	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista SAC
LINIADO Guillermo Ernesto	Comentador	Martes 4	09:45	Catalinas	Ateneo PROSAC: Apnea del sueño y enfermedad cardiovascular
LLOIS Susana Claudia	Antagonista	Martes 4	13:00	Retiro B	AREA DE DOCENCIA. ¿Debería ser la Residencia el único sistema formador de especialistas?
LOBO Lorenzo Martin	Disertante	Domingo 2	13:45	Martín Fierro	Trabajo en equipo: Debreifing. Impacto en la sobrevida
LONDERO Hugo Francisco	Disertante	Lunes 3	13:00	La Pampa	Disección aórtica tipo B. Estado actual de las indicaciones del tratamiento endovascular. ¿Solamente para pacientes complicados?
	Antagonista	Martes 4	11:45	Golden Horn	Las multimágenes reemplazarán al cateterismo en el diagnóstico de enfermedad coronaria
	Disertante	Martes 4	17:30	Retiro C	En paciente con aneurisma de aorta abdominal
LONGARINI Diego Alberto	Disertante	Domingo 2	13:00	Águila	Taller interactivo de arritmias cardíacas
LOPEZ CABANILLAS Nestor Hugo	Comentador	Lunes 3	08:00	Río de La Plata	Arritmias I
	Panelista	Martes 4	08:00	Catalinas	Consejo de Electrofisiología I - Nuevos conceptos en arritmias
LOPEZ Carlos Alfredo	Disertante	Domingo 2	10:05	Águila	Incidencia de fibrilación auricular en pacientes con vías accesorias
LOPEZ DE MUNAIN Maria Nieves	Presentador	Domingo 2	17:14	Retiro B	Confección de informes de medicina nuclear
LOPEZ Guillermo Gustavo	Presidente	Lunes 3	10:00	San Telmo	Cirugía II
LOPEZ MORA Joaquina	Disertante	Martes 4	16:00	Auditorio	Taller de radiología de tórax
LOPEZ SANTI Ricardo	Coordinador	Martes 4	16:45	Retiro C	Sesion Conjunta SAC - FAC. Revascularización miocárdica y patologías asociadas
LOWENSTEIN Jorge A.	Disertante	Domingo 2	17:15	Retiro C	Ateromatosis aórtica
	Comentador	Lunes 3	09:45	Retiro B	Imágenes III
LOYARTE Adriana Beatriz	Comentador	Domingo 2	12:00	San Telmo	Pediatría I
LOZADA Alfredo Federico	Disertante	Lunes 3	13:20	Libertador B	Lípidos y enfermedad cardiovascular: una relación creciente
	Coordinador	Martes 4	13:00	La Pampa	Simposio Abbott. Dislipidemia y enfermedad cardiovascular en el paciente de alto riesgo cardiovascular: nuevos mecanismos y tratamientos
LOZANO BERROTARAN Daniel H.	Disertante	Domingo 2	17:30	Retiro C	Tumores cardíacos
LUNA Stella Maris	Disertante	Lunes 3	17:30	Martín Fierro	¿Hay Chagas en Europa?
LYLYK Pedro	Director	Domingo 2	13:00	Retiro C	Simposio ENERI. Neurocardiología vascular. Nuevos paradigmas en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad vascular
	Disertante	Domingo 2	14:02	Retiro C	Enfermedad cerebro-vascular: De la simulación computacional a la terapéutica endovascular
MACCHIA Alejandro	Antagonista	Martes 4	11:45	La Pampa	Los fármacos para el tratamiento de la hipertensión pulmonar mejoran la calidad de vida y reducen la mortalidad
MACHAIN Hector Alejandro	Antagonista	Lunes 3	08:00	Libertador C	SIA: Debemos revascularizar solamente la arteria culpable
MACÍAS Edgardo	Panelista	Lunes 3	11:45	Águila	Evidencia de la práctica de la enfermería como perfusionista. Realidad argentino-colombiana
MAGGIONI Aldo	Disertante	Domingo 2	15:00	La Pampa	Puesta al día del tratamiento médico y rehabilitación en pacientes con insuficiencia cardíaca
	Disertante	Lunes 3	10:30	La Pampa	Terapia de células progenitoras en insuficiencia cardíaca. Punto de vista crítico
MAGLIO Francisco	Disertante	Domingo 2	13:00	Libertador C	Simposio Gador. El "ESCUCHATORIO" en la relación médico-paciente
MAGLIOLA Ricardo	Disertante	Lunes 3	17:05	Auditorio	Realizar ECMO en Argentina: ¿Ficción o realidad? Resultados disponibles
MAHIA Mariana Cecilia	Autor	Lunes 3	18:30	Martín Fierro	Síndrome cardiorenal
MAID Gustavo Fabian	Panelista	Domingo 2	13:00	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Simposio St. Jude Medical/AGA Medical/Angiocor - Tratamiento integral de la fibrilación auricular
MAISULS Hector Ricardo	Disertante	Lunes 3	09:45	Auditorio	Endocarditis infecciosa 2011. ¿Debemos seguir las recomendaciones internacionales?
	Disertante	Martes 4	15:30	La Pampa	Provincia de Córdoba
MAJUL Claudio	Comentador	Domingo 2	09:45	Catalinas	Hipertensión Arterial
	Disertante	Martes 4	17:05	Auditorio	Emergencias hipertensivas
MAKHOUL Silvia Susana	Comentador	Lunes 3	09:45	Retiro B	Imágenes III
MANCINI Blas Bernardino	Presidente	Lunes 3	08:00	Poncho	Cirugía
	Disertante	Martes 4	16:45	Libertador C	Estrategias para su elección (Cirugía)
MANENTE Diego Guillermo	Presentador	Lunes 3	09:00	Ombú	Estudio VARK. Métodos de aprendizaje en la actividad docente cardiológica
	Disertante	Martes 4	08:00	Retiro B	Estratificación del riesgo cardiovascular. ¿Qué score aplicar en Argentina?
MANGANI Nicolas Martin	Disertante	Domingo 2	15:45	Águila	Nuevas técnicas en resincronización ventricular
MANGANIELLO Juan Emilio	Comentador	Martes 4	14:00	San Telmo	Valvulopatías e hipertensión arterial
MANUALE Osvaldo Daniel	Disertante	Martes 4	10:00	La Pampa	Valor complementario de las multi-imágenes en la miocardiopatía hipertrófica
MARANI Alberto	Panelista	Martes 4	08:00	Martín Fierro	Consejo de Ergometría y Rehabilitación Cardiovascular - Corazón, ejercicio y deportes
MARANTZ Pablo	Coordinador	Domingo 2	16:45	Auditorio	Nuevas tecnologías e imágenes en cardiopatías congénitas
MARENCHINO Ricardo Gustavo	Comentador	Lunes 3	10:00	San Telmo	Cirugía I
	Disertante	Lunes 3	17:30	Catalinas	Síndrome aórtico agudo
MARIANI Javier	Disertante	Domingo 2	10:30	Libertador C	HTP y disfunción ventricular izquierda: ¿Cuál es el tratamiento?
MARICHAL Pablo	Disertante	Domingo 2	17:00	Águila	Diferencias entre la prueba ergométrica convencional y el test cardiopulmonar
MARIN Marcos Jose	Disertante	Martes 4	17:30	Libertador B	HTA resistente
MARINO Javier Claudio	Disertante	Lunes 3	18:45	Auditorio	Nuevos aspectos clínicos en la insuficiencia cardíaca
	Disertante	Martes 4	15:15	Golden Horn	Depresión en el paciente con insuficiencia cardíaca. ¿Cómo actuar?
MARTINENGHI Mario O.	Coordinador	Martes 4	15:00	Retiro A	XXII Jornada Rioplatense de Cardiologia. Síndrome coronario estable
MARTINEZ Adriana	Disertante	Domingo 2	15:15	Retiro A	Papel de la RMN
MARTINEZ AQUINO Eleno	Presidente	Domingo 2	14:00	San Telmo	Sindromes coronarios agudos I
MARTINEZ Felipe	Disertante	Lunes 3	13:40	Libertador B	¿El bloqueo de la aldosterona previene el daño cardiovascular?
MARTINEZ SANCHEZ Carlos	Disertante	Lunes 3	16:45	Retiro B	¿Cómo optimizar el tratamiento farmacológico?
MARTINEZ TRABA Monica	Disertante	Martes 4	10:00	Retiro B	¿Qué estudios vasculares debemos hacer en un paciente con estenosis carotídea asintomática?
MARTINEZ VEGA Mónica	Coordinador	Domingo 2	13:00	Libertador B	Simposio Merck Sharp & Dohme. Estudio SHARP: Nuevas evidencias en riesgo cardiovascular
MARTIRE Victor Daniel	Presidente	Lunes 3	14:00	San Telmo	Imágenes I
MARTURANO Maria Pia	Comentador	Domingo 2	14:00	San Telmo	Sindromes coronarios agudos I
	Disertante	Lunes 3	08:00	Retiro B	Asociación entre hemorragia y mortalidad
MASOLI Osvaldo H.	Jurado	Lunes 3	09:45	Libertador B	Temas Libres Preferidos. 25º Aniversario de la entrega del Premio Fundación Dr. Pedro Cossio
	Coordinador	Lunes 3	13:00	Retiro C	Simposio Servier. ESC en Argentina. Un paso adelante en el tratamiento de la enfermedad coronaria y de la insuficiencia cardíaca
	Disertante	Lunes 3	13:55	Retiro C	Ivabradina en la práctica diaria. Casos clínicos
	Disertante	Lunes 3	15:15	Retiro B	¿Han cambiado los criterios de revascularización después del STICH?
	Disertante	Martes 4	08:00	Retiro C	Evaluación de la microcirculación en la génesis de la enfermedad coronaria
MASSON JUAREZ Walter Mauricio	Comentador	Lunes 3	17:00	Libertador C	Enfermedad vascular periférica. Comentarios sobre las guías ESC
	Disertante	Martes 4	08:30	Retiro B	Factores de riesgo. ¿Hasta dónde reducirlos?

Indice de Participantes

Participante	Carácter	Día	Inicio	Salón	Actividad
MATTARUCCO Betiana Luz	Panelista	Domingo 2	17:30	Águila	Taller interactivo: Presentación de casos clínicos
MAURO Daniel Omar	Panelista	Domingo 2	17:45	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
	Coordinador	Martes 4	08:00	Retiro A	Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista - Mirando hacia el futuro en cardiología clínica e intervencionista
MAURO Sergio Oscar	Disertante	Domingo 2	15:45	Martín Fierro	¿Son necesarios los "suplementos y vitaminas" para mejorar el rendimiento? Mitos y realidades
	Panelista	Martes 4	08:00	Martín Fierro	Consejo de Ergometría y Rehabilitación Cardiovascular - Corazón, ejercicio y deportes
MAURO Victor Miguel	Disertante	Domingo 2	15:15	Catalinas	Estrategias fármaco invasivas: ¿Qué drogas? ¿En qué momento?
MAUTNER Branco	Coordinador	Lunes 3	15:00	Catalinas	Síncope en diferentes poblaciones
	Panelista	Martes 4	13:00	Retiro B	AREA DE DOCENCIA. ¿Debería ser la Residencia el único sistema formador de especialistas?
MAYER Marcos	Panelista	Martes 4	09:45	Poncho	Consejo de Aterosclerosis y Trombosis - Riesgo cardiovascular en la enfermedad hepática grasa no alcohólica
MAYER Ruben Jose	Antagonista	Domingo 2	11:45	Retiro A	Los tests evocadores previos a una cirugía no cardíaca son siempre necesarios
MAZZEI María Emilia	Disertante	Domingo 2	16:45	Libertador B	El sodio en la dieta
	Disertante	Martes 4	15:15	Martín Fierro	Los ácidos grasos en los alimentos
MAZZETTI Héctor	Disertante	Domingo 2	17:30	Retiro A	Endocarditis en marcapasos
MEDESANI Luis Alberto	Disertante	Lunes 3	17:00	Martín Fierro	Cardiodesfibriladores y resincronizadores
MEHRAN Roxana	Coordinador	Domingo 2	09:45	La Pampa	TCT@CACI@SAC - Angina estable
	Disertante	Domingo 2	10:30	La Pampa	Cómo identificar pacientes estables de alto riesgo
	Disertante	Domingo 2	17:00	La Pampa	Elección de la terapéutica antitrombínica y antagonistas del sistema ADP
	Disertante	Lunes 3	15:45	La Pampa	Desafíos médicos: 1. Paciente anticoagulado crónico que requiere angioplastia y doble antiagregación plaquetaria. 2. Paciente con doble antiagregación plaquetaria por stent con droga que requiere cirugía
MEJAIL Ricardo Ivan	Comentador	Martes 4	12:00	San Telmo	Prevención
MELE Eduardo F.	Presentador	Lunes 3	15:35	Libertador B	Diabetes
	Disertante	Lunes 3	17:15	Retiro B	¿Quién debe ser revascularizado?
	Disertante	Martes 4	10:00	Libertador C	¿Cuándo está indicada la angioplastia a múltiples vasos o TCI?
MENDIZ Oscar Alfredo	Disertante	Lunes 3	08:00	La Pampa	Tratamiento percutáneo: Está indicado en pacientes sintomáticos y asintomáticos
	Operador	Martes 4	11:45	Libertador C	Implante valvular aórtico percutáneo. Caso en vivo
MENDOZA FIGUEREDO Oscar	Presentador	Martes 4	09:15	Martín Fierro	Presentación y discusión de casos clínicos
MENDOZA Sonia Teresita	Panelista	Domingo 2	17:30	Águila	Taller interactivo: Presentación de casos clínicos
MENENDEZ Marcelo Fernando	Comentador	Domingo 2	16:00	San Telmo	Cardiología intervencionista II
	Panelista	Martes 4	09:45	Retiro A	Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista - Revascularización coronaria compleja. Estrategias para el salvataje miocárdico
MENGA Guillermo	Coordinador	Domingo 2	09:45	Libertador C	Sesión conjunta SAC- Asociación Argentina de Medicina Respiratoria. Hipertensión pulmonar no tromboembólica
MERETTA Alejandro Horacio	Coordinador	Martes 4	11:45	Golden Horn	Las multimágenes reemplazarán al cateterismo en el diagnóstico de enfermedad coronaria
MICELI Miguel Angel	Coordinador	Lunes 3	13:00	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Simposio AMT-Medtronic. Tratamiento endovascular de la patología aórtica torácica y abdominal. Nuevos dispositivos para nuevos desafíos
	Coordinador	Lunes 3	16:45	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Tratamiento percutáneo de la estenosis valvular aórtica
MIERES OJEDA Juan Ramon	Panelista	Domingo 2	10:45	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista SAC
	Panelista	Martes 4	08:00	Retiro A	Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista - Mirando hacia el futuro en cardiología clínica e intervencionista
MIGLIARO Guillermo Oscar	Panelista	Lunes 3	09:15	La Pampa	Presentación de un caso
	Panelista	Martes 4	08:00	Retiro A	Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista - Mirando hacia el futuro en cardiología clínica e intervencionista
MIGLIORE Ricardo A.	Comentador	Lunes 3	12:05	Libertador C	Discusion
	Comentador	Lunes 3	19:00	Martín Fierro	Estenosis aórtica grave con bajo flujo, bajo gradiente y fracción de eyección conservada: Consideraciones fisiopatológicas e implicancias para la práctica clínica
	Disertante	Martes 4	08:00	La Pampa	Discordancias en las guías. ¿Cómo interpretarlas?
	Disertante	Martes 4	17:45	Auditorio	Semiología cardiovascular ¿Qué espacio ocupa en la evaluación de los pacientes valvulares en el año 2011?
MILEI Jose	Coordinador	Lunes 3	18:30	Retiro C	Sesión conjunta SAC - Instituto de Investigaciones Cardiológicas (UBA-CONICET). Ritmos biológicos en cardiología
	Disertante	Lunes 3	18:30	Retiro C	Variabilidad baroquimioreceptorial
MILITELLO Claudio Alejandro	Coordinador	Lunes 3	08:00	Martín Fierro	Jornada Argentino-Boliviana de Cardiología. Epidemiología y terapéutica parasiticida
MILLAN Diana Raquel	Coordinador	Domingo 2	16:45	Martín Fierro	Fundación Cardiológica Argentina - Abordaje multidisciplinario del paciente tabaquista. Casos clínicos. Discusión con expertos
MINAR Erich	Comentador	Lunes 3	16:15	Libertador C	Discusión
	Disertante	Lunes 3	16:45	Libertador C	Enfermedad vascular periférica. Puntos claves de las guías ESC
MITELMAN Jorge Eduardo	Presentador	Domingo 2	12:21	Martín Fierro	Insuficiencia cardíaca
	Coordinador	Lunes 3	09:45	Martín Fierro	Enfermedad de Chagas en la República Argentina: Políticas de Salud
MODENESI Juan Carlos	Coordinador	Martes 4	15:00	Retiro B	Consejo de Cardiología Clínica - Reduciendo el riesgo cardiovascular en el paciente diabético
MOLLON Francisco Pedro	Disertante	Domingo 2	17:00	Retiro C	Foramen oval permeable
MOLTEDO Jose Manuel	Presidente	Domingo 2	09:40	Auditorio	Apertura del XIV Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica
	Coordinador	Lunes 3	15:00	Auditorio	Nuevas tendencias en arritmias y electrofisiología pediátrica
MONSALVO Maria Laura	Presentador	Lunes 3	08:10	Ombú	Estudio PENSAR. Percepción de enfermedad en sindromes coronarios agudos
MOREYRA Eduardo (h)	Presidente	Domingo 2	16:00	San Telmo	Cardiología intervencionista II
MORIS César	Agonista	Lunes 3	11:45	Río de La Plata	Se debe realizar siempre un implante valvular aórtico transcateter (TAVI) en pacientes con estenosis aórtica grave y riesgo elevado
	Disertante	Lunes 3	17:15	La Pampa	Resultados intrahospitalarios y a largo plazo del reemplazo valvular aórtico percutáneo
	Disertante	Martes 4	10:45	Retiro A	Oclusiones coronarias crónicas. ¿Cómo y cuándo?
MOTTA Domingo Agripino	Disertante	Domingo 2	17:00	Poncho	Deportes y MCH
MOURATIAN Diana Mariela	Presidente	Martes 4	12:00	San Telmo	Pediatría III
MUJICA Hugo Dante	Panelista	Lunes 3	09:45	Martín Fierro	Enfermedad de Chagas en la República Argentina: Políticas de Salud
MULASSI Andres Hector	Comentador	Domingo 2	09:45	Ombú II	Epidemiología y prevención
	Presentador	Lunes 3	08:50	Ombú	Estudio Elvira Carboni. Educación y concientización de los factores de riesgo coronario en la provincia de Buenos Aires
	Coordinador	Martes 4	09:45	Retiro B	Consejo de Stroke y Epidemiología. Qué hacer y qué no hacer con la afectación significativa de múltiples territorios vasculares.
MUNIN Martin Alejandro	Disertante	Martes 4	09:45	La Pampa	Eco 3D en el diagnóstico de las miocardiopatías
NACINOVICH Francisco	Presentador	Domingo 2	11:52	Martín Fierro	Aspectos infectológicos
NAU Gerardo Juan	Panelista	Lunes 3	08:00	Catalinas	Consejo de Electrofisiología - Arritmias en el consultorio
NAVIA Daniel Oscar	Disertante	Domingo 2	12:00	La Pampa	Visión del cirujano
	Disertante	Martes 4	17:00	La Pampa	Cirugía de revascularización miocárdica. ¿Cuándo?
NAVIA Jose	Coordinador	Martes 4	16:45	La Pampa	Disfunción ventricular isquémica crónica: después del STICH
NEUMAN Horacio	Panelista	Martes 4	16:45	Poncho	Consejo de Aterosclerosis y Trombosis y Consejo de Stroke - Prevención secundaria del ACV isquémico
NIETO Juan Jose	Panelista	Lunes 3	09:45	Auditorio	Actualización en cardiología clínica pediátrica
NOJEK Carlos A.	Disertante	Lunes 3	12:00	La Pampa	Evidencias en el tratamiento quirúrgico en la insuficiencia mitral
	Presidente	Martes 4	11:45	Auditorio	Conferencia plenaria: Desarrollo congnitivo en pacientes con cardiopatías congénitas. Implicancias en el desarrollo en la vida adulta
	Disertante	Martes 4	17:00	Retiro C	El paciente con cirugía valvular simultánea
NUL Daniel R.	Comentador	Martes 4	10:00	San Telmo	Insuficiencia cardíaca II
	Coordinador	Martes 4	11:45	La Pampa	Los fármacos para el tratamiento de la hipertensión pulmonar mejoran la calidad de vida y reducen la mortalidad
NUÑEZ BURGOS Celestino Federico	Panelista	Lunes 3	08:00	Martín Fierro	Jornada Argentino-Boliviana de Cardiología. Epidemiología y terapéutica parasiticida
NUÑEZ BURGOS Javier	Panelista	Lunes 3	08:00	Martín Fierro	Jornada Argentino-Boliviana de Cardiología. Epidemiología y terapéutica parasiticida
OBERTI Pablo Fernando	Disertante	Martes 4	08:45	La Pampa	La ecocardiografía en los tiempos del reemplazo valvular percutáneo
OBREGON Gabriela	Coordinador	Martes 4	15:00	Ombú	Genética para el cardiólogo clínico. Módulo IV: Consejo genético
OCHOA Juan Pablo	Presentador	Lunes 3	17:15	Libertador C	Caso clínico. Paciente con SCA sin ST
OJEDA Gustavo Horacio	Panelista	Martes 4	08:00	Retiro C	Consejo de Cardiología Nuclear. ¿Estrategias para evaluar la enfermedad coronaria? Presente y futuro
OJEDA Juan de La Cruz	Presidente	Martes 4	14:00	San Telmo	Cardiología clínica I
OLIVA Martin Hector	Disertante	Lunes 3	15:15	Martín Fierro	Valor del PROBNP

Indice de Participantes

Participante	Carácter	Día	Inicio	Salón	Actividad
ONTIVEROS Gustavo Adolfo	Disertante	Domingo 2	16:05	Ombú	Cómo leer e interpretar publicaciones científicas de cardiología genética
	Disertante	Domingo 2	16:45	Poncho	Genética de la MCH. ¿Las mutaciones pueden predecir el futuro?
	Coordinador	Lunes 3	15:00	Ombú	Genética para el cardiólogo clínico. Módulo III: Tests genéticos
	Coordinador	Lunes 3	15:40	Ombú	Genética para el cardiólogo clínico. Módulo III: Tests genéticos
	Disertante	Martes 4	15:17	Ombú	Qué hacer si un paciente llega a la consulta con el resultado de un test genético
	Disertante	Martes 4	15:27	Ombú	Autopsia molecular
	Panelista	Martes 4	16:20	Ombú	Discusión de casos clínicos y preguntas de los asistentes
ORIOLO Salvador	Presidente	Domingo 2	16:00	San Telmo	Arritmias II
ORTEGA Daniel F.	Antagonista	Lunes 3	11:45	Retiro B	El eco es útil para seleccionar pacientes para resincronizar
OSEROFF Oscar	Comentador	Lunes 3	14:00	San Telmo	Arritmias III
	Coordinador	Lunes 3	15:00	Retiro A	CONAREC - Arritmias
OSSES Juan	Disertante	Domingo 2	10:15	Libertador C	HTP idiopática
OTAÑO Nancy	Disertante	Domingo 2	17:00	Águila	Diferencias entre la prueba ergométrica convencional y el test cardiopulmonar
PACIOLO Graciela Beatriz	Panelista	Domingo 2	17:30	Águila	Taller interactivo: Presentación de casos clínicos
PAEZ Olga Beatriz L.	Disertante	Martes 4	17:00	Libertador B	HTA en la mujer menopáusica
PALACIO Jose Maria	Coordinador	Lunes 3	08:45	Águila	Manejo de drogas vasoactivas y monitoreo hemodinámico en pediatría
PALACIOS Alejandro	Disertante	Domingo 2	10:15	La Pampa	Decisiones en la sala de cateterismo. ¿La angiografía es suficiente? El estudio funcional con FFR
	Panelista	Domingo 2	13:00	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Simposio St. Jude Medical/AGA Medical/Angiocor - Tratamiento integral de la fibrilación auricular
	Presidente	Lunes 3	09:45	Río de La Plata	Cardiología intervencionista II
	Disertante	Lunes 3	13:15	Retiro A	Los antiplaquetarios en la sala de hemodinamia
PANGARO Oscar Mario	Disertante	Martes 4	08:45	Retiro B	Aspirina en prevención primaria de alto riesgo y en diabéticos
PANIAGUA DE DECOUD María	Presidente	Lunes 3	15:00	Retiro B	Sesión conjunta SAC - Sociedad Sudamericana de Cardiología - Insuficiencia cardíaca 2011
PANTALENA Silvia Patricia	Presidente	Martes 4	12:00	San Telmo	Prevención
PANZA Julio	Conferencista	Domingo 2	11:45	Libertador B	Evaluación de viabilidad miocárdica en pacientes con miocardiopatía isquémica
	Disertante	Domingo 2	15:15	Libertador B	Reconstrucción quirúrgica en la miocardiopatía isquémica crónica
PAOLASSO Ernesto	Coordinador	Domingo 2	13:00	Catalinas	Simposio AstraZeneca. Sindromes Coronarios Agudos: Trasladando resultados de estudios clínicos a la práctica real
	Disertante	Domingo 2	13:00	Catalinas	Introducción
	Disertante	Domingo 2	14:20	Catalinas	Conclusiones y cierre
PAPADOPOULOS Alejandra	Disertante	Domingo 2	09:45	Águila	Sindrome de Lown Ganong Levine. ¿Haz anómalo o simple conducción AV acelerada?
PAPANTONIOU Alonso	Presentador	Domingo 2	17:56	Retiro B	Recomendaciones para viajes aéreos en pacientes cardiópatas
PARODI Juan Carlos	Coordinador	Lunes 3	13:00	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Simposio AMT-Medtronic. Tratamiento endovascular de la patología aórtica torácica y abdominal. Nuevos dispositivos para nuevos desafíos
PAROLA Marisa Laura	Comentador	Domingo 2	09:45	Ombú I	Cardiología clínica
PATEL Manesh	Disertante	Lunes 3	19:20	Libertador C	Estrategias antitrombóticas emergentes para la prevención de los accidentes cerebrovasculares en pacientes con fibrilación auricular.
PAUTASSO Enrique Jose	Coordinador	Martes 4	15:00	Martín Fierro	Fundación Cardiológica Argentina - Nutrientes y alimentos para la salud cardiovascular
PAYASLIAN Miguel Oscar	Disertante	Lunes 3	17:30	La Pampa	Consenso y Registro Argentino del Reemplazo Valvular Aórtico Percutáneo
PECORARO Carlos Alberto	Disertante	Domingo 2	13:30	Martín Fierro	¿Qué es calidad en RCP?
PEDRAZA Noemi Claudia	Panelista	Lunes 3	16:45	Auditorio	Actualización en cirugía y recuperación cardiovascular en pediatría
PEDROZA Carlos Ernesto	Presidente	Lunes 3	16:00	San Telmo	Aterosclerosis y enfermedad vascular
PEIDRO Roberto Maximino	Coordinador	Domingo 2	15:00	Martín Fierro	Fundación Cardiológica Argentina - Ejercicio, salud y deportes
	Presentador	Domingo 2	17:02	Retiro B	Apto médico cardiovascular para la participación en deportes
	Presentador	Lunes 3	15:42	Libertador B	Sedentarismo
	Coordinador	Martes 4	08:00	Martín Fierro	Consejo de Ergometría y Rehabilitación Cardiovascular - Corazón, ejercicio y deportes
	Coordinador	Martes 4	16:45	Retiro A	Consejo de Ergometría y Rehabilitación y Consejo de Arritmias - Cardiología y deporte
PEIRONE Alejandro Roman	Presidente	Domingo 2	11:45	Auditorio	Nuevas opciones de imágenes 3D en cateterismo intervencionista: angiografía rotacional. Un avance significativo
	Presidente	Martes 4	14:30	Auditorio	Cierre del XIV Congreso Argentino de Cardiología Pediátrica
PELICHE Fernando	Comentador	Domingo 2	09:45	Retiro A	Sindromes coronarios agudos
PELTZ Guillermo Horacio	Presentador	Lunes 3	16:00	Libertador C	Caso clínico. Paciente con enfermedad vascular periférica
	Comentador	Lunes 3	16:00	San Telmo	Aterosclerosis y enfermedad vascular
PEÑAFORT Gonzalo	Comentador	Domingo 2	09:45	Retiro A	Sindromes coronarios agudos
PERDOMO FONSECA Imelda Beatriz	Coordinador	Lunes 3	11:45	Águila	Evidencia de la práctica de la enfermería como perfusionista. Realidad argentino-colombiana
	Coordinador	Lunes 3	17:30	Águila	Ventajas de la ventilación no invasiva en el cardiópata crítico. Papel de la enfermería
PEREDA Gustavo	Disertante	Martes 4	15:15	Retiro A	Tratamiento médico del paciente no revascularizable con angor resistente
PEREDO Horacio Angel	Coordinador	Martes 4	08:00	Libertador B	Consejo de Hipertensión Arterial - Aspectos fisiopatológicos de la HTA
	Comentador	Martes 4	10:00	San Telmo	Investigación, Educación y Chagas
PEREIRO GONZALEZ Stella Maris	Presentador	Domingo 2	17:44	Retiro B	Normas para el uso de la ventilación no invasiva en insuficiencia cardíaca
PEREYRA Nahuel	Disertante	Domingo 2	10:25	Águila	Mapeo electrocardiográfico de sustratos arritmogénicos
PEREZ BALIÑO Néstor	Comentador	Lunes 3	09:45	Libertador B	Temas Libres Preferidos. 25º Aniversario de la entrega del Premio Fundación Dr. Pedro Cossio
	Coordinador	Martes 4	08:00	Retiro C	Consejo de Cardiología Nuclear. ¿Estrategias para evaluar la enfermedad coronaria? Presente y futuro
	Presidente	Martes 4	11:45	Retiro C	Papel de las imágenes no invasivas en la evaluación diagnóstica y pronóstica del paciente con cardiopatía isquémica
PEREZ BALIÑO Pablo Ernesto	Comentador	Domingo 2	14:00	San Telmo	Cardiología intervencionista I
	Panelista	Lunes 3	10:45	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
	Panelista	Martes 4	08:00	Retiro A	Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista - Mirando hacia el futuro en cardiología clínica e intervencionista
PEREZ DE ARENAZA Diego	Presentador	Domingo 2	17:20	Retiro B	Confección de informes de resonancia magnética
	Disertante	Lunes 3	16:45	Libertador B	¿Qué técnica de imágenes es preferible?
	Coordinador	Martes 4	16:45	Catalinas	Consejo de Tomografía Computada y Resonancia Magnética Cardíaca. Nuevas aplicaciones de la tomografía computada
PEREZ DE LA HOZ Ricardo Alfredo	Coordinador	Domingo 2	15:00	Retiro A	Miocardio no compactado: Diagnóstico y sobrediagnóstico
	Disertante	Martes 4	15:45	La Pampa	Hospital universitario
PEREZ ETCHEPARE Raul	Panelista	Lunes 3	15:00	Retiro A	CONAREC - Arritmias
PEREZ Gonzalo Emanuel	Panelista	Lunes 3	15:00	Retiro A	CONAREC - Arritmias
	Panelista	Martes 4	13:00	Retiro B	AREA DE DOCENCIA. ¿Debería ser la Residencia el único sistema formador de especialistas?
PEREZ Marcelo Hector	Panelista	Martes 4	08:00	Libertador C	Consejo de Emergencias. SCA sin ST
PEREZ NUÑEZ Hernan	Autor	Lunes 3	19:00	Martín Fierro	Estenosis aórtica grave con bajo flujo, bajo gradiente y fracción de eyección conservada: Consideraciones fisiopatológicas e implicancias para la práctica clínica
PEREZ Roberto Daniel	Comentador	Domingo 2	09:45	Río de La Plata	Imágenes I
PEREZ Sylvia Patricia Del Valle	Comentador	Domingo 2	09:45	Martín Fierro I	Hipertensión pulmonar y tromboembolismo de pulmón
PEREZ-VILLACASTÍN Julián	Disertante	Domingo 2	15:30	Catalinas	Tratamiento de las arritmias en el infarto agudo
PERNA Eduardo Roque	Disertante	Martes 4	16:45	Golden Horn	Descompensación con cumplimiento de las pautas terapéuticas. ¿A qué atribuirla? ¿Cómo prevenirla?
PERRONE Sergio Victor	Disertante	Lunes 3	10:15	La Pampa	Dispositivos definitivos de asistencia ventricular izquierda
	Agonista	Martes 4	11:45	La Pampa	Los fármacos para el tratamiento de la hipertensión pulmonar mejoran la calidad de vida y reducen la mortalidad
PERSI Gabriel	Disertante	Martes 4	15:15	Poncho	Complicaciones cerebrovasculares de los procedimientos cardiovasculares. ¿Cómo prevenirlas?
PESCE Ricardo	Presentador	Domingo 2	12:16	Martín Fierro	Arritmias en enfermedad de Chagas
	Panelista	Lunes 3	16:45	Martín Fierro	Enfermedad de Chagas: Nuevos aportes del tratamiento
PEYRANO Patricia Valeria	Disertante	Domingo 2	15:15	Águila	Insuficiencia cardíaca aguda
PIAZZA Ramon Antonio	Disertante	Lunes 3	17:30	Libertador B	Manejo quirúrgico
PICAREL Anibal Enrique	Presidente	Martes 4	14:00	San Telmo	Cardiología clínica II
PICCININI Fernando	Comentador	Lunes 3	10:00	San Telmo	Cirugía I
PINTO Fausto Jose	Disertante	Lunes 3	10:00	Libertador C	Temas destacados del Congreso de la ESC 2011 en París
	Disertante	Lunes 3	11:45	Libertador C	EuroEcho 2010
PIÑEIRO Daniel José	Presidente	Domingo 2	09:45	Retiro C	Válvulopatías
	Coordinador	Domingo 2	15:00	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Insuficiencia cardíaca de etiología isquémica
	Presidente	Lunes 3	11:45	Libertador B	Visión crítica sobre el eco 3D
	Disertante	Martes 4	08:15	La Pampa	Nuevos marcadores pronósticos
PIOMBO Alfredo Cesar	Disertante	Martes 4	08:45	Libertador C	Seguimiento en la conducta conservadora
	Coordinador	Martes 4	15:00	La Pampa	Hospital público 2011

Indice de Participantes

Participante	Carácter	Día	Inicio Salón	Actividad
PIRAINO Ruben A.	Coordinador	Lunes 3	11:45 La Pampa	TCT@SAC@CACI - Desafíos en el tratamiento de la insuficiencia mitral
	Coordinador	Lunes 3	13:00 La Pampa	TCT@SAC@CACI - Simposio AMT-Medtronic. Tratamiento endovascular de la patología aórtica torácica y abdominal. Nuevos dispositivos para nuevos desafíos
	Coordinador	Lunes 3	15:00 La Pampa	TCT@SAC@CACI - Tratamiento antitrombótico
	Disertante	Lunes 3	18:15 La Pampa	Palabras de Cierre TCT@CACI@SAC
PISKORZ Daniel L.	Panelista	Domingo 2	14:10 Retiro B	Discusión con panel de expertos
	Disertante	Lunes 3	14:10 Catalinas	¿Es importante bloquear el SRA en hipertensos? ¿Tienen ventajas los ARA II?
PIZARRO Christian	Disertante	Domingo 2	13:00 Auditorio	Selección de pacientes y resultados en tratamiento híbrido del síndrome de corazón izquierdo hipoplásico
	Disertante	Lunes 3	13:00 Auditorio	Neonato con obstrucción crítica en el tracto de salida de ventrículo izquierdo: ¿Estrategia uni o biventricular?
	Disertante	Lunes 3	13:40 Auditorio	Opción de shunt en cirugía de Noewood: evidencia actual
	Disertante	Lunes 3	17:45 Auditorio	Opciones quirúrgicas en enfermedad de Ebstein's neonatal
	Panelista	Martes 4	13:00 Auditorio	Reunión con expertos. Presentación de 3 casos
PIZARRO Rodolfo	Panelista	Lunes 3	09:45 Retiro A	CONAREC - Insuficiencia cardíaca
	Disertante	Lunes 3	17:00 Retiro B	¿Contribuyen las imágenes para definir las conductas terapéuticas?
POCOVI Antonio Alberto	Coordinador	Lunes 3	08:00 La Pampa	TCT@SAC@CACI - Enfermedad carotídea extracraneana
POLONO Pablo	Disertante	Martes 4	16:45 Catalinas	Tomografía multicorte y SPECT: cómo se combina la información pronóstica
POMES IPARRAGUIRRE Horacio	Disertante	Martes 4	10:30 Libertador C	¿Es mejor la estrategia fármaco invasiva?
PONCE Juan Manuel	Panelista	Martes 4	08:00 Retiro A	Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista - Mirando hacia el futuro en cardiología clínica e intervencionista
PORCILE Rafael	Disertante	Lunes 3	08:00 Retiro C	Biomarcadores
	Coordinador	Martes 4	16:45 Golden Horn	Consejo de Insuficiencia Cardíaca + Consejo de Emergencias - Insuficiencia cardíaca descompensada
PREGNO Elian	Disertante	Martes 4	13:45 Martín Fierro	El médico en el mundo real. Universidad - Profesión - Futuro. ¿Cómo se prepara y qué encuentra? "La eterna búsqueda del bienestar"
PRESA Carlos Alberto	Comentador	Lunes 3	08:00 Poncho	Cirugía
PREVIGLIANO Ignacio	Disertante	Martes 4	16:45 Poncho	Endarterectomía vs. angioplastia
PREZIOSO Horacio	Disertante	Martes 4	08:30 La Pampa	¿Hasta cuándo esperar?
PUCHULU Felix	Disertante	Lunes 3	13:05 Libertador C	Sindrome metabólico y diabetes. ¿Qué hay de nuevo?
QUIROGA Barbara Elena	Autor	Martes 4	17:45 Martín Fierro	Reemplazo valvular percutáneo como opción terapéutica para la estenosis aórtica severa
RABINOVICH Rafael	Disertante	Lunes 3	08:00 Catalinas	El paciente sano con arritmia ventricular
RACKI Mario	Disertante	Martes 4	17:00 Retiro B	FA asociada a insuficiencia cardíaca: Una entidad aparte
RAFFAELLI Hector Alfredo	Comentador	Lunes 3	10:00 San Telmo	Cirugía II
	Coordinador	Martes 4	16:45 Libertador C	Válvulas protésicas
RAMIREZ Agustin Jose	Disertante	Martes 4	08:45 Libertador B	Mecanismo baroreflejo
RAMOS Maria Silvina	Coordinador	Domingo 2	16:45 Poncho	Miocardiopatía hipertrófica
RAPALLO Carlos Alberto	Panelista	Martes 4	08:00 Retiro C	Consejo de Cardiología Nuclear. ¿Estrategias para evaluar la enfermedad coronaria? Presente y futuro
REDINGTON Andrew	Disertante	Domingo 2	17:25 Auditorio	Disfunción biventricular en pacientes con hipertensión pulmonar: evaluación y tratamiento
	Conferencista	Lunes 3	11:45 Auditorio	Conferencia Plenaria: Preacondicionamiento isquémico remoto: Un nuevo método para prevenir el daño multiorgánico en enfermedad cardíaca congénita y adquirida
	Disertante	Lunes 3	16:00 Auditorio	¿Qué causa falla tardía luego de cirugía de Fontán-Kreutzer?
	Disertante	Martes 4	10:35 Auditorio	Remodelamiento de ventrículo derecho luego de la reparación de tetralogía de Fallot: implicancias en la evolución alejada y tiempo de reintervención
	Panelista	Martes 4	13:00 Auditorio	Reunión con expertos. Presentación de 3 casos
REDRUELLO Marcela Fabiana	Comentador	Lunes 3	16:00 San Telmo	Imágenes II
	Panelista	Martes 4	09:45 Retiro C	Sesión conjunta Consejo de Cardiología Nuclear, Consejo de Ecocardiografía y Consejo de Tomografía y Resonancia - Abordaje de la insuficiencia cardíaca en la era de la multimodalidad de imágenes
REY Ricardo Horacio	Disertante	Domingo 2	13:40 Libertador B	Qué hacemos hoy y qué haremos a partir de la nueva evidencia en el tratamiento de los lípidos
	Presentador	Lunes 3	15:21 Libertador B	Dislipidemias
	Panelista	Lunes 3	16:45 Retiro A	CONAREC - Prevención cardiovascular
RIARTE Adelina	Coordinador	Lunes 3	09:45 Martín Fierro	Enfermedad de Chagas en la República Argentina: Políticas de Salud
RICCITELLI Miguel	Coordinador	Martes 4	09:45 Libertador C	Consejo de Emergencias Cardiovasculares. SCA con ST
RIDNER Edgardo	Disertante	Martes 4	15:45 Martín Fierro	Efectos extraóseos del calcio
RIVAS Carlos Antonio	Disertante	Martes 4	15:30 Catalinas	RMC en pacientes con arritmia ventricular.
ROCHITTE Carlos	Agonista	Martes 4	11:45 Golden Horn	Las multimágenes reemplazarán al cateterismo en el diagnóstico de enfermedad coronaria
	Disertante	Martes 4	17:15 Catalinas	Evaluación de la enfermedad coronaria con nuevos desarrollos en tomografía multicorte: equipos 256 y 320 filas
RODRIGUEZ Alfredo	Disertante	Domingo 2	10:00 La Pampa	Revascularización miocárdica 2011: La angioplastia sigue siendo la mejor opción
	Coordinador	Lunes 3	16:00 La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
	Disertante	Martes 4	10:15 Retiro A	Selección de los pacientes para angioplastia de TCI. Resultados de estudios randomizados
RODRIGUEZ GRANILLO Gaston Alfredo	Coordinador	Domingo 2	13:00 Retiro C	Simposio ENERI. Neurocardiología vascular. Nuevos paradigmas en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad vascular
	Disertante	Domingo 2	13:47 Retiro C	Importancia de la elección de las imágenes no invasivas en la toma de decisiones terapéuticas
RODRIGUEZ Pablo Dario	Panelista	Domingo 2	14:10 Retiro B	Discusión con panel de expertos
	Disertante	Martes 4	16:45 Libertador B	¿Cuándo y cómo comenzar terapia farmacológica en la HTA?
RODRIGUEZ Roberto Aurelio	Presidente	Domingo 2	12:00 San Telmo	Arritmias I
RODRIGUEZ Walter	Comentador	Lunes 3	10:00 San Telmo	Cirugía II
	Comentador	Martes 4	16:45 Martín Fierro	Revisión y actualización del tratamiento invasivo del aneurisma de aorta abdominal
ROITER Hector Gabriel	Coordinador	Lunes 3	18:30 Martín Fierro	Carrera de Especialista en Cardiología. Residencias Cardiológicas Asociadas UBA - Ramos Mejía - Presentación de monografías seleccionadas. Promoción 2009-2010
	Comentador	Martes 4	10:00 San Telmo	Investigación, Educación y Chagas
	Disertante	Martes 4	15:00 Auditorio	¿Cómo elegir una Residencia Médica?
ROJAS MATAS Carlos Alberto	Disertante	Martes 4	08:00 Retiro A	Indicaciones y resultados del cierre percutáneo de la orejuela izquierda
ROLANDI Florencia	Coordinador	Domingo 2	15:00 Retiro C	Sesión conjunta SAC - Fundación Cardiológica Argentina. Programa Corazón y Mujer. Controversias de género
	Disertante	Lunes 3	15:15 La Pampa	Antiagregantes plaquetarios. Diagramas de uso de clopidogrel, prasugrel y ticagrelor
ROMERA Gustavo Cesar	Disertante	Martes 4	15:40 Auditorio	Taller de Electrocardiografía y vectocardiografía
ROMERO VILLANUEVA Horacio	Panelista	Lunes 3	16:45 Martín Fierro	Enfermedad de Chagas: Nuevos aportes del tratamiento
ROSENDE Andres	Panelista	Lunes 3	16:45 Retiro A	CONAREC - Prevención cardiovascular
	Autor	Lunes 3	18:45 Martín Fierro	Obesidad y síndrome metabólica en niños y adolescentes
ROSSO Diego Esteban	Comentador	Lunes 3	09:45 Poncho	Arritmias II
ROSTAGNO Román	Disertante	Lunes 3	14:00 La Pampa	Complicaciones del EVAR y su resolución. ¿Es posible resolverlas por vía endovascular? ¿Es necesaria la conversión a cielo abierto?
ROURA Pablo	Comentador	Martes 4	14:00 San Telmo	Cardiología clínica I
	Disertante	Martes 4	17:15 Libertador C	¿Qué es el mismatch?
ROUSSEAU Juan Jose	Presidente	Domingo 2	14:00 San Telmo	Cardiología intervencionista I
RUBILAR Alejandra Bibiana Noemi	Panelista	Martes 4	09:45 Retiro A	Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista - Revascularización coronaria compleja. Estrategias para el salvataje miocárdico
RUBINETTI Héctor	Coordinador	Lunes 3	16:45 Libertador B	Manejo de la IC crónica isquémica
RUILOPE Luis	Disertante	Domingo 2	13:40 Retiro A	Avanzando hacia la meta. Papel actual de las combinaciones antihipertensivas
RUIZ Graciela Aurora	Disertante	Lunes 3	15:45 Catalinas	Neurogénico
SALAZAR Adriana Ines	Coordinador	Martes 4	13:00 Martín Fierro	Area de Políticas de Salud. Bienestar médico: ¿qué hacemos por nosotros?
SALMO Jose Fabian	Panelista	Martes 4	11:45 Libertador C	Implante valvular aórtico percutáneo. Caso en vivo
SALMON BLUMBERG Eduardo	Disertante	Martes 4	09:45 Golden Horn	Indicaciones no convencionales
SALOMONE Oscar Alejandro	Comentador	Domingo 2	09:45 Retiro B	Insuficiencia cardíaca
SALVATI Ana Maria	Coordinador	Domingo 2	15:00 Catalinas	Sesión conjunta SAC - Sociedad Española de Cardiología. Infarto con supradesnivel del ST: manejo en las primeras horas
SALZBERG Simon Mario	Disertante	Domingo 2	17:15 Catalinas	Manejo en la unidad coronaria
	Panelista	Martes 4	11:45 Libertador C	Implante valvular aórtico percutáneo. Caso en vivo
SAMAJA Gustavo	Panelista	Domingo 2	10:45 La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista SAC
SAMPAOLESI Alberto	Coordinador	Lunes 3	09:00 La Pampa	TCT@SAC@CACI - Nuevo enfoque en el tratamiento de la hipertensión arterial

Participante	Carácter	Día	Inicio Salón	Actividad
SAMPO Eduardo A.	Coordinador	Domingo 2	16:45 Retiro B	Área de Consenso - Presentación de normas
	Coordinador	Lunes 3	15:00 Libertador B	Área de Consensos - Prevención cardiovascular
SANABRIA Hugo Daniel	Disertante	Martes 4	15:15 Retiro B	Control glucémico intensivo o convencional
SANCHEZ Javier Albino	Presidente	Lunes 3	16:00 San Telmo	Ergometría
SANCHEZ LUCEROS Diego Gonzalo	Disertante	Martes 4	10:30 Golden Horn	A 3 años del PROSPECT. Papel del ecocardiograma
SANCHEZ Ramiro	Coordinador	Domingo 2	13:00 Retiro A	Simposio Boehringer Ingelheim. Hipertensión arterial: ¿Hacia dónde vamos?
	Disertante	Domingo 2	13:00 Retiro A	Metas antihipertensivas: ¿Cuáles? ¿En quiénes? ¿Por qué?
	Disertante	Domingo 2	17:00 Libertador B	Manejo de la HTA en el paciente sal sensible
	Presentador	Lunes 3	15:14 Libertador B	Hipertensión arterial
	Disertante	Martes 4	10:00 Libertador B	Objetivo de presión arterial y daño cognitivo
	Presidente	Martes 4	11:45 Libertador B	Conferencia homenaje al Dr. Hugo Baglivo: "Inflamación y daño de órgano blanco en la hipertensión: lo bueno y lo malo"
SANDOVAL Miguel Angel	Coordinador	Lunes 3	13:00 Águila	Función del enfermero en la categorización del paciente con riesgo cardiovascular. La identificación precoz de los síndromes coronarios agudos
SANGENIS Patricia	Disertante	Domingo 2	15:15 Martín Fierro	El entrenamiento para los deportes recreativos: ¿Cómo, cuánto, dónde, con qué elementos?
	Coordinador	Martes 4	08:00 Martín Fierro	Consejo de Ergometría y Rehabilitación Cardiovascular - Corazón, ejercicio y deportes
SANSALONE Rodolfo A.	Comentador	Domingo 2	12:00 San Telmo	Arritmias I
SANTAERA Omar Anibal	Coordinador	Lunes 3	08:00 La Pampa	TCT@SAC@CACI - Enfermedad carotídea extracraneana
	Antagonista	Lunes 3	08:45 Libertador C	El tratamiento de elección de la lesión grave de tronco es la cirugía
	Disertante	Lunes 3	17:00 Retiro C	Trombosis del stent hoy
SANTANDER Walther Fernando	Comentador	Lunes 3	09:45 Retiro C	Cardiología intervencionista I
SANTOS Jose Maximo	Comentador	Martes 4	12:00 San Telmo	Prevención
SARAVIA TOLEDO Sebastian	Presidente	Martes 4	11:45 Martín Fierro	Rehabilitación supervisada o domiciliaria en insuficiencia cardíaca. ¿Qué nos dejó el HF Action?
	Comentador	Martes 4	14:00 San Telmo	Cardiología clínica II
SARDELLA Angela	Presidente	Domingo 2	12:00 San Telmo	Pediatría I
SARMIENTO Ricardo Aquiles	Coordinador	Domingo 2	16:45 La Pampa	TCT@SAC@CACI - Infarto agudo de miocardio
	Panelista	Martes 4	08:00 Retiro A	Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista - Mirando hacia el futuro en cardiología clínica e intervencionista
SARRIES Alejandro Jose	Coordinador	Martes 4	16:45 Catalinas	Consejo de Tomografía Computada y Resonancia Magnética Cardíaca. Nuevas aplicaciones de la tomografía computada
SARUBBI Augusto Luis	Coordinador	Martes 4	15:00 Libertador B	Angioplastia coronaria. De la hemodinamia a la clínica
SCAZZUSO Fernando Adrian	Disertante	Domingo 2	13:20 La Pampa	La ablación de venas pulmonares como tratamiento curativo/paliativo de la fibrilación auricular en pacientes con FA paroxística y persistente
	Panelista	Lunes 3	08:00 Catalinas	Consejo de Electrofisiología - Arritmias en el consultorio
SCHARGRODSKY Herman E.	Presidente	Domingo 2	09:45 Ombú II	Epidemiología y prevención
SCHENA Roberto Gustavo	Panelista	Martes 4	08:00 Libertador C	Consejo de Emergencias. SCA sin ST
SCHIFIS Hugo	Coordinador	Domingo 2	16:45 Libertador C	Sesión conjunta SAC-Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría. Cardiopatías en el paciente mayor
SCHLICHTER Andres J.	Coordinador	Lunes 3	13:00 Auditorio	Estado del arte en cirugía cardiovascular de las cardiopatías congénitas
SCHOJ Verónica	Panelista	Domingo 2	16:45 Martín Fierro	Fundación Cardiológica Argentina - Abordaje multidisciplinario del paciente tabaquista. Casos clínicos. Discusión con expertos
SCHREIER Laura Ester	Disertante	Martes 4	10:00 Poncho	Hígado graso no-alcoholico, ¿agrava el cuadro lipoproteico-inflamatorio?
SCHROH Ana Myriam	Coordinador	Domingo 2	15:00 Auditorio	Consejo de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Adulto
SCHYGIEL Pablo Omar	Coordinador	Martes 4	15:00 Auditorio	JORNADA PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA
	Coordinador	Martes 4	16:45 Auditorio	JORNADA PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA
SCIEGATA Alberto M.	Coordinador	Domingo 2	15:00 Ombú	Genética para el cardiólogo clínico. Módulo I: Conceptos básicos de genética humana
	Coordinador	Domingo 2	15:50 Ombú	Genética para el cardiólogo clínico. Módulo II: Introducción a las técnicas de biología y genética molecular
	Panelista	Lunes 3	15:00 Auditorio	Nuevas tendencias en arritmias y electrofisiología pediátrica
	Disertante	Lunes 3	15:15 Catalinas	En niños y adolescentes
SCUTERI Antonio	Comentador	Lunes 3	09:45 Retiro C	Cardiología intervencionista I
	Disertante	Lunes 3	13:20 La Pampa	Tratamiento endovascular de AAA en anatomía hostil. Indicaciones off-label
	Panelista	Martes 4	09:45 Retiro A	Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista - Revascularización coronaria compleja. Estrategias para el salvataje miocárdico
SENESI Maximo	Coordinador	Lunes 3	08:00 Catalinas	Consejo de Electrofisiología - Arritmias en el consultorio
SEVLEVER Gustavo	Conferencista	Domingo 2	11:45 Catalinas	INCUCAI - Células madre
SICA Nestor Alberto	Coordinador	Lunes 3	08:00 Águila	Hipertensión en el embarazo y riesgos cardiovasculares
	Coordinador	Lunes 3	09:45 Águila	Incidencia de la enfermedad de Chagas en el binomio materno-fetal
SICURELLO Maria Irene	Comentador	Domingo 2	12:00 San Telmo	Pediatría I
SIERRA Melisa Andrea	Autor	Lunes 3	19:15 Martín Fierro	Trombolíticos en el tromboembolismo de pulmón: Del alto al moderado riesgo
SILVEIRA Mariano Gabriel	Coordinador	Domingo 2	16:45 Águila	XXII Jornada de Técnicos en Cardiología. Prueba ergométrica graduada
SILVEIRA MORAES FILHO Ruy	Disertante	Domingo 2	15:30 Martín Fierro	Evaluaciones médicas antes de comenzar un deporte: "el famoso APTO"
	Disertante	Martes 4	09:00 Martín Fierro	El ejercicio como tratamiento: Evidencias recientes y aplicaciones prácticas en el paciente diabético
	Disertante	Martes 4	17:00 Retiro A	El deporte y el sistema nervioso autónomo. ¿Es todo hipertonía vagal?
SINGH Nestor Isaac	Coordinador	Lunes 3	08:00 Retiro B	Hemorragia en sindromes isquémicos agudos
SINIAWSKI Daniel Alberto	Disertante	Domingo 2	13:20 Libertador B	Analizando el tratamiento de los lípidos con el Estudio SHARP
	Disertante	Lunes 3	15:45 Retiro C	HDL BAJO: qué no dicen las guías
SINISI Victor Alfredo	Coordinador	Domingo 2	11:45 Retiro B	Ya es hora de reemplazar a los dicumarínicos
	Disertante	Martes 4	15:00 La Pampa	Provincia de Buenos Aires
SNYDER Christopher	Disertante	Domingo 2	17:45 Auditorio	Evaluación de riesgo en síndrome de Wolf-Parkinson-White. Tratamiento intervencionista mediante el uso de tecnología 3D
	Disertante	Lunes 3	10:25 Auditorio	Tratamiento quirúrgico de arritmias en pacientes con cardiopatías congénitas
	Disertante	Lunes 3	15:00 Auditorio	Arritmias fetales. Bloqueo AV completo. Indicaciones de estimulación cardíaca
	Disertante	Lunes 3	15:40 Auditorio	Muerte súbita cardíaca en pediatría y en pacientes con cardiopatías congénitas
	Panelista	Martes 4	13:00 Auditorio	Reunión con expertos. Presentación de 3 casos
SOIFER Saul	Presidente	Domingo 2	09:45 Poncho	Aterosclerosis, lípidos y diabetes
SOKN Fernando José	Coordinador	Martes 4	09:45 Catalinas	Ateneo PROSAC: Apnea del sueño y enfermedad cardiovascular
SOMOZA María Inés	Panelista	Domingo 2	16:45 Martín Fierro	Fundación Cardiológica Argentina - Abordaje multidisciplinario del paciente tabaquista. Casos clínicos. Discusión con expertos
SOOKOIAN Silvia	Disertante	Martes 4	10:15 Poncho	Aspectos moleculares en la trasnformación grasa del hígado y su impacto en el riesgo cardiovascular: de la cama del paciente a la mesa del laboratorio.
SORIA Carlos Alberto	Presidente	Martes 4	14:00 San Telmo	Valvulopatías e hipertensión arterial
SOSA ESTANI Sergio	Disertante	Lunes 3	09:45 Martín Fierro	Actividades conjuntas SAC-Programa Nacional de Chagas
SOSA Francisco Antonio	Panelista	Lunes 3	09:45 Martín Fierro	Enfermedad de Chagas en la República Argentina: Políticas de Salud
SOSA LIPRANDI Alvaro	Jurado	Lunes 3	09:45 Libertador B	Temas Libres Preferidos. 25º Aniversario de la entrega del Premio Fundación Dr. Pedro Cossio
	Coordinador	Lunes 3	13:00 Libertador B	Simposio Pfizer. De la prevención al daño cardiovascular: cada día algo nuevo
	Disertante	Lunes 3	13:00 Libertador B	Riesgo cardiovascular global: un concepto consolidado
	Comentador	Lunes 3	18:00 Libertador C	SCA sin ST. Comentarios sobre las guías ESC
SOSA LIPRANDI Maria Ines	Agonista	Domingo 2	16:00 Retiro C	El manejo de la insuficiencia cardíaca es diferente en hombres y mujeres
	Disertante	Martes 4	16:45 La Pampa	Optimizando el tratamiento médico
SPINA Salvador Vicente	Comentador	Lunes 3	09:45 Retiro B	Imágenes III
	Coordinador	Martes 4	08:00 La Pampa	Consejo de Ecocardiografía - Estenosis aórtica severa
SPOLIDORO Jose Antonio	Coordinador	Martes 4	15:00 Martín Fierro	Fundación Cardiológica Argentina - Nutrientes y alimentos para la salud cardiovascular
	Coordinador	Martes 4	15:00 Retiro B	Consejo de Cardiología Clínica - Reduciendo el riesgo cardiovascular en el paciente diabético
SPOSATO Luciano	Panelista	Martes 4	14:00 Libertador C	Debate con panel de expertos
STEFANI Amalia Noemi	Panelista	Lunes 3	15:00 Auditorio	Nuevas tendencias en arritmias y electrofisiología pediátrica
STEIN Ricardo	Coordinador	Domingo 2	15:00 Martín Fierro	Fundación Cardiológica Argentina - Ejercicio, salud y deportes
	Disertante	Martes 4	08:30 Martín Fierro	Evaluaciones pre participativas en deportes: ¿Será la hora para ponernos de acuerdo?
	Conferencista	Martes 4	11:45 Martín Fierro	Rehabilitación supervisada o domiciliaria en insuficiencia cardíaca. ¿Qué nos dejó el HF Action?
	Disertante	Martes 4	16:45 Retiro A	Síncope en el deportista: ¿Cuándo debemos preocuparnos?

Indice de Participantes

Participante	Carácter	Día	Inicio	Salón	Actividad
STONE Gregg	Coordinador	Domingo 2	09:45	La Pampa	TCT@CACI@SAC - Angina estable
	Disertante	Domingo 2	11:50	La Pampa	Angioplastia o cirugía. Revisión de la evidencia. Ensayos clínicos actuales
	Disertante	Domingo 2	15:45	La Pampa	Insuficiencia mitral en la miocardiopatía dilatada. Resultados dela terapéutica endovascular
	Disertante	Domingo 2	17:15	La Pampa	Consideraciones especiales para el tratamiento del infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST. Papel de los dispositivos de trombectomía
	Disertante	Lunes 3	11:45	La Pampa	Evidencias en el tratamiento percutáneo en la insuficiencia mitral
	Disertante	Lunes 3	15:00	La Pampa	Mortalidad del sangrado en pacientes con sindromes coronarios agudos
STORINO Ruben A.	Disertante	Lunes 3	08:30	Martín Fierro	Tratamiento antiparasitario: Indicaciones específicas
	Disertante	Lunes 3	15:45	Martín Fierro	¿La condicion social y el alfabetismo condiciona el pronóstico?
STREIGER Mirtha	Panelista	Lunes 3	09:45	Martín Fierro	Enfermedad de Chagas en la República Argentina: Políticas de Salud
STRUMINGER Marcelo	Disertante	Martes 4	15:00	La Pampa	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
STUTZBACH Pablo Guillermo	Disertante	Lunes 3	17:00	La Pampa	Definición de alto riesgo quirúrgico. Indicaciones actuales del reemplazo valvular aórtico percutáneo
	Panelista	Martes 4	11:45	Libertador C	Implante valvular aórtico percutáneo. Caso en vivo
	Disertante	Martes 4	15:20	Auditorio	Educación Médica Continua. Valor de las Sociedades Científicas
	Comentador	Martes 4	17:45	Martín Fierro	Reemplazo valvular percutáneo como opción terapéutica para la estenosis aórtica severa
SWIESZKOWSKI Sandra	Coordinador	Domingo 2	13:00	Martín Fierro	Fundación Cardiológica Argentina - Reanimación cardiopulmonar.
	Coordinador	Lunes 3	13:00	Río de La Plata	Formación de líderes para el desarrollo de programas de la Fundación Cardiológica Argentina en los Distritos
	Disertante	Lunes 3	18:50	Retiro A	La actitud de los argentinos ante los factores de riesgo
	Disertante	Martes 4	16:45	Auditorio	Muerte súbita cardíaca. Estado del arte en el manejo del PCR.
SZEJNFELD Mario J.	Panelista	Domingo 2	16:00	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
	Disertante	Domingo 2	17:30	Libertador C	Angioplastia primaria
	Panelista	Martes 4	09:45	Retiro A	Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista - Revascularización coronaria compleja. Estrategias para el salvataje miocárdico
SZTEJFMAN Luis Carlos	Presentador	Lunes 3	15:49	Libertador B	Factores psicosociales
	Coordinador	Lunes 3	17:45	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
SZULMAN Gabriela	Disertante	Domingo 2	12:00	Águila	Tabaquismo en edades pediátricas
TAJER Carlos D.	Disertante	Domingo 2	15:45	Libertador B	¿Qué define la conducta: clínica, estudio funcional o anatomía?
	Coordinador	Domingo 2	16:45	Libertador B	El agua y el sodio en la salud y en la enfermedad
	Disertante	Martes 4	08:15	Libertador C	Momento óptimo para la angiografía coronaria y la revascularización miocárdica
	Coordinador	Martes 4	09:45	Martín Fierro	Revista Argentina de Cardiología. Combatiendo el "burn-out". Narrativa en cardiología
	Disertante	Martes 4	13:00	Retiro A	Simposio Diagnóstico Maipú. Novedades tecnológicas en la evaluación no invasiva de la patología cardiovascular
TAJER Debora	Disertante	Martes 4	13:00	Martín Fierro	Los médicos como sujetos. Una mirada hacia adentro. Un viaje reflexivo
TALAVERA Maria Lujan	Disertante	Domingo 2	09:45	Libertador C	Clasificación y diagnóstico
	Presentador	Martes 4	09:45	Catalinas	Caso clínico de hipertensión arterial
TARASOUTCHI Flavio	Disertante	Lunes 3	08:30	Libertador B	Válvula aórtica bicúspide. ¿Qué recomendamos?
	Disertante	Lunes 3	16:45	Catalinas	La aorta dilatada con válvula bicúspide
TARTAGLIONE (H) Jorge E.	Presentador	Lunes 3	15:56	Libertador B	Obesidad
TAVELLA Margarita	Disertante	Domingo 2	13:15	Martín Fierro	Reanimación cardiopulmonar avanzada. Algoritmo circular y cuidados post paro cardíaco
TELAYNA Juan M.	Comentador	Domingo 2	16:00	San Telmo	Cardiología intervencionista II
TETTAMANTI Maria Estela	Coordinador	Lunes 3	16:45	Libertador B	Manejo de la IC crónica isquémica
	Coordinador	Martes 4	08:00	Golden Horn	Consejo de Insuficiencia Cardíaca. Novedades en la terapéutica de la insuficiencia cardíaca
THIERER Jorge	Panelista	Domingo 2	16:00	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
	Disertante	Domingo 2	17:15	Libertador B	La sal y el agua en la insuficiencia cardíaca
	Coordinador	Lunes 3	16:45	Ombú	Taller de investigación. Módulo II - Leyendo artículos científicos con mirada crítica
	Comentador	Lunes 3	18:30	Martín Fierro	Síndrome cardiorenal
	Disertante	Martes 4	08:45	Golden Horn	¿Cambió la comprensión del modelo fisiopatológico?
	Coordinador	Martes 4	13:00	Retiro B	AREA DE DOCENCIA. ¿Debería ser la Residencia el único sistema formador de especialistas?
	Coordinador	Martes 4	17:30	Ombú	Taller de investigación. Módulo III - De una idea al proyecto. Primeras herramientas para concretar su protocolo
THUER Oscar L.	Coordinador	Martes 4	13:00	Auditorio	Reunión con expertos. Presentación de 3 casos
TINETTI Jorge O.	Coordinador	Lunes 3	08:00	Retiro B	Hemorragia en sindromes isquémicos agudos
TOMASELLA Marcos Pedro	Panelista	Lunes 3	15:00	Martín Fierro	Nuevos métodos diagnósticos en la enfermedad de Chagas
TORINO Augusto Fernando	Coordinador	Lunes 3	11:45	Retiro B	El eco es útil para seleccionar pacientes para resincronizar
TORRES Diego	Panelista	Lunes 3	16:45	Águila	Las infecciones asociadas a los procedimientos endovasculares: Lo que debemos hacer para disminuir su incidencia
TORRESANI Ernesto Marcelo	Panelista	Domingo 2	17:45	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
	Disertante	Martes 4	10:00	Retiro A	Revascularización adecuada en puentes venosos
TORTORELLA Roberto L.	Comentador	Lunes 3	16:00	San Telmo	Ergometría
TRAININI Jorge Carlos	Coordinador	Domingo 2	16:45	Catalinas	Insuficiencia mitral isquémica: una valvulopatía diferente
	Panelista	Lunes 3	10:45	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
	Disertante	Martes 4	09:45	Martín Fierro	El nacimiento de la clínica
TRAVERSO Sonia S.	Comentador	Domingo 2	09:45	Río de La Plata	Imágenes I
TRENTACOSTE Luis	Panelista	Domingo 2	13:00	Auditorio	Avances en hemodinamia intervencionista en cardiopatías congénitas
TRIVI Marcelo Sergio	Antagonista	Domingo 2	11:45	Retiro B	Ya es hora de reemplazar a los dicumarínicos
	Panelista	Domingo 2	13:50	Catalinas	Preguntas a los expertos
	Disertante	Domingo 2	13:10	Retiro B	Marcando la diferencia en el tratamiento del paiente coronario
	Comentador	Lunes 3	19:30	Martín Fierro	Revisión y actualización de la miocardiopatía aguda reversible catecolaminérgica: Tako Tsubo
	Disertante	Martes 4	08:30	Libertador C	Los nuevos antiagregantes: ¿modifican la estrategia?
	Disertante	Martes 4	17:25	Auditorio	Síndromes coronarios agudos. ¿Qué debe conocer el médico de la emergencia móvil?
TRONGE Jorge Enrique	Conferencista	Martes 4	11:45	Retiro B	Conferencia Fundación Dr. Pedro Cossio. 40 años de unidad coronaria. ¿Qué hemos aprendido?
TUCCI Ruben	Panelista	Martes 4	13:00	Retiro B	AREA DE DOCENCIA. ¿Debería ser la Residencia el único sistema formador de especialistas?
TURRI Domingo	Coordinador	Lunes 3	08:00	Libertador C	Controversias en cardiopatía isquémica
	Comentador	Lunes 3	16:00	San Telmo	Ergometría
UBALDINI Jorge Eduardo	Disertante	Domingo 2	15:00	Río de La Plata	Evaluación clínica y estratificación de riesgo
	Comentador	Lunes 3	19:15	Martín Fierro	Trombolíticos en el tromboembolismo de pulmón: Del alto al moderado riesgo
UGARTE René Miguel	Coordinador	Lunes 3	08:00	Martín Fierro	Jornada Argentino-Boliviana de Cardiología. Epidemiología y terapéutica parasiticida
	Disertante	Lunes 3	08:45	Martín Fierro	Planificación de la terapéutica en la República de Bolivia
URINA TRIANA Manuel	Disertante	Lunes 3	17:30	Retiro B	¿Cómo definir la estrategia de la revascularización?
VACCARINO Guillermo Nuncio	Disertante	Domingo 2	17:30	Catalinas	Impacto de la plástica mitral en la evolución. La plástica mitral ¿es viable?
VAGNOLA Esteban Oscar	Coordinador	Martes 4	13:00	Auditorio	Reunión con expertos. Presentación de 3 casos
VALDIVIESO CEDEÑO Leon	Panelista	Domingo 2	13:00	La Pampa	TCT@SAC@CACI - Simposio St. Jude Medical/AGA Medical/Angiocor - Tratamiento integral de la fibrilación auricular
	Disertante	Domingo 2	15:45	Río de La Plata	Tratamiento invasivo
	Panelista	Lunes 3	17:45	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
VALERO LUCERO Jose Luis	Presidente	Lunes 3	10:00	San Telmo	Cirugía I
VALLEJO Carlos Alberto	Coordinador	Domingo 2	16:45	Río de La Plata	HTP tromboembólica crónica
VARINI Sergio D.	Presentador	Domingo 2	11:45	Martín Fierro	Consenso de endocarditis: Clínica
	Disertante	Domingo 2	16:45	Retiro A	El paciente con complicación neurológica e indicación quirúrgica
	Coordinador	Martes 4	08:00	Golden Horn	Consejo de Insuficiencia Cardíaca. Novedades en la terapéutica de la insuficiencia cardíaca
VARMA Niraj	Disertante	Martes 4	08:30	Catalinas	Sustratos eléctricos en pacientes con QRS ancho y técnicas de implante en resincronizadores
	Conferencista	Martes 4	11:45	Retiro A	Monitoreo remoto para el manejo de los cardiodesfibriladores implantables. Estudio TRUST
VATNER Stephen	Disertante	Lunes 3	18:45	Auditorio	Modulación del receptor beta adrenérgico en la progresión hacia la insuficiencia cardíaca: papel de la adenilciclasa tio 5
VAZQUEZ BLANCO Manuel	Disertante	Domingo 2	17:15	Retiro A	Endocarditis durante el embarazo
	Panelista	Martes 4	13:00	Retiro B	AREA DE DOCENCIA. ¿Debería ser la Residencia el único sistema formador de especialistas?
VAZQUEZ Haydee	Presidente	Lunes 3	08:00	Auditorio	Cardiología pediátrica I
VELECHE Sergio	Disertante	Domingo 2	14:00	Águila	Fallas de marcapasos: Presentación de casos clínicos
VENTURA Héctor	Disertante	Martes 4	17:00	Golden Horn	Manejo en la guardia del paciente con insuficiencia cardíaca descompensada
	Presidente	Martes 4	09:45	Catalinas	Ateneo PROSAC: Apnea del sueño y enfermedad cardiovascular
VERA JANAVEL Gustavo	Comentador	Domingo 2	09:45	Martín Fierro II	Investigación básica
VICARIO Jose	Panelista	Lunes 3	10:45	La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista

Indice de Participantes

Participante	Carácter	Día	Inicio Salón	Actividad
VILA José Francisco	Co-director	Domingo 2	13:00 Retiro C	Simposio ENERI. Neurocardiología vascular. Nuevos paradigmas en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad vascular
	Disertante	Domingo 2	14:27 Retiro C	Cierre
	Panelista	Lunes 3	08:40 La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
	Disertante	Martes 4	17:00 Poncho	Prevención en la etiología intracraneana (ateromatosis)
VILARIÑO Jorge Omar	Disertante	Domingo 2	13:00 Libertador B	Actualización en lípidos con nuevas evidencias
	Disertante	Lunes 3	13:20 Libertador C	Dislipidemia diabética. Reconocimiento y terapéutica precoz
VILLA Alejandra	Disertante	Domingo 2	15:00 Auditorio	¿Qué nos ha enseñado el Plan Nacional de Cardiopatías Congénitas (Plan Nacer)?
VILLAMIL Alberto Servando	Panelista	Lunes 3	09:15 La Pampa	Presentación de un caso
	Coordinador	Lunes 3	13:00 Retiro B	Simposio Novartis Argentina. Hipertensión y diabetes: Nuevas evidencias
	Disertante	Martes 4	10:15 Libertador B	La HTA más allá de los 80 años. ¿Cómo y con qué tratarla?
VILLAMIL Alejandro Maria	Coordinador	Lunes 3	11:45 Catalinas	El cardiodesfibrilador debe indicarse en todos los pacientes con disfunción ventricular izquierda grave
	Disertante	Lunes 3	15:30 Catalinas	Detección precoz del síncope vasovagal
VILLARREAL Ricardo Alfredo	Disertante	Lunes 3	08:45 Retiro B	Cirugía de urgencia en el paciente antiagregado
	Comentador	Lunes 3	12:00 San Telmo	Sindromes coronarios agudos II
VISSANI Sergio Gerardo	Coordinador	Domingo 2	16:45 Retiro C	Manejo de las fuentes cardioembólicas
VOLBERG Veronica Ines	Disertante	Domingo 2	15:00 Retiro A	Papel del ECO
	Comentador	Lunes 3	14:00 San Telmo	Imágenes I
VUKASOVIC José Luis	Coordinador	Lunes 3	08:00 Retiro C	V Encuentro Trasandino de Cardiología. Insuficiencia cardíaca. Biomarcadores y trastornos asociados
	Disertante	Lunes 3	08:30 Retiro C	Paciente con anemia
VULCANO Norberto O.	Coordinador	Domingo 2	09:45 Libertador C	Sesión conjunta SAC- Asociación Argentina de Medicina Respiratoria. Hipertensión pulmonar no tromboembólica
	Presidente	Domingo 2	09:45 Martín Fierro I	Hipertensión pulmonar y tromboembolismo de pulmón
	Coordinador	Domingo 2	15:15 Águila	XXII Jornada de Técnicos en Cardiología. Insuficiencia cardíaca
WAISMAN Gabriel Dario	Disertante	Domingo 2	13:35 Retiro B	Potencia y Protección de la asociación fija. Perindopril/Amlodipina en pacientes hipertensos
	Disertante	Lunes 3	13:40 Retiro B	¿Qué podemos ofrecer a nuestros pacientes? El éxito de las combinaciones
	Disertante	Martes 4	09:45 Libertador B	Utilidad de la presión arterial nocturna en el paciente añoso
WAKHLOO Ajay K.	Disertante	Domingo 2	13:02 Retiro C	El enfermo polivascular: Prioridades para elecciones de la mejor terapéutica de revascularización
WALDMAN Silvina Valeria	Presentador	Lunes 3	08:20 Ombú	Estudio SOFIA sobre factores psicosociales en pacientes con enfermedad coronaria crónica
WALLENTIN Lars	Disertante	Domingo 2	13:50 Catalinas	PLATO: Implicancias en la práctica clínica
	Conferencista	Domingo 2	18:30 Libertador B + C	Acto Inaugural y Conferencia de Apertura
	Disertante	Lunes 3	11:45 Retiro C	Nuevas herramientas de estratificación y tratamiento anticoagulante en la fibrilación auricular
WASSERMANN Alfredo	Disertante	Martes 4	10:30 Libertador B	Deterioro renal en el paciente anciano hipertenso
WEICH GLOGIER Fabio Leonardo	Coordinador	Lunes 3	16:45 Catalinas	La raíz de aorta en diferentes escenarios
WEINSCHELBAUM Ernesto	Disertante	Martes 4	17:30 Libertador C	Leak paraprotésicos
WEISBURD Pedro	Panelista	Domingo 2	16:45 Auditorio	Nuevas tecnologías e imágenes en cardiopatías congénitas
WILLIAMS Roberta	Disertante	Domingo 2	15:50 Auditorio	¿Debemos tener un sistema de salud diseñado especialmente para pacientes con cardiopatías congénitas?
	Disertante	Lunes 3	10:25 Auditorio	Manejo de la salud reproductiva en pacientes adultos con cardiopatías congénitas
	Disertante	Martes 4	09:45 Auditorio	¿Cómo prevenir la deserción de adolescentes con cardiopatías congénitas?
	Conferencista	Martes 4	11:45 Auditorio	Conferencia plenaria: Desarrollo congnitivo en pacientes con cardiopatías congénitas. Implicancias en el desarrollo en la vida adulta
	Panelista	Martes 4	13:00 Auditorio	Reunión con expertos. Presentación de 3 casos
WISNER Jorge N.	Comentador	Domingo 2	16:00 San Telmo	Cardiología intervencionista II
	Disertante	Lunes 3	17:15 Libertador B	Intervenciones coronarias percutáneas
WOOD David	Disertante	Lunes 3	10:40 Libertador C	EuroPrevent 2011
	Conferencista	Martes 4	18:30 Libertador B + C	Acto de Cierre y Conferencia de Clausura. Cardiología preventiva: lecciones del EUROASPIRE
WORLEY Seth	Disertante	Martes 4	08:45 Catalinas	Técnicas de implante en resincronizadores
	Disertante	Martes 4	10:00 Golden Horn	Qué hacer cuando los pacientes no responden a la terapia de resincronización
YAMAN Bettina Fernanda	Disertante	Martes 4	10:15 Retiro C	Estudios de resonancia magnética nuclear en viabilidad miocárdica
	Comentador	Martes 4	17:30 Martín Fierro	Resonancia magnética cardíaca: Una nueva alternativa para el diagnóstico y pronóstico de las miocardiopatías
ZAEFFERER Patricio	Disertante	Domingo 2	15:30 Retiro B	Endoprotesis aórticas: realidad y limitaciones
ZAGO Valeria	Panelista	Martes 4	09:45 Poncho	Consejo de Aterosclerosis y Trombosis - Riesgo cardiovascular en la enfermedad hepática grasa no alcohólica
ZAHN Evan	Conferencista	Domingo 2	11:45 Auditorio	Nuevas opciones de imágenes 3D en cateterismo intervencionista: angiografía rotacional. Un avance significativo
	Disertante	Domingo 2	13:20 Auditorio	Intervenciones realizadas a través de shunts: ¿Debemos seguir haciendo estos procedimientos en el laboratorio de hemodinamia?
	Disertante	Domingo 2	14:00 Auditorio	Estado actual del implante percutáneo de válvula pulmonar: resultados y nuevas indicaciones
ZANOTTO Isabel Irene	Comentador	Martes 4	08:00 Auditorio	Cardiología pediátrica II
ZEBALLOS Cecilia	Disertante	Martes 4	08:15 Retiro B	Aterosclerosis subclínica: ¿Cuándo buscarla y cómo actuar en consecuencia?
ZEFFIRO Elena Susana	Coordinador	Martes 4	08:00 Retiro C	Consejo de Cardiología Nuclear. ¿Estrategias para evaluar la enfermedad coronaria? Presente y futuro
ZGAIB Maria Elisa	Comentador	Lunes 3	16:00 San Telmo	Aterosclerosis y enfermedad vascular
ZOGHBI William	Coordinador	Domingo 2	15:00 Libertador B	Sesión conjunta SAC - American College of Cardiology - Miocardiopatía isquémica necrótica
	Disertante	Domingo 2	15:00 Libertador B	Valor de los métodos complementarios
	Conferencista	Lunes 3	11:45 Libertador B	Visión crítica sobre el eco 3D
ZURRU Maria Cristina	Disertante	Martes 4	15:30 Poncho	Fibrinolisis en el paciente cardiológico agudo.
	Coordinador	Martes 4	16:45 Poncho	Consejo de Aterosclerosis y Trombosis y Consejo de Stroke - Prevención secundaria del ACV isquémico
ZYLBERSZTEJN Horacio M.	Coordinador	Lunes 3	08:00 Ombú	Presentación de la actividad científica del Área de Investigación de la Sociedad Argentina de Cardiología
	Comentador	Lunes 3	11:10 Libertador C	Discusión
	Presentador	Lunes 3	15:07 Libertador B	Evaluación del riesgo cardiovascular global
	Coordinador	Martes 4	09:45 Retiro B	Consejo de Stroke y Epidemiología. Qué hacer y qué no hacer con la afectación significativa de múltiples territorios vasculares.
	Coordinador	Martes 4	16:45 Ombú	Taller de investigación. Módulo III - Leyendo artículos científicos con mirada crítica

Indice Temático

Arritmias

Tema Principal

Domingo 2	12:00	13:30 San Telmo	Sesión 1
Domingo 2	12:00	13:30 San Telmo	Pediatría I
Domingo 2	12:00	13:30 San Telmo	Arritmias I
Domingo 2	13:00	14:30 La Pampa	TCT@SAC@CACI - Simposio St. Jude Medical/AGA Medical/Angiocor - Tratamiento integral de la fibrilación auricular
Domingo 2	13:00	13:20 La Pampa	Nuevos medicamentos anticoagulantes para la prevención de los eventos cardioembólicos en pacientes con FA. Evidencia clínica, ventajas, desventajas, costos
Domingo 2	13:20	13:40 La Pampa	La ablación de venas pulmonares como tratamiento curativo/paliativo de la fibrilación auricular en pacientes con FA paroxística y persistente
Domingo 2	13:40	14:00 La Pampa	Cierre percutáneo de la orejuela auricular izquierda para la prevención del stroke cardioembólico en pacientes con fibrilación auricular
Domingo 2	13:00	14:30 Martín Fierro	Fundación Cardiológica Argentina - Reanimación cardiopulmonar.
Domingo 2	13:00	13:15 Martín Fierro	Del ABC al CAB. 50 años después
Domingo 2	13:15	13:30 Martín Fierro	Reanimación cardiopulmonar avanzada. Algoritmo circular y cuidados post paro cardíaco
Domingo 2	13:30	13:45 Martín Fierro	¿Qué es calidad en RCP?
Domingo 2	13:45	14:00 Martín Fierro	Trabajo en equipo: Debreifing. Impacto en la sobrevida
Domingo 2	15:00	16:30 Libertador C	Estrategias de prevención de ACV en FA
Domingo 2	15:00	15:15 Libertador C	Nuevos scores
Domingo 2	15:15	15:30 Libertador C	¿A quién solo antiagregantes?
Domingo 2	15:30	15:45 Libertador C	Viejos y nuevos antitrombínicos
Domingo 2	15:45	16:00 Libertador C	Inhibidores del factor X orales
Lunes 3	08:00	09:30 Catalinas	Consejo de Electrofisiología - Arritmias en el consultorio
Lunes 3	08:00	08:15 Catalinas	El paciente sano con arritmia ventricular
Lunes 3	08:15	08:30 Catalinas	El paciente con ECG sugestivo de Síndrome de Brugada
Lunes 3	08:30	08:45 Catalinas	Estudio del paciente joven con antecedente familiar de muerte súbita
Lunes 3	08:45	09:00 Catalinas	Arritmia ventricular en el post IAM. ¿Cuál es el seguimiento y el mejor tratamiento?
Lunes 3	11:45	12:30 Retiro C	Nuevas herramientas de estratificación y tratamiento anticoagulante en la fibrilación auricular
Lunes 3	15:00	16:30 Retiro A	CONAREC - Arritmias
Martes 4	08:00	09:30 Catalinas	Consejo de Electrofisiología I - Nuevos conceptos en arritmias
Martes 4	08:00	08:15 Catalinas	Ablación de FA. ¿Cuál es la verdad?
Martes 4	08:15	08:30 Catalinas	Arritmias post ablación de FA
Martes 4	08:30	08:45 Catalinas	Sustratos eléctricos en pacientes con QRS ancho y técnicas de implante en resincronizadores
Martes 4	08:45	09:00 Catalinas	Técnicas de implante en resincronizadores
Martes 4	11:45	12:30 Retiro A	Monitoreo remoto para el manejo de los cardiodesfibriladores implantables. Estudio TRUST
Martes 4	15:00	16:30 Libertador C	Fibrilación auricular
Martes 4	15:00	15:15 Libertador C	Prevención y tratamiento de la FA post reemplazo valvular
Martes 4	15:15	15:30 Libertador C	¿Todas las insuficiencias mitrales con FA son quirúrgicas?
Martes 4	15:30	15:45 Libertador C	Cirugía de la FA. Cuándo y cómo
Martes 4	15:45	16:00 Libertador C	Manejo antitrombótico

Tema Secundario

Martes 4	13:00	14:30 Libertador C	Simposio Boehringer Ingelheim. Dabigatrán: una alternativa superior en el tratamiento antitrombótico de la fibrilación auricular
Martes 4	13:00	13:20 Libertador C	El problema de la FA. Evaluación del riesgo de ACV en la práctica diaria
Martes 4	13:20	13:40 Libertador C	Dabigatrán vs warfarina en la prevención del ACV en pacientes con FA: Estudio RE-LY
Martes 4	13:40	14:00 Libertador C	Aspectos prácticos del uso dabigatrán
Martes 4	14:00	14:30 Libertador C	Debate con panel de expertos
Martes 4	16:45	18:15 Retiro B	Consejo de Cardiología Clínica + Consejo de Electrofisiología - Enfoque integral de la fibrilación auricular
Martes 4	16:45	17:00 Retiro B	Fibrilación paroxística. ¿Cuándo y cómo medicar?
Martes 4	17:00	17:15 Retiro B	FA asociada a insuficiencia cardíaca: Una entidad aparte
Martes 4	17:15	17:30 Retiro B	Nuevos anticoagulantes orales. Uso de antiagregantes
Martes 4	17:30	17:45 Retiro B	Cómo seleccionar al paciente para ablación

Aterosclerosis, Lípidos y Diabetes

Domingo 2	09:45	11:15 Poncho	Aterosclerosis, lípidos y diabetes
Lunes 3	15:00	16:30 Retiro C	HDL
Lunes 3	15:00	15:15 Retiro C	HDL: Mucho más que colesterol bueno
Lunes 3	15:15	15:30 Retiro C	HDL y riesgo residual: ¿Culpable o inocente?
Lunes 3	15:30	15:45 Retiro C	Elevar el HDL: ¿Reduce el riesgo cardiovascular?
Lunes 3	15:45	16:00 Retiro C	HDL BAJO: qué no dicen las guías
Martes 4	09:45	11:15 Poncho	Consejo de Aterosclerosis y Trombosis - Riesgo cardiovascular en la enfermedad hepática grasa no alcohólica
Martes 4	09:45	10:00 Poncho	Enfermedad hepática grasa no -alcoholica. Definición, epidemiología e historia natural
Martes 4	10:00	10:15 Poncho	Hígado graso no-alcoholico, ¿agrava el cuadro lipoproteico-inflamatorio?
Martes 4	10:15	10:30 Poncho	Aspectos moleculares en la trasnformación grasa del hígado y su impacto en el riesgo cardiovascular: de la cama del paciente a la mesa del laboratorio.
Martes 4	10:30	10:45 Poncho	Implicancias cardiovasculares del depósito de grasa hepática asociado al sindrome metabólico
Martes 4	13:00	14:30 La Pampa	Simposio Abbott. Dislipidemia y enfermedad cardiovascular en el paciente de alto riesgo cardiovascular: nuevos mecanismos y tratamientos
Martes 4	16:45	18:15 Poncho	Consejo de Aterosclerosis y Trombosis y Consejo de Stroke - Prevención secundaria del ACV isquémico
Martes 4	16:45	17:00 Poncho	Endarterectomía vs. angioplastia
Martes 4	17:00	17:15 Poncho	Prevención en la etiología intracraneana (ateromatosis)
Martes 4	17:15	17:30 Poncho	Prevención en el origen extracraneano (Cardioembolia y estados protrombóticos)

Cardiología Clínica

Tema Principal

Domingo 2	09:45	11:15 Ombú I	Cardiología clínica
Domingo 2	11:45	12:30 Retiro A	Los tests evocadores previos a una cirugía no cardíaca son siempre necesarios
Domingo 2	11:45	12:30 Retiro B	Ya es hora de reemplazar a los dicumarínicos
Domingo 2	15:00	16:30 Retiro C	Sesión conjunta SAC - Fundación Cardiológica Argentina. Programa Corazón y Mujer. Controversias de género
Domingo 2	15:00	15:30 Retiro C	Son necesarias las guías de prevención cardiovascular en mujeres
Domingo 2	15:30	16:00 Retiro C	Intervencionismo en síndromes coronarios agudos. El género importa
Domingo 2	16:00	16:30 Retiro C	El manejo de la insuficiencia cardíaca es diferente en hombres y mujeres
Domingo 2	15:50	16:30 Ombú	Genética para el cardiólogo clínico. Módulo II: Introducción a las técnicas de biología y genética molecular
Domingo 2	15:50	16:05 Ombú	Aplicaciones para el diagnóstico de enfermedades cardiovasculares
Domingo 2	16:05	16:20 Ombú	Cómo leer e interpretar publicaciones científicas de cardiología genética
Domingo 2	16:45	18:15 Libertador C	Sesión conjunta SAC-Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría. Cardiopatías en el paciente mayor
Domingo 2	16:45	17:00 Libertador C	Hipertensión arterial
Domingo 2	17:00	17:15 Libertador C	Anticoagulación en el octogenario
Domingo 2	17:15	17:30 Libertador C	Cirugía de urgencia
Domingo 2	17:30	17:45 Libertador C	Angioplastia primaria
Domingo 2	16:45	18:15 Retiro A	Endocarditis
Domingo 2	16:45	17:00 Retiro A	El paciente con complicación neurológica e indicación quirúrgica
Domingo 2	17:00	17:15 Retiro A	El paciente con hemocultivos negativos
Domingo 2	17:15	17:30 Retiro A	Endocarditis durante el embarazo
Domingo 2	17:30	17:45 Retiro A	Endocarditis en marcapasos
Domingo 2	16:45	18:15 Retiro C	Manejo de las fuentes cardioembólicas
Domingo 2	16:45	17:00 Retiro C	Fibrilación auricular
Domingo 2	17:00	17:15 Retiro C	Foramen oval permeable
Domingo 2	17:15	17:30 Retiro C	Ateromatosis aórtica
Domingo 2	17:30	17:45 Retiro C	Tumores cardíacos
Lunes 3	08:00	09:30 Ombú	Presentación de la actividad científica del Área de Investigación de la Sociedad Argentina de Cardiología
Lunes 3	08:00	08:10 Ombú	Registro de Síndromes Aórticos Agudos
Lunes 3	08:10	08:20 Ombú	Estudio PENSAR. Percepción de enfermedad en sindromes coronarios agudos
Lunes 3	08:20	08:30 Ombú	Estudio SOFIA sobre factores psicosociales en pacientes con enfermedad coronaria crónica
Lunes 3	08:30	08:40 Ombú	Registro de enfermedad tromboembólica: Resultados finales
Lunes 3	08:40	08:50 Ombú	Registro de enfermedad coronaria en el anciano
Lunes 3	08:50	09:00 Ombú	Estudio Elvira Carboni. Educación y concientización de los factores de riesgo coronario en la provincia de Buenos Aires
Lunes 3	09:00	09:10 Ombú	Estudio VARK. Métodos de aprendizaje en la actividad docente cardiológica
Lunes 3	09:10	09:20 Ombú	SCAR 2011. Estudio multicéntrico comparativo sobre síndromes coronarios agudos
Lunes 3	08:00	09:30 Río de La Plata	Arritmias I
Lunes 3	09:45	11:15 Libertador B	Temas Libres Preferidos. 25º Aniversario de la entrega del Premio Fundación Dr. Pedro Cossio
Lunes 3	09:45	11:15 Libertador C	ESC en Argentina. Temas destacados de la Sociedad Europea de Cardiología. Parte 1
Lunes 3	09:45	09:50 Libertador C	Introducción
Lunes 3	09:50	10:00 Libertador C	Argentina: un nuevo socio
Lunes 3	10:00	10:40 Libertador C	Temas destacados del Congreso de la ESC 2011 en París
Lunes 3	10:40	11:10 Libertador C	EuroPrevent 2011
Lunes 3	11:10	11:15 Libertador C	Discusión
Lunes 3	11:45	12:30 Libertador C	ESC en Argentina. Temas destacados de la Sociedad Europea de Cardiología. Parte 2
Lunes 3	11:45	12:05 Libertador C	EuroEcho 2010
Lunes 3	12:05	12:10 Libertador C	Discusion
Lunes 3	12:10	12:25 Libertador C	EuroPace 2011
Lunes 3	12:25	12:30 Libertador C	Discusión
Lunes 3	13:00	14:30 Ombú	Presentadores eficaces: oratoria y PowerPoint
Lunes 3	13:00	14:30 Retiro B	Simposio Novartis Argentina. Hipertensión y diabetes: Nuevas evidencias
Lunes 3	13:00	13:20 Retiro B	¿Es posible prevenir la aparición de diabetes en pacientes con hipertensión arterial?
Lunes 3	13:20	13:40 Retiro B	Hipertensión y diabetes: analizamos la presencia de un mecanismo común. ¿Debemos tratarlos en forma independiente?
Lunes 3	13:40	14:00 Retiro B	¿Qué podemos ofrecer a nuestros pacientes? El éxito de las combinaciones
Lunes 3	15:00	16:30 Libertador C	ESC en Argentina. Discusión de casos clínicos
Lunes 3	15:00	15:15 Libertador C	Caso clínico. Paciente con fibrilación auricular
Lunes 3	15:15	15:30 Libertador C	Discusion
Lunes 3	15:30	15:45 Libertador C	Fibrilación auricular: Puntos claves de las guías ESC
Lunes 3	15:45	16:00 Libertador C	Fibrilación auricular: Comentarios sobre las guías ESC
Lunes 3	16:00	16:15 Libertador C	Caso clínico. Paciente con enfermedad vascular periférica
Lunes 3	16:15	16:30 Libertador C	Discusión
Lunes 3	15:00	16:30 Río de La Plata	Fundación Cardiológica Argentina - ACLS. Taller de demostración con maniquíes y simuladores I
Lunes 3	15:40	16:30 Ombú	Genética para el cardiólogo clínico. Módulo III: Tests genéticos
Lunes 3	15:40	16:30 Ombú	Qué información provee un test genético: su impacto en el diagnóstico, pronótico y conducta terapéutica en: miocardiopatía hipertrófica, miocardiopatía dilatada, displasia arritmogénica del ventrículo derecho y miocardio no compacto
Lunes 3	16:45	18:15 Libertador C	ESC en Argentina. Discusión de casos clínicos
Lunes 3	16:45	17:00 Libertador C	Enfermedad vascular periférica. Puntos claves de las guías ESC
Lunes 3	17:00	17:15 Libertador C	Enfermedad vascular periférica. Comentarios sobre las guías ESC
Lunes 3	17:15	17:30 Libertador C	Caso clínico. Paciente con SCA sin ST
Lunes 3	17:30	17:40 Libertador C	Discusión
Lunes 3	17:40	18:00 Libertador C	SCA sin ST. Puntos claves de las guías ESC
Lunes 3	18:00	18:10 Libertador C	SCA sin ST. Comentarios sobre las guías ESC
Lunes 3	16:45	18:15 Río de La Plata	Fundación Cardiológica Argentina - ACLS. Taller de demostración con maniquíes y simuladores II
Martes 4	09:45	11:15 Auditorio	Sesión conjunta con la Sociedad Internacional de Adultos con Cardiopatías Congénitas
Martes 4	09:45	10:10 Auditorio	¿Cómo prevenir la deserción de adolescentes con cardiopatías congénitas?
Martes 4	10:10	10:35 Auditorio	Estrategias quirúrgicas para pacientes adultos con enfermedad de Ebstein's
Martes 4	10:35	11:00 Auditorio	Remodelamiento de ventrículo derecho luego de la reparación de tetralogía de Fallot: implicancias en la evolución alejada y tiempo de reintervención
Martes 4	09:45	11:15 Catalinas	Ateneo PROSAC: Apnea del sueño y enfermedad cardiovascular
Martes 4	09:45	10:00 Catalinas	Caso clínico de hipertensión arterial
Martes 4	10:00	10:15 Catalinas	Caso clínico de arritmias
Martes 4	10:15	10:30 Catalinas	Caso clínico de insuficiencia cardíaca
Martes 4	09:45	11:15 Libertador B	Consejo de Hipertensión Arterial - Hipertensión arterial en el paciente anciano

Martes 4	09:45	10:00 Libertador B	Utilidad de la presión arterial nocturna en el paciente añoso
Martes 4	10:00	10:15 Libertador B	Objetivo de presión arterial y daño cognitivo
Martes 4	10:15	10:30 Libertador B	La HTA más allá de los 80 años. ¿Cómo y con qué tratarla?
Martes 4	10:30	10:45 Libertador B	Deterioro renal en el paciente anciano hipertenso
Martes 4	09:45	11:15 Martín Fierro	Revista Argentina de Cardiología. Combatiendo el "burn-out". Narrativa en cardiología
Martes 4	09:45	10:00 Martín Fierro	El nacimiento de la clínica
Martes 4	10:00	10:15 Martín Fierro	La narrativa y la formación humanística del médico
Martes 4	10:15	10:30 Martín Fierro	Narrativa y prevención del "burn out"
Martes 4	11:45	12:30 Retiro B	Conferencia Fundación Dr. Pedro Cossio. 40 años de unidad coronaria. ¿Qué hemos aprendido?
Martes 4	13:00	14:30 Libertador C	Simposio Boehringer Ingelheim. Dabigatrán: una alternativa superior en el tratamiento antitrombótico de la fibrilación auricular
Martes 4	13:00	13:20 Libertador C	El problema de la FA. Evaluación del riesgo de ACV en la práctica diaria
Martes 4	13:20	13:40 Libertador C	Dabigatrán vs warfarina en la prevención del ACV en pacientes con FA: Estudio RE-LY
Martes 4	13:40	14:00 Libertador C	Aspectos prácticos del uso dabigatrán
Martes 4	14:00	14:30 Libertador C	Debate con panel de expertos
Martes 4	15:00	16:30 Auditorio	JORNADA PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA
Martes 4	15:00	15:20 Auditorio	¿Cómo elegir una Residencia Médica?
Martes 4	15:20	15:40 Auditorio	Educación Médica Continua. Valor de las Sociedades Científicas
Martes 4	15:40	16:00 Auditorio	Taller de Electrocardiografía y vectocardiografía
Martes 4	16:00	16:20 Auditorio	Taller de radiología de tórax
Martes 4	15:00	16:30 Retiro A	XXII Jornada Rioplatense de Cardiologia. Síndrome coronario estable
Martes 4	15:00	15:15 Retiro A	¿Cuándo revascularizar?
Martes 4	15:15	15:30 Retiro A	Tratamiento médico del paciente no revascularizable con angor resistente
Martes 4	15:30	15:45 Retiro A	Tronco y múltiples vasos: Cirugía vs. angioplastia
Martes 4	15:45	16:00 Retiro A	Estrategia de seguimiento del paciente revascularizado
Martes 4	15:50	16:30 Ombú	Genética para el cardiólogo clínico. Módulo V: Medicina personalizada
Martes 4	15:50	16:05 Ombú	Los fármacos diseñados "a medida" del genoma del paciente: ¿realidad o ficción?
Martes 4	16:05	16:20 Ombú	Aplicaciones clínicas: farmacogenética del clopidogrel y warfarina
Martes 4	16:20	16:30 Ombú	Discusión de casos clínicos y preguntas de los asistentes
Martes 4	16:45	18:15 Auditorio	JORNADA PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA
Martes 4	16:45	17:05 Auditorio	Muerte súbita cardíaca. Estado del arte en el manejo del PCR.
Martes 4	17:05	17:25 Auditorio	Emergencias hipertensivas
Martes 4	17:25	17:45 Auditorio	Síndromes coronarios agudos. ¿Qué debe conocer el médico de la emergencia móvil?
Martes 4	17:45	18:05 Auditorio	Semiología cardiovascular ¿Qué espacio ocupa en la evaluación de los pacientes valvulares en el año 2011?
Martes 4	16:45	18:15 Retiro B	Consejo de Cardiología Clínica + Consejo de Electrofisiología - Enfoque integral de la fibrilación auricular
Martes 4	16:45	17:00 Retiro B	Fibrilación paroxística. ¿Cuándo y cómo medicar?
Martes 4	17:00	17:15 Retiro B	FA asociada a insuficiencia cardíaca: Una entidad aparte
Martes 4	17:15	17:30 Retiro B	Nuevos anticoagulantes orales. Uso de antiagregantes
Martes 4	17:30	17:45 Retiro B	Cómo seleccionar al paciente para ablación
Martes 4	16:45	18:15 Retiro C	Sesion Conjunta SAC - FAC. Revascularización miocárdica y patologías asociadas
Martes 4	16:45	17:00 Retiro C	Diabetes e insuficiencia renal crónica
Martes 4	17:00	17:15 Retiro C	El paciente con cirugía valvular simultánea
Martes 4	17:15	17:30 Retiro C	Enfermedad carotídea asociada
Martes 4	17:30	17:45 Retiro C	En paciente con aneurisma de aorta abdominal
Martes 4	18:30	20:00 Libertador B+C	Acto de Cierre y Conferencia de Clausura. Cardiología preventiva: lecciones del EUROASPIRE
Tema Secundario			
Domingo 2	15:00	16:30 Libertador C	Estrategias de prevención de ACV en FA
Domingo 2	15:00	15:15 Libertador C	Nuevos scores
Domingo 2	15:15	15:30 Libertador C	¿A quién solo antiagregantes?
Domingo 2	15:30	15:45 Libertador C	Viejos y nuevos antitrombínicos
Domingo 2	15:45	16:00 Libertador C	Inhibidores del factor X orales
Lunes 3	15:00	16:30 Retiro B	Sesión conjunta SAC - Sociedad Sudamericana de Cardiología - Insuficiencia cardíaca 2011
Lunes 3	15:00	15:15 Retiro B	¿Existen nuevas evidencias para mejorar el tratamiento farmacológico?
Lunes 3	15:15	15:30 Retiro B	¿Han cambiado los criterios de revascularización después del STICH?
Lunes 3	15:30	15:45 Retiro B	¿A quién indicar un cardiodesfibrilador implantable y/o un resincronizador?
Lunes 3	15:45	16:00 Retiro B	¿Cómo tratar la insuficiencia cardíaca con fracción de eyacción conservada?
Martes 4	09:45	11:15 Retiro B	Consejo de Stroke y Epidemiología. Qué hacer y qué no hacer con la afectación significativa de múltiples territorios vasculares.
Martes 4	09:45	10:00 Retiro B	¿Se debe estudiar y/o tratar la patología carotídea previo a una CRM programada?
Martes 4	10:00	10:15 Retiro B	Se debe pedir una prueba evocadora de isquemia miocárdica previo a la cirugía carotídea?
Martes 4	10:00	10:15 Retiro B	¿Qué estudios vasculares debemos hacer en un paciente con estenosis carotídea asintomática?
Martes 4	10:15	10:30 Retiro B	¿Cómo y cuándo evaluar el deterioro cognitivo en el paciente panvascular?
Martes 4	11:45	12:30 La Pampa	Los fármacos para el tratamiento de la hipertensión pulmonar mejoran la calidad de vida y reducen la mortalidad
Martes 4	15:00	16:30 Libertador B	Angioplastia coronaria. De la hemodinamia a la clínica
Martes 4	15:00	15:15 Libertador B	Reserva fraccional de flujo o grado de estenosis
Martes 4	15:15	15:30 Libertador B	Revascularización de tronco: a 3 años del SYNTAX
Martes 4	15:30	15:45 Libertador B	Placa coronaria: ¿cambió algo después del PROSPECT?
Martes 4	15:45	16:00 Libertador B	Necrosis post intervención: ¿Un grupo de riesgo diferente?
Martes 4	15:00	16:30 Libertador C	Fibrilación auricular
Martes 4	15:00	15:15 Libertador C	Prevención y tratamiento de la FA post reemplazo valvular
Martes 4	15:15	15:30 Libertador C	¿Todas las insuficiencias mitrales con FA son quirúrgicas?
Martes 4	15:30	15:45 Libertador C	Cirugía de la FA. Cuándo y cómo
Martes 4	15:45	16:00 Libertador C	Manejo antitrombótico
Martes 4	15:00	16:30 Poncho	Consejo de Stroke. Stroke en la Unidad Coronaria ¿Que debe saber el cardiólogo?
Martes 4	15:00	15:15 Poncho	Epidemiología del stroke en la Unidad coronaria. (generalidades).
Martes 4	15:15	15:30 Poncho	Complicaciones cerebrovasculares de los procedimientos cardiovasculares. ¿Cómo prevenirlas?
Martes 4	15:30	15:45 Poncho	Fibrinolisis en el paciente cardiológico agudo.
Martes 4	15:45	16:00 Poncho	Pseudostroke en la Unidad Coronaria.
Martes 4	15:00	16:30 Retiro B	Consejo de Cardiología Clínica - Reduciendo el riesgo cardiovascular en el paciente diabético
Martes 4	15:00	15:15 Retiro B	Dieta y ejercicio
Martes 4	15:15	15:30 Retiro B	Control glucémico intensivo o convencional
Martes 4	15:30	15:45 Retiro B	Valor óptimo de tensión arterial. Esquemas de drogas
Martes 4	15:45	16:00 Retiro B	Uso de antiagregantes plaquetarios

Cardiología Intervencionista

Tema Principal

Domingo 2	11:45	12:30 La Pampa	TCT@SAC@CACI - Enfermedad del tronco de la coronaria izquierda
Domingo 2	11:45	11:50 La Pampa	Introducción
Domingo 2	11:50	12:05 La Pampa	Angioplastia o cirugía. Revisión de la evidencia. Ensayos clínicos actuales
Domingo 2	12:00	12:15 La Pampa	Visión del cirujano
Domingo 2	12:15	12:25 La Pampa	Visión del intervencionista
Domingo 2	12:25	12:30 La Pampa	Conclusiones y direcciones futuras
Domingo 2	13:00	14:30 Libertador C	Simposio Gador. El "ESCUCHATORIO" en la relación médico-paciente
Domingo 2	13:00	14:30 Retiro C	Simposio ENERI. Neurocardiología vascular. Nuevos paradigmas en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad vascular
Domingo 2	13:00	13:02 Retiro C	Introducción
Domingo 2	13:02	13:32 Retiro C	El enfermo polivascular: Prioridades para elecciones de la mejor terapéutica de revascularización
Domingo 2	13:32	13:47 Retiro C	Nuevas opciones farmacológicas para el manejo de la enfermedad vascular según territorios
Domingo 2	13:47	14:02 Retiro C	Importancia de la elección de las imágenes no invasivas en la toma de decisiones terapéuticas
Domingo 2	14:02	14:27 Retiro C	Enfermedad cerebro-vascular: De la simulación computacional a la terapéutica endovascular
Domingo 2	14:27	14:30 Retiro C	Cierre
Lunes 3	09:45	11:15 Retiro C	Cardiología intervencionista I
Lunes 3	11:45	12:30 La Pampa	TCT@SAC@CACI - Desafíos en el tratamiento de la insuficiencia mitral
Lunes 3	11:45	12:00 La Pampa	Evidencias en el tratamiento percutáneo en la insuficiencia mitral
Lunes 3	12:00	12:15 La Pampa	Evidencias en el tratamiento quirúrgico en la insuficiencia mitral
Lunes 3	12:15	12:30 La Pampa	Debate
Lunes 3	13:00	14:30 La Pampa	TCT@SAC@CACI - Simposio AMT-Medtronic. Tratamiento endovascular de la patología aórtica torácica y abdominal. Nuevos dispositivos para nuevos desafíos
Lunes 3	13:00	13:20 La Pampa	Disección aórtica tipo B. Estado actual de las indicaciones del tratamiento endovascular. ¿Solamente para pacientes complicados?
Lunes 3	13:20	13:40 La Pampa	Tratamiento endovascular de AAA en anatomía hostil. Indicaciones off-label
Lunes 3	13:40	14:00 La Pampa	Tratamiento endovascular de AAA que involucar las arterias iliacas. ¿Cuál es el límite de diámetro tolerado enlas arterias iliacas? ¿Cuándo embolizar arterias hipogástricas?
Lunes 3	14:00	14:20 La Pampa	Complicaciones del EVAR y su resolución. ¿Es posible resolverlas por vía endovascular? ¿Es necesaria la conversión a cielo abierto?
Lunes 3	16:45	18:15 La Pampa	TCT@SAC@CACI - Tratamiento percutáneo de la estenosis valvular aórtica
Lunes 3	17:00	17:15 La Pampa	Definición de alto riesgo quirúrgico. Indicaciones actuales del reemplazo valvular aórtico percutáneo
Lunes 3	17:15	17:30 La Pampa	Resultados intrahospitalarios y a largo plazo del reemplazo valvular aórtico percutáneo
Lunes 3	17:30	17:45 La Pampa	Consenso y Registro Argentino del Reemplazo Valvular Aórtico Percutáneo
Lunes 3	17:45	18:15 La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
Martes 4	08:00	09:30 Retiro A	Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista - Mirando hacia el futuro en cardiología clínica e intervencionista
Martes 4	08:00	08:15 Retiro A	Indicaciones y resultados del cierre percutáneo de la orejuela izquierda
Martes 4	08:15	08:30 Retiro A	Evaluación fisiológica de la enfermedad coronaria en la sala de hemodinamia
Martes 4	08:45	09:00 Retiro A	¿Angiografía temprana a todos los pacientes post fibrinolíticos? (Utilidad de la terapéutica fármacoinvasiva)
Martes 4	09:00	09:15 Retiro A	Resultados del Registro Argentino de Angioplastia. RAdAC
Martes 4	09:45	11:15 Retiro A	Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista - Revascularización coronaria compleja. Estrategias para el salvataje miocárdico
Martes 4	09:45	10:00 Retiro A	Nuestra experiencia en lesiones complejas
Martes 4	10:00	10:15 Retiro A	Revascularización adecuada en puentes venosos
Martes 4	10:15	10:30 Retiro A	Selección de los pacientes para angioplastia de TCI. Resultados de estudios randomizados
Martes 4	10:45	11:00 Retiro A	Oclusiones coronarias crónicas. ¿Cómo y cuándo?
Martes 4	15:00	16:30 Libertador B	Angioplastia coronaria. De la hemodinamia a la clínica
Martes 4	15:00	15:15 Libertador B	Reserva fraccional de flujo o grado de estenosis
Martes 4	15:15	15:30 Libertador B	Revascularización de tronco: a 3 años del SYNTAX
Martes 4	15:30	15:45 Libertador B	Placa coronaria: ¿cambió algo después del PROSPECT?
Martes 4	15:45	16:00 Libertador B	Necrosis post intervención: ¿Un grupo de riesgo diferente?

Tema Secundario

Martes 4	11:45	12:30 Catalinas	Siempre se debe revascularizar a todos los pacientes con estenosis carotídea grave asintomática

Cardiología Pediátrica

Domingo 2	09:45	11:15 Auditorio	Temas Libres Preferidos candidatos al Premio “Rodolfo Kreutzer”
Domingo 2	11:45	12:30 Auditorio	Nuevas opciones de imágenes 3D en cateterismo intervencionista: angiografía rotacional. Un avance significativo
Domingo 2	13:00	14:30 Auditorio	Avances en hemodinamia intervencionista en cardiopatías congénitas
Domingo 2	13:00	13:20 Auditorio	Selección de pacientes y resultados en tratamiento híbrido del síndrome de corazón izquierdo hipoplásico
Domingo 2	13:20	13:40 Auditorio	Intervenciones realizadas a través de shunts: ¿Debemos seguir haciendo estos procedimientos en el laboratorio de hemodinamia?
Domingo 2	13:40	14:00 Auditorio	Con los dispositivos existentes en la actualidad: ¿En qué paciente debemos indicar el cierre percutáneo de una comunicación interventricular perimembranosa?
Domingo 2	14:00	14:20 Auditorio	Estado actual del implante percutáneo de válvula pulmonar: resultados y nuevas indicaciones
Domingo 2	15:00	16:30 Auditorio	Consejo de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas del Adulto
Domingo 2	15:00	15:25 Auditorio	¿Qué nos ha enseñado el Plan Nacional de Cardiopatías Congénitas (Plan Nacer)?
Domingo 2	15:25	15:50 Auditorio	Conquistas en el desarrollo de la cardiología pediátrica en Latinoamérica
Domingo 2	15:50	16:15 Auditorio	¿Debemos tener un sistema de salud diseñado especialmente para pacientes con cardiopatías congénitas?
Domingo 2	16:45	18:15 Auditorio	Nuevas tecnologías e imágenes en cardiopatías congénitas
Domingo 2	16:45	17:05 Auditorio	Utilidad de la ecocardiografía 3D en el seguimiento alejado de cardiopatías congénitas
Domingo 2	17:05	17:25 Auditorio	TAC convencional, RMN, TAC multicorte: ¿Qué debemos indicar en quién?
Domingo 2	17:25	17:45 Auditorio	Disfunción biventricular en pacientes con hipertensión pulmonar: evaluación y tratamiento
Domingo 2	17:45	18:05 Auditorio	Evaluación de riesgo en síndrome de Wolf-Parkinson-White. Tratamiento intervencionista mediante el uso de tecnología 3D
Lunes 3	08:00	09:30 Auditorio	Cardiología pediátrica I
Lunes 3	09:45	11:15 Auditorio	Actualización en cardiología clínica pediátrica
Lunes 3	09:45	10:05 Auditorio	Endocarditis infecciosa 2011. ¿Debemos seguir las recomendaciones internacionales?
Lunes 3	10:05	10:25 Auditorio	¿Deben recibir antiagregación/anticoagulación a largo plazo los pacientes con cirugía de Fontán-Kreutzer? Evidencia disponible
Lunes 3	10:25	10:45 Auditorio	Tratamiento quirúrgico de arritmias en pacientes con cardiopatías congénitas
Lunes 3	10:25	10:45 Auditorio	Manejo de la salud reproductiva en pacientes adultos con cardiopatías congénitas
Lunes 3	11:45	12:30 Auditorio	Conferencia Plenaria: Preacondicionamiento isquémico remoto: Un nuevo método para prevenir el daño multiorgánico en enfermedad cardíaca congénita y adquirida
Lunes 3	13:00	14:30 Auditorio	Estado del arte en cirugía cardiovascular de las cardiopatías congénitas
Lunes 3	13:00	13:20 Auditorio	Neonato con obstrucción crítica en el tracto de salida de ventrículo izquierdo: ¿Estrategia uni o biventricular?
Lunes 3	13:20	13:40 Auditorio	Corrección de enfermedad de Ebstein’s utilizando reconstrucción o plástica de cono
Lunes 3	13:40	14:00 Auditorio	Opción de shunt en cirugía de Noewood: evidencia actual
Lunes 3	14:00	14:20 Auditorio	Técnica y resultados en cirugía de Norwood en San Pablo, Brasil
Lunes 3	15:00	16:30 Auditorio	Nuevas tendencias en arritmias y electrofisiología pediátrica
Lunes 3	15:00	15:20 Auditorio	Arritmias fetales. Bloqueo AV completo. Indicaciones de estimulación cardíaca
Lunes 3	15:20	15:40 Auditorio	Miocardiopatía hipertrófica en la edad pediátrica: De la genética al tratamiento
Lunes 3	15:40	16:00 Auditorio	Muerte súbita cardíaca en pediatría y en pacientes con cardiopatías congénitas
Lunes 3	16:00	16:20 Auditorio	¿Qué causa falla tardía luego de cirugía de Fontán-Kreutzer?
Lunes 3	16:45	18:15 Auditorio	Actualización en cirugía y recuperación cardiovascular en pediatría
Lunes 3	16:45	17:05 Auditorio	Monitoreo funcional de la microhemodinamia. ¿Un camino posible?
Lunes 3	17:05	17:25 Auditorio	Realizar ECMO en Argentina: ¿Ficción o realidad? Resultados disponibles
Lunes 3	17:25	17:45 Auditorio	Estrategias de protección cerebroespinal en cirugía por cardiopatías congénitas. Avances y resultados
Lunes 3	17:45	16:05 Auditorio	Opciones quirúrgicas en enfermedad de Ebstein’s neonatal
Martes 4	11:45	12:30 Auditorio	Conferencia plenaria: Desarrollo congnitivo en pacientes con cardiopatías congénitas. Implicancias en el desarrollo en la vida adulta
Martes 4	13:00	14:30 Auditorio	Reunión con expertos. Presentación de 3 casos

Cardiopatía Isquémica Crónica

Tema Principal

Domingo 2	09:45	11:15 La Pampa	TCT@CACI@SAC - Angina estable
Domingo 2	09:45	10:00 La Pampa	Tratamiento médico o angioplastia: El debate continúa
Domingo 2	10:00	10:15 La Pampa	Revascularización miocárdica 2011: La angioplastia sigue siendo la mejor opción
Domingo 2	10:15	10:30 La Pampa	Decisiones en la sala de cateterismo. ¿La angiografía es suficiente? El estudio funcional con FFR
Domingo 2	10:30	10:45 La Pampa	Cómo identificar pacientes estables de alto riesgo
Domingo 2	10:45	11:15 La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista SAC
Domingo 2	09:45	11:15 Libertador B	Temas Libres Preferidos Premio 37º Congreso Argentino de Cardiología
Domingo 2	14:00	15:30 San Telmo	Sesión 2
Domingo 2	14:00	15:30 San Telmo	Cardiología intervencionista I
Domingo 2	14:00	15:30 San Telmo	Sindromes coronarios agudos I
Domingo 2	15:00	16:30 Martín Fierro	Fundación Cardiológica Argentina - Ejercicio, salud y deportes
Domingo 2	15:00	15:15 Martín Fierro	Vencer el sedentarismo: ¿Cómo hacemos para empezar?
Domingo 2	15:15	15:30 Martín Fierro	El entrenamiento para los deportes recreativos: ¿Cómo, cuánto, dónde, con qué elementos?
Domingo 2	15:30	15:45 Martín Fierro	Evaluaciones médicas antes de comenzar un deporte: “el famoso APTO”
Domingo 2	15:45	16:00 Martín Fierro	¿Son necesarios los “suplementos y vitaminas” para mejorar el rendimiento? Mitos y realidades
Lunes 3	16:45	18:15 Retiro B	Sesión conjunta SAC-Sociedad Interamericana de Cardiología. Enfermedad coronaria crónica 2011
Lunes 3	16:45	17:00 Retiro B	¿Cómo optimizar el tratamiento farmacológico?
Lunes 3	17:00	17:15 Retiro B	¿Contribuyen las imágenes para definir las conductas terapéuticas?
Lunes 3	17:15	17:30 Retiro B	¿Quién debe ser revascularizado?
Lunes 3	17:30	17:45 Retiro B	¿Cómo definir la estrategia de la revascularización?
Martes 4	16:45	18:15 La Pampa	Disfunción ventricular isquémica crónica: después del STICH
Martes 4	16:45	17:00 La Pampa	Optimizando el tratamiento médico
Martes 4	17:00	17:15 La Pampa	Cirugía de revascularización miocárdica. ¿Cuándo?
Martes 4	17:15	17:30 La Pampa	Estudio de viabilidad: ¿Sigue siendo útil?
Martes 4	17:30	17:45 La Pampa	Realidad argentina de la revascularización miocárdica

Tema Secundario

Domingo 2	11:45	12:30 Libertador C	Fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca. ¿Un problema de difícil solución?
Domingo 2	13:00	14:30 Libertador C	Simposio Gador. El “ESCUCHATORIO” en la relación médico-paciente
Lunes 3	08:00	09:30 Libertador C	Controversias en cardiopatía isquémica
Lunes 3	08:00	08:45 Libertador C	SIA: Debemos revascularizar solamente la arteria culpable
Lunes 3	08:45	09:30 Libertador C	El tratamiento de elección de la lesión grave de tronco es la cirugía
Lunes 3	11:45	12:30 Catalinas	El cardiodesfibrilador debe indicarse en todos los pacientes con disfunción ventricular izquierda grave
Martes 4	11:45	12:30 Golden Horn	Las multimágenes reemplazarán al cateterismo en el diagnóstico de enfermedad coronaria

Cirugía Cardiovascular

Tema Principal

Domingo 2	16:00	17:30 San Telmo	Sesión 3
Domingo 2	16:00	17:30 San Telmo	Arritmias II
Domingo 2	16:00	17:30 San Telmo	Cardiología intervencionista II
Lunes 3	08:00	09:30 Libertador C	Controversias en cardiopatía isquémica
Lunes 3	08:00	08:45 Libertador C	SIA: Debemos revascularizar solamente la arteria culpable
Lunes 3	08:45	09:30 Libertador C	El tratamiento de elección de la lesión grave de tronco es la cirugía
Lunes 3	08:00	09:30 Poncho	Cirugía
Lunes 3	11:45	12:30 Río de La Plata	Se debe realizar siempre un implante valvular aórtico transcateter (TAVI) en pacientes con estenosis aórtica grave y riesgo elevado
Martes 4	11:45	12:30 Catalinas	Siempre se debe revascularizar a todos los pacientes con estenosis carotídea grave asintomática

Tema Secundario

Domingo 2	16:45	18:15 Catalinas	Insuficiencia mitral isquémica: una valvulopatía diferente
Domingo 2	16:45	17:00 Catalinas	Fisiopatología: de la investigación a la clínica
Domingo 2	17:00	17:15 Catalinas	Papel de las imágenes en la decisión clínica
Domingo 2	17:15	17:30 Catalinas	Manejo en la unidad coronaria
Domingo 2	17:30	17:45 Catalinas	Impacto de la plástica mitral en la evolución. La plástica mitral ¿es viable?
Lunes 3	11:45	12:30 La Pampa	TCT@SAC@CACI - Desafíos en el tratamiento de la insuficiencia mitral
Lunes 3	11:45	12:00 La Pampa	Evidencias en el tratamiento percutáneo en la insuficiencia mitral
Lunes 3	12:00	12:15 La Pampa	Evidencias en el tratamiento quirúrgico en la insuficiencia mitral
Lunes 3	12:15	12:30 La Pampa	Debate
Martes 4	16:45	18:15 Retiro C	Sesion Conjunta SAC - FAC. Revascularización miocárdica y patologías asociadas
Martes 4	16:45	17:00 Retiro C	Diabetes e insuficiencia renal crónica
Martes 4	17:00	17:15 Retiro C	El paciente con cirugía valvular simultánea
Martes 4	17:15	17:30 Retiro C	Enfermedad carotídea asociada
Martes 4	17:30	17:45 Retiro C	En paciente con aneurisma de aorta abdominal

Educación Médica

Domingo 2	17:30	18:15 Ombú	Taller de investigación. Módulo I - De la idea al proyecto. Primeras herramientas para concretar su protocolo
Domingo 2	17:30	18:15 Ombú	La importancia de tener clara nuestra pregunta (objetivo e hipótesis)
Domingo 2	17:30	18:15 Ombú	Qué modelo de estudio elegir
Lunes 3	11:45	12:30 Retiro A	Taller de electrocardiología
Lunes 3	16:45	17:30 Ombú	Taller de investigación. Módulo II - Leyendo artículos científicos con mirada crítica
Lunes 3	16:45	17:30 Ombú	Sobre sesgos y confundidores
Martes 4	13:00	14:30 Ombú	Presentadores eficaces: oratoria y PowerPoint
Martes 4	13:00	14:30 Retiro B	AREA DE DOCENCIA. ¿Debería ser la Residencia el único sistema formador de especialistas?
Martes 4	16:45	17:30 Ombú	Taller de investigación. Módulo III - Leyendo artículos científicos con mirada crítica
Martes 4	16:45	17:30 Ombú	Estudios epidemiológicos bajo la lupa
Martes 4	17:30	18:15 Ombú	Taller de investigación. Módulo III - De una idea al proyecto. Primeras herramientas para concretar su protocolo
Martes 4	17:30	18:15 Ombú	Nociones de tests estadísticos
Martes 4	17:30	18:15 Ombú	Concepto de regresión logística

Enfermedad Cerebrovascular

Lunes 3	18:30	20:00 Libertador C	Simposio Bayer Healthcare. ESC en Argentina. Actualización de la prevención de los accidentes cerebrovaculares en la fibrilación auricular. Enfoque en la anticoagulación
Lunes 3	18:30	18:35 Libertador C	Introducción
Lunes 3	18:35	18:55 Libertador C	Fibrilación auricular: Epidemiología e importancia en la práctica clinica actual
Lunes 3	18:55	19:20 Libertador C	Terapéutica antitrombótica actual para los pacientes con fibrilación auricular: Beneficios y barreras.
Lunes 3	19:20	19:45 Libertador C	Estrategias antitrombóticas emergentes para la prevención de los accidentes cerebrovasculares en pacientes con fibrilación auricular.
Martes 4	15:00	16:30 Poncho	Consejo de Stroke. Stroke en la Unidad Coronaria ¿Que debe saber el cardiólogo?
Martes 4	15:00	15:15 Poncho	Epidemiología del stroke en la Unidad coronaria. (generalidades).
Martes 4	15:15	15:30 Poncho	Complicaciones cerebrovasculares de los procedimientos cardiovasculares. ¿Cómo prevenirlas?
Martes 4	15:30	15:45 Poncho	Fibrinolisis en el paciente cardiológico agudo.
Martes 4	15:45	16:00 Poncho	Pseudostroke en la Unidad Coronaria.

Enfermedad de Chagas

Lunes 3	08:00	09:30 Martín Fierro	Jornada Argentino-Boliviana de Cardiología. Epidemiología y terapéutica parasiticida
Lunes 3	08:00	08:15 Martín Fierro	Situación en zonas rurales argentinas: la provincia del Chaco
Lunes 3	08:15	08:30 Martín Fierro	Situación en zonas rurales bolivianas
Lunes 3	08:30	08:45 Martín Fierro	Tratamiento antiparasitario: Indicaciones específicas
Lunes 3	08:45	09:00 Martín Fierro	Planificación de la terapéutica en la República de Bolivia
Lunes 3	09:45	11:15 Martín Fierro	Enfermedad de Chagas en la República Argentina: Políticas de Salud
Lunes 3	09:45	10:00 Martín Fierro	Actividades conjuntas SAC-Programa Nacional de Chagas
Lunes 3	10:00	10:15 Martín Fierro	Aplicación de la tecnología (TICs) en la vigilancia epidemiológica del Chagas
Lunes 3	10:15	10:30 Martín Fierro	Prevención en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para el contagio ocasional
Lunes 3	10:30	10:45 Martín Fierro	Control médico y su importancia en el Programa Nacional de Chagas
Lunes 3	15:00	16:30 Martín Fierro	Nuevos métodos diagnósticos en la enfermedad de Chagas
Lunes 3	15:00	15:15 Martín Fierro	La ecocardiografía como predictor de evolutividad
Lunes 3	15:15	15:30 Martín Fierro	Valor del PROBNP
Lunes 3	15:30	15:45 Martín Fierro	Valor de la ergometría
Lunes 3	15:45	16:00 Martín Fierro	¿La condicion social y el alfabetismo condiciona el pronóstico?
Lunes 3	16:45	18:15 Martín Fierro	Enfermedad de Chagas: Nuevos aportes del tratamiento
Lunes 3	16:45	17:00 Martín Fierro	Implante de células autólogas
Lunes 3	17:00	17:15 Martín Fierro	Cardiodesfibriladores y resincronizadores
Lunes 3	17:15	17:30 Martín Fierro	Trasplante en la miocardiopatía chagásica
Lunes 3	17:30	17:45 Martín Fierro	¿Hay Chagas en Europa?

Indice Temático

Enfermería En Cardiología

Lunes 3	08:00	09:30 Águila	XXVII Jornada de Enfermería en Cardiología
Lunes 3	08:00	08:45 Águila	Hipertensión en el embarazo y riesgos cardiovasculares
Lunes 3	08:45	09:30 Águila	Manejo de drogas vasoactivas y monitoreo hemodinámico en pediatría
Lunes 3	09:45	11:15 Águila	XXVII Jornada de Enfermería en Cardiología
Lunes 3	09:45	10:00 Águila	Incidencia de la enfermedad de Chagas en el binomio materno-fetal
Lunes 3	10:00	11:15 Águila	Factores que inciden en el estrés laboral
Lunes 3	11:45	12:30 Águila	XXVII Jornada de Enfermería en Cardiología
Lunes 3	11:45	12:30 Águila	Evidencia de la práctica de la enfermería como perfusionista. Realidad argentino-colombiana
Lunes 3	13:00	14:30 Águila	XXVII Jornada de Enfermería en Cardiología
Lunes 3	13:00	13:45 Águila	Función del enfermero en la categorización del paciente con riesgo cardiovascular. La identificación precoz de los síndromes coronarios agudos
Lunes 3	13:45	14:30 Águila	Efectos de la salud mental en nuestro corazón
Lunes 3	15:00	16:30 Águila	XXVII Jornada de Enfermería en Cardiología
Lunes 3	15:00	15:45 Águila	Cuándo y cómo administrar los trombolíticos en la sala de hemodinamia
Lunes 3	15:45	16:30 Águila	Actualización en las nuevas herramientas para la ablación de arritmias: lo que los enfermeros debemos saber
Lunes 3	16:45	18:15 Águila	XXVII Jornada de Enfermería en Cardiología
Lunes 3	16:45	17:30 Águila	Las infecciones asociadas a los procedimientos endovasculares: Lo que debemos hacer para disminuir su incidencia
Lunes 3	17:30	18:15 Águila	Ventajas de la ventilación no invasiva en el cardiópata crítico. Papel de la enfermería

Ergometría y Rehabilitación

Martes 4	08:00	09:30 Martín Fierro	Consejo de Ergometría y Rehabilitación Cardiovascular - Corazón, ejercicio y deportes
Martes 4	08:30	08:45 Martín Fierro	Evaluaciones pre participativas en deportes: ¿Será la hora para ponernos de acuerdo?
Martes 4	08:45	09:00 Martín Fierro	Corazón y ejercicio: ¿Qué novedades nos dejó el Congreso del American College of Sport Medicine?
Martes 4	09:00	09:15 Martín Fierro	El ejercicio como tratamiento: Evidencias recientes y aplicaciones prácticas en el paciente diabético
Martes 4	09:15	09:30 Martín Fierro	Presentación y discusión de casos clínicos
Martes 4	15:00	16:30 Martín Fierro	Fundación Cardiológica Argentina - Nutrientes y alimentos para la salud cardiovascular
Martes 4	15:00	15:15 Martín Fierro	Ácidos grasos: su influencia en la salud y en la enfermedad cardiovascular
Martes 4	15:15	15:30 Martín Fierro	Los ácidos grasos en los alimentos
Martes 4	15:30	15:45 Martín Fierro	Dieta mediterránea: la evidencia actual
Martes 4	15:45	16:00 Martín Fierro	Efectos extraóseos del calcio
Martes 4	16:45	18:15 Retiro A	Consejo de Ergometría y Rehabilitación y Consejo de Arritmias - Cardiología y deporte
Martes 4	16:30	17:45 Retiro A	Arritmias ventriculares desencadenadas por el esfuerzo: conductas y consecuencias
Martes 4	16:45	17:00 Retiro A	Síncope en el deportista: ¿Cuándo debemos preocuparnos?
Martes 4	17:00	17:15 Retiro A	El deporte y el sistema nervioso autónomo. ¿Es todo hipertonía vagal?
Martes 4	17:15	17:30 Retiro A	Casos clínicos: Arritmias en el deportista

Hipertensión Arterial

Tema Principal

Domingo 2	09:45	11:15 Catalinas	Hipertensión Arterial
Domingo 2	13:00	14:30 Retiro B	Simposio Servier. Asociar dos drogas: ¿sumar o multiplicar efectos? Perindopril/Amlodipina, Potencia y Protección en Hipertensión Arterial y Enfermedad Coronaria
Domingo 2	13:00	13:10 Retiro B	Introducción
Domingo 2	13:10	13:35 Retiro B	Marcando la diferencia en el tratamiento del paiente coronario
Domingo 2	13:35	14:10 Retiro B	Potencia y Protección de la asociación fija. Perindopril/Amlodipina en pacientes hipertensos
Domingo 2	14:10	14:25 Retiro B	Discusión con panel de expertos
Domingo 2	14:25	14:30 Retiro B	Conclusiones
Lunes 3	09:00	09:30 La Pampa	TCT@SAC@CACI - Nuevo enfoque en el tratamiento de la hipertensión arterial
Lunes 3	09:00	09:15 La Pampa	Fundamento y evidencia para la ablación por radiofrecuencia de la arteria renal en HTA resistente
Lunes 3	09:15	09:30 La Pampa	Presentación de un caso
Lunes 3	13:00	14:30 Catalinas	Simposio Elea. El riesgo cardiovascular global en hipertensos. ¿Adónde queremos llegar?
Lunes 3	13:00	13:15 Catalinas	Introduccion
Lunes 3	13:15	13:30 Catalinas	Las metas tensionales.
Lunes 3	13:30	13:50 Catalinas	Riesgo cardiovascular global: Cuál es el mejor camino para estimarlo?
Lunes 3	14:10	14:30 Catalinas	¿Es importante bloquear el SRA en hipertensos? ¿Tienen ventajas los ARA II?
Martes 4	08:00	09:30 Libertador B	Consejo de Hipertensión Arterial - Aspectos fisiopatológicos de la HTA
Martes 4	08:00	08:15 Libertador B	Regulación de la microcirculación renal en HTA
Martes 4	08:15	08:30 Libertador B	Microcirculación cardíaca en el marco de la hipertrofia cardíaca
Martes 4	08:30	08:45 Libertador B	Aspectos relevantes de la angiotensiona 1-7
Martes 4	08:45	09:00 Libertador B	Mecanismo baroreflejo
Martes 4	11:45	12:30 Libertador B	Conferencia homenaje al Dr. Hugo Baglivo: “Inflamación y daño de órgano blanco en la hipertensión: lo bueno y lo malo”
Martes 4	16:45	18:15 Libertador B	Hipertensión arterial. Desde lo básico
Martes 4	16:45	17:00 Libertador B	¿Cuándo y cómo comenzar terapia farmacológica en la HTA?
Martes 4	17:00	17:15 Libertador B	HTA en la mujer menopáusica
Martes 4	17:15	17:30 Libertador B	Diuréticos: ¿En quiénes, cuándo y qué diurético agregar?
Martes 4	17:30	17:45 Libertador B	HTA resistente

Tema Secundario

Martes 4	09:45	11:15 Libertador B	Consejo de Hipertensión Arterial - Hipertensión arterial en el paciente anciano
Martes 4	09:45	10:00 Libertador B	Utilidad de la presión arterial nocturna en el paciente añoso
Martes 4	10:00	10:15 Libertador B	Objetivo de presión arterial y daño cognitivo
Martes 4	10:15	10:30 Libertador B	La HTA más allá de los 80 años. ¿Cómo y con qué tratarla?
Martes 4	10:30	10:45 Libertador B	Deterioro renal en el paciente anciano hipertenso

Hipertensión Pulmonar y Tromboembolismo

Domingo 2	09:45	11:15 Libertador C	Sesión conjunta SAC- Asociación Argentina de Medicina Respiratoria. Hipertensión pulmonar no tromboembólica
Domingo 2	09:45	10:00 Libertador C	Clasificación y diagnóstico
Domingo 2	10:00	10:15 Libertador C	HTP: EPOC y enfermedades intersticiales. ¿Cuál es la relevancia clínica?
Domingo 2	10:15	10:30 Libertador C	HTP idiopática
Domingo 2	10:30	10:45 Libertador C	HTP y disfunción ventricular izquierda: ¿Cuál es el tratamiento?
Domingo 2	09:45	11:15 Martín Fierro I	Hipertensión pulmonar y tromboembolismo de pulmón
Domingo 2	15:00	16:30 Río de La Plata	Tromboembolismo pulmonar agudo
Domingo 2	15:00	15:15 Río de La Plata	Evaluación clínica y estratificación de riesgo
Domingo 2	15:15	15:30 Río de La Plata	Diagnóstico: uso racional de las imágenes
Domingo 2	15:30	15:45 Río de La Plata	Fibrinolisis: ¿Cuándo y cómo?
Domingo 2	15:45	16:00 Río de La Plata	Tratamiento invasivo
Domingo 2	16:45	18:15 Río de La Plata	HTP tromboembólica crónica
Domingo 2	16:45	17:00 Río de La Plata	Diagnóstico y evaluación para cirugía
Domingo 2	17:00	17:15 Río de La Plata	Tromboendarterectomía pulmonar: ¿Es una opción curativa?
Domingo 2	17:15	17:30 Río de La Plata	Manejo perioperatorio de la hipertensión pulmonar
Domingo 2	17:30	17:45 Río de La Plata	Manejo de los pacientes no operables
Martes 4	11:45	12:30 La Pampa	Los fármacos para el tratamiento de la hipertensión pulmonar mejoran la calidad de vida y reducen la mortalidad

Imágenes

Tema Principal

Domingo 2	09:45	11:15 Río de La Plata	Imágenes I
Lunes 3	09:45	11:15 Catalinas	Imágenes II
Lunes 3	09:45	11:15 Retiro B	Imágenes III
Lunes 3	11:45	12:30 Libertador B	Visión crítica sobre el eco 3D
Lunes 3	11:45	12:30 Retiro B	El eco es útil para seleccionar pacientes para resincronizar
Martes 4	08:00	09:30 La Pampa	Consejo de Ecocardiografía - Estenosis aórtica severa
Martes 4	08:00	08:15 La Pampa	Discordancias en las guías. ¿Cómo interpretarlas?
Martes 4	08:15	08:30 La Pampa	Nuevos marcadores pronósticos
Martes 4	08:30	08:45 La Pampa	¿Hasta cuándo esperar?
Martes 4	08:45	09:00 La Pampa	La ecocardiografía en los tiempos del reemplazo valvular percutáneo
Martes 4	08:00	09:30 Retiro C	Consejo de Cardiología Nuclear. ¿Estrategias para evaluar la enfermedad coronaria? Presente y futuro
Martes 4	08:00	08:15 Retiro C	Evaluación de la microcirculación en la génesis de la enfermedad coronaria
Martes 4	08:15	08:30 Retiro C	¿Cómo interpretar el spect gatillado?
Martes 4	08:30	08:45 Retiro C	Fusión de imágenes
Martes 4	08:45	09:00 Retiro C	Nuevas fronteras en cardiología nuclear
Martes 4	09:45	11:15 La Pampa	Miocardiopatías
Martes 4	09:45	10:00 La Pampa	Eco 3D en el diagnóstico de las miocardiopatías
Martes 4	10:00	10:15 La Pampa	Valor complementario de las multi-imágenes en la miocardiopatía hipertrófica
Martes 4	10:15	10:30 La Pampa	Miocardio no compactado: ¿Eco, RNM o ambos?
Martes 4	10:30	10:45 La Pampa	Diagnóstico por imágenes en la amiloidosis: ¿No alcanza con la ecocardiografía?
Martes 4	09:45	11:15 Retiro C	Sesión conjunta Consejo de Cardiología Nuclear, Consejo de Ecocardiografía y Consejo de Tomografía y Resonancia - Abordaje de la insuficiencia cardíaca en la era de la multimodalidad de imágenes
Martes 4	09:45	10:00 Retiro C	Estudios de medicina nuclear
Martes 4	10:00	10:15 Retiro C	Evaluación de viabilidad miocárdica por eco-stress
Martes 4	10:15	10:30 Retiro C	Estudios de resonancia magnética nuclear en viabilidad miocárdica
Martes 4	10:30	10:45 Retiro C	¿Cuáles de estos métodos seleccionar en el paciente con insuficiencia cardíaca?
Martes 4	11:45	12:30 Golden Horn	Las multimágenes reemplazarán al cateterismo en el diagnóstico de enfermedad coronaria
Martes 4	15:00	16:30 Catalinas	Consejo de Tomografia Computada y Resonancia Magnética Cardíaca. Papel de la Resonancia Magnética Cardíaca en la evaluacion de las cardiopatías
Martes 4	15:00	15:15 Catalinas	Infarto agudo: Estratificación de riesgo.
Martes 4	15:15	15:30 Catalinas	Diagnósticos diferenciales miocardiopatias: infiltrativas vs hipertróficas
Martes 4	15:30	15:45 Catalinas	RMC en pacientes con arritmia ventricular.
Martes 4	15:45	16:00 Catalinas	Coronarias normales y elevación de troponina
Martes 4	16:45	18:15 Catalinas	Consejo de Tomografía Computada y Resonancia Magnética Cardíaca. Nuevas aplicaciones de la tomografía computada
Martes 4	16:45	17:00 Catalinas	Tomografía multicorte y SPECT: cómo se combina la información pronóstica
Martes 4	17:00	17:15 Catalinas	Alcances de la perfusión por tomografía coronaria de 256 cortes
Martes 4	17:15	17:30 Catalinas	Evaluación de la enfermedad coronaria con nuevos desarrollos en tomografía multicorte: equipos 256 y 320 filas
Martes 4	17:30	17:45 Catalinas	Evaluación rápida de pacientes con dolor precordial en la sala de emergencia

Tema Secundario

Domingo 2	16:45	18:15 Auditorio	Nuevas tecnologías e imágenes en cardiopatías congénitas
Domingo 2	16:45	17:05 Auditorio	Utilidad de la ecocardiografía 3D en el seguimiento alejado de cardiopatías congénitas
Domingo 2	17:05	17:25 Auditorio	TAC convencional, RMN, TAC multicorte: ¿Qué debemos indicar en quién?
Domingo 2	17:25	17:45 Auditorio	Disfunción biventricular en pacientes con hipertensión pulmonar: evaluación y tratamiento
Domingo 2	17:45	18:05 Auditorio	Evaluación de riesgo en síndrome de Wolf-Parkinson-White. Tratamiento intervencionista mediante el uso de tecnología 3D
Lunes 3	09:45	11:15 Catalinas	Imágenes II

Indice Temático

Insuficiencia Cardíaca y Trasplante

Domingo 2	09:45	11:15 Martín Fierro II	Investigación básica
Domingo 2	09:45	11:15 Retiro B	Insuficiencia cardíaca
Domingo 2	11:45	12:30 Catalinas	INCUCAI - Células madre
Domingo 2	11:45	12:30 Libertador C	Fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca. ¿Un problema de difícil solución?
Domingo 2	15:00	16:30 La Pampa	TCT@SAC@CACI - Insuficiencia cardíaca de etiología isquémica
Domingo 2	15:00	15:15 La Pampa	Puesta al día del tratamiento médico y rehabilitación en pacientes con insuficiencia cardíaca
Domingo 2	15:15	15:30 La Pampa	Cirugía versus tratamiento médico: Resultados a 5 años del STICH
Domingo 2	15:30	15:45 La Pampa	Evidencia de la revascularización percutánea en paciente con severo deterioro de la función ventricular
Domingo 2	15:45	16:00 La Pampa	Insuficiencia mitral en la miocardiopatía dilatada. Resultados dela terapéutica endovascular
Domingo 2	16:00	16:30 La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
Lunes 3	09:45	11:15 La Pampa	TCT@SAC@CACI - Insuficiencia cardíaca: Actualización en dispositivos
Lunes 3	09:45	10:00 La Pampa	Estado actual de los dispositivos percutáneos transitorios en insuficiencia cardíaca avanzada
Lunes 3	10:00	10:15 La Pampa	Pacientes con baja FEy: Cardiodesfibriladores y resincronizadores
Lunes 3	10:15	10:30 La Pampa	Dispositivos definitivos de asistencia ventricular izquierda
Lunes 3	10:30	11:15 La Pampa	Terapia de células progenitoras en insuficiencia cardíaca. Punto de vista crítico
Lunes 3	10:45	11:15 La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
Lunes 3	09:45	11:15 Retiro A	CONAREC - Insuficiencia cardíaca
Lunes 3	15:00	16:30 Retiro B	Sesión conjunta SAC - Sociedad Sudamericana de Cardiología - Insuficiencia cardíaca 2011
Lunes 3	15:00	15:15 Retiro B	¿Existen nuevas evidencias para mejorar el tratamiento farmacológico?
Lunes 3	15:15	15:30 Retiro B	¿Han cambiado los criterios de revascularización después del STICH?
Lunes 3	15:30	15:45 Retiro B	¿A quién indicar un cardiodesfibrilador implantable y/o un resincronizador?
Lunes 3	15:45	16:00 Retiro B	¿Cómo tratar la insuficiencia cardíaca con fracción de eyacción conservada?
Lunes 3	16:45	18:15 Libertador B	Manejo de la IC crónica isquémica
Lunes 3	16:45	17:00 Libertador B	¿Qué técnica de imágenes es preferible?
Lunes 3	17:00	17:15 Libertador B	Remodelamiento progresivo hacia la IC
Lunes 3	17:15	17:30 Libertador B	Intervenciones coronarias percutáneas
Lunes 3	17:30	17:45 Libertador B	Manejo quirúrgico
Martes 4	08:00	09:30 Golden Horn	Consejo de Insuficiencia Cardíaca. Novedades en la terapéutica de la insuficiencia cardíaca
Martes 4	08:00	08:15 Golden Horn	Ivabradina. ¿En quiénes está indicada?
Martes 4	08:15	08:30 Golden Horn	Antialdosterónicos: ¿Deben recibirla todos los pacientes con insuficiencia cardíaca?
Martes 4	08:30	08:45 Golden Horn	Resincronización cardíaca: ¿Cada vez más indicaciones?
Martes 4	08:45	09:00 Golden Horn	¿Cambió la comprensión del modelo fisiopatológico?
Martes 4	09:45	11:15 Golden Horn	Consejo de Insuficiencia Cardíaca + ECO + Electrofisiología - Selección de pacientes para terapia de resincronización cardíaca
Martes 4	09:45	10:00 Golden Horn	Indicaciones no convencionales
Martes 4	10:00	10:15 Golden Horn	Qué hacer cuando los pacientes no responden a la terapia de resincronización
Martes 4	10:15	10:30 Golden Horn	TRC vs. trasplante. ¿Cuándo la resincronización es insuficiente?
Martes 4	10:30	10:45 Golden Horn	A 3 años del PROSPECT. Papel del ecocardiograma
Martes 4	15:00	16:30 Golden Horn	Consejo de Insuficiencia Cardíaca. Comorbilidades en Insuficiencia Cardíaca
Martes 4	15:00	15:15 Golden Horn	Insuficiencia cardíaca y diabetes. Una asociación frecuente
Martes 4	15:15	15:30 Golden Horn	Depresión en el paciente con insuficiencia cardíaca. ¿Cómo actuar?
Martes 4	15:30	15:45 Golden Horn	Insuficiencia cardíaca y disfunción tiroidea.
Martes 4	15:45	16:00 Golden Horn	El riñón en la insuficiencia cardíaca
Martes 4	16:45	18:15 Golden Horn	Consejo de Insuficiencia Cardíaca + Consejo de Emergencias - Insuficiencia cardíaca descompensada
Martes 4	16:45	17:00 Golden Horn	Descompensación con cumplimiento de las pautas terapéuticas. ¿A qué atribuirla? ¿Cómo prevenirla?
Martes 4	17:00	17:15 Golden Horn	Manejo en la guardia del paciente con insuficiencia cardíaca descompensada
Martes 4	17:15	17:30 Golden Horn	Estrategias para lograr balance negativo
Martes 4	17:30	17:45 Golden Horn	Pautas para evitar la reinternación

Investigación Básica

Domingo 2	15:00	15:40 Ombú	Genética para el cardiólogo clínico. Módulo I: Conceptos básicos de genética humana
Domingo 2	15:00	15:15 Ombú	El proyecto genoma humano: su contribución a la práctica médica
Domingo 2	15:15	15:30 Ombú	Mutación genética y "polimorfismos": qué significa detectar una mutación genética y cómo diferenciarla de una variación normal en la población
Domingo 2	16:45	17:30 Ombú	Taller de investigación. Módulo I - Leyendo artículos con mirada crítica
Domingo 2	16:45	17:30 Ombú	Sobre la relevancia, objetivo, representatividad de la población, análisis de subgrupos (en su justo lugar)
Lunes 3	15:00	15:30 Ombú	Genética para el cardiólogo clínico. Módulo III: Tests genéticos
Lunes 3	15:00	15:30 Ombú	Qué información provee un test genético: su impacto en el diagnóstico, pronóstico y conducta terapeútica en: síndrome de QT largo, taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica, síndrome de Brugada y QT corto y fibrilación auricular
Lunes 3	18:30	20:00 Auditorio	Consejo de Investigación Básica en conjunto con la International Academy of Cardiovascular Science. Fisiopatología de la hipertrofia e insuficiencia cardíaca
Lunes 3	18:30	18:45 Auditorio	Papel de las metaloproteinasas de matriz en el desarrollo de la insuficiencia cardíaca luego de un infarto agudo de miocardio
Lunes 3	18:45	19:00 Auditorio	Modulación del receptor beta adrenérgico en la progresión hacia la insuficiencia cardíaca: papel de la adenilciclasa tio 5
Lunes 3	18:45	19:00 Auditorio	Papel del intercambiador Na+/H+ en la hipertrofia miocárdica
Lunes 3	18:45	19:00 Auditorio	Nuevos aspectos clínicos en la insuficiencia cardíaca
Lunes 3	18:30	20:00 Retiro C	Sesión conjunta SAC - Instituto de Investigaciones Cardiológicas (UBA-CONICET). Ritmos biológicos en cardiología
Lunes 3	18:30	18:45 Retiro C	Variabilidad baroquimioreceptorial
Lunes 3	18:45	19:00 Retiro C	Osciladores biológicos y teoría del caos en relación con la muerte súbita
Lunes 3	19:00	19:15 Retiro C	Variabilidad de la presión arterial y velocidad de la onda del pulso
Lunes 3	19:15	19:30 Retiro C	Variabilidad frecuencia cardíaca y muerte súbita
Martes 4	15:00	15:40 Ombú	Genética para el cardiólogo clínico. Módulo IV: Consejo genético
Martes 4	15:00	15:07 Ombú	Cuándo y a quién es conveniente indicar un test genético (selección del probando)
Martes 4	15:07	15:17 Ombú	Consentimiento informado/Toma de muestra
Martes 4	15:17	15:27 Ombú	Qué hacer si un paciente llega a la consulta con el resultado de un test genético
Martes 4	15:27	15:37 Ombú	Autopsia molecular

Miocardiopatías

Tema Principal

Domingo 2	15:00	16:30 Libertador B	Sesión conjunta SAC - American College of Cardiology - Miocardiopatía isquémica necrótica
Domingo 2	15:00	15:15 Libertador B	Valor de los métodos complementarios
Domingo 2	15:15	15:30 Libertador B	Reconstrucción quirúrgica en la miocardiopatía isquémica crónica
Domingo 2	15:30	15:45 Libertador B	Alternativas quirúrgicas
Domingo 2	15:45	16:00 Libertador B	¿Qué define la conducta: clínica, estudio funcional o anatomía?
Domingo 2	15:00	16:30 Retiro A	Miocardio no compactado: Diagnóstico y sobrediagnóstico
Domingo 2	15:00	15:15 Retiro A	Papel del ECO
Domingo 2	15:15	15:30 Retiro A	Papel de la RMN
Domingo 2	15:30	15:45 Retiro A	RMN y eco. ¿Los criterios diagnósticos son compatibles?
Domingo 2	15:45	16:00 Retiro A	¿Cuándo está indicado un cardiodesfibrilador?
Domingo 2	16:45	18:15 Poncho	Miocardiopatía hipertrófica
Domingo 2	16:45	17:00 Poncho	Genética de la MCH. ¿Las mutaciones pueden predecir el futuro?
Domingo 2	17:00	17:15 Poncho	Deportes y MCH
Domingo 2	17:15	17:30 Poncho	Enfermedad microvascular en la MCH
Domingo 2	17:30	17:45 Poncho	Estratificación de riesgo de muerte súbita en la MCH
Lunes 3	11:45	12:30 Catalinas	El cardiodesfibrilador debe indicarse en todos los pacientes con disfunción ventricular izquierda grave

Tema Secundario

Lunes 3	16:45	18:15 La Pampa	TCT@SAC@CACI - Tratamiento percutáneo de la estenosis valvular aórtica
Lunes 3	17:00	17:15 La Pampa	Definición de alto riesgo quirúrgico. Indicaciones actuales del reemplazo valvular aórtico percutáneo
Lunes 3	17:15	17:30 La Pampa	Resultados intrahospitalarios y a largo plazo del reemplazo valvular aórtico percutáneo
Lunes 3	17:30	17:45 La Pampa	Consenso y Registro Argentino del Reemplazo Valvular Aórtico Percutáneo
Lunes 3	17:45	18:15 La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista

Patología de La Aorta

Domingo 2	15:00	16:30 Retiro B	Actualidad del aneurisma de aorta abdominal
Domingo 2	15:00	15:15 Retiro B	¿Qué aportan los nuevos métodos por imagen?
Domingo 2	15:15	15:30 Retiro B	Screening, seguimiento e indicación de intervención
Domingo 2	15:30	15:45 Retiro B	Endoprotesis aórticas: realidad y limitaciones
Domingo 2	15:45	16:00 Retiro B	Cirugía convencional: resultados actuales
Lunes 3	16:45	18:15 Catalinas	La raíz de aorta en diferentes escenarios
Lunes 3	16:45	17:00 Catalinas	La aorta dilatada con válvula bicúspide
Lunes 3	17:00	17:15 Catalinas	Imágenes
Lunes 3	17:15	17:30 Catalinas	Cirugías de preservación de la válvula
Lunes 3	17:30	17:45 Catalinas	Síndrome aórtico agudo

Prevención y Epidemiología Cardiovascular

Tema Principal

Domingo 2	09:45	11:15 Ombú II	Epidemiología y prevención
Domingo 2	16:45	18:15 Libertador B	El agua y el sodio en la salud y en la enfermedad
Domingo 2	16:45	17:00 Libertador B	El sodio en la dieta
Domingo 2	17:00	17:15 Libertador B	Manejo de la HTA en el paciente sal sensible
Domingo 2	17:15	17:30 Libertador B	La sal y el agua en la insuficiencia cardíaca
Domingo 2	17:30	17:45 Libertador B	Onto y filogénesis del manejo de la sal en el organismo
Domingo 2	16:45	18:15 Martín Fierro	Fundación Cardiológica Argentina - Abordaje multidisciplinario del paciente tabaquista. Casos clínicos. Discusión con expertos
Lunes 3	15:00	16:30 Libertador B	Área de Consensos - Prevención cardiovascular
Lunes 3	15:07	15:14 Libertador B	Evaluación del riesgo cardiovascular global
Lunes 3	15:14	15:21 Libertador B	Hipertensión arterial
Lunes 3	15:21	15:28 Libertador B	Dislipidemias
Lunes 3	15:28	15:35 Libertador B	Tabaquismo
Lunes 3	15:35	15:42 Libertador B	Diabetes
Lunes 3	15:42	15:49 Libertador B	Sedentarismo
Lunes 3	15:49	15:56 Libertador B	Factores psicosociales
Lunes 3	15:56	16:03 Libertador B	Obesidad
Lunes 3	16:03	16:10 Libertador B	Biomarcadores y Prevención
Lunes 3	16:10	16:17 Libertador B	Agentes farmacológicos
Lunes 3	16:17	16:30 Libertador B	Discusión
Lunes 3	16:45	18:15 Retiro A	CONAREC - Prevención cardiovascular
Martes 4	08:00	09:30 Retiro B	Consejo de Epidemiología y Prevención Cardiovascular - Aspectos controvertidos en la evaluación y tratamiento del paciente en prevención cardiovascular
Martes 4	08:00	08:15 Retiro B	Estratificación del riesgo cardiovascular. ¿Qué score aplicar en Argentina?
Martes 4	08:15	08:30 Retiro B	Aterosclerosis subclínica: ¿Cuándo buscarla y cómo actuar en consecuencia?
Martes 4	08:30	08:45 Retiro B	Factores de riesgo. ¿Hasta dónde reducirlos?
Martes 4	08:45	09:00 Retiro B	Aspirina en prevención primaria de alto riesgo y en diabéticos
Martes 4	09:45	11:15 Retiro B	Consejo de Stroke y Epidemiología. Qué hacer y qué no hacer con la afectación significativa de múltiples territorios vasculares.
Martes 4	09:45	10:00 Retiro B	¿Se debe estudiar y/o tratar la patología carotídea previo a una CRM programada?
Martes 4	10:00	10:15 Retiro B	Se debe pedir una prueba evocadora de isquemia miocárdica previo a la cirugía carotídea?
Martes 4	10:00	10:15 Retiro B	¿Qué estudios vasculares debemos hacer en un paciente con estenosis carotídea asintomática?
Martes 4	10:15	10:30 Retiro B	¿Cómo y cuándo evaluar el deterioro cognitivo en el paciente panvascular?
Martes 4	15:00	16:30 Retiro B	Consejo de Cardiología Clínica - Reduciendo el riesgo cardiovascular en el paciente diabético
Martes 4	15:00	15:15 Retiro B	Dieta y ejercicio
Martes 4	15:15	15:30 Retiro B	Control glucémico intensivo o convencional
Martes 4	15:30	15:45 Retiro B	Valor óptimo de tensión arterial. Esquemas de drogas
Martes 4	15:45	16:00 Retiro B	Uso de antiagregantes plaquetarios

Tema Secundario

Lunes 3	13:00	14:30 Catalinas	Simposio Elea. El riesgo cardiovascular global en hipertensos. ¿Adónde queremos llegar?
Lunes 3	13:00	13:15 Catalinas	Introduccion
Lunes 3	13:15	13:30 Catalinas	Las metas tensionales.
Lunes 3	13:30	13:50 Catalinas	Riesgo cardiovascular global: Cuál es el mejor camino para estimarlo?
Lunes 3	14:10	14:30 Catalinas	¿Es importante bloquear el SRA en hipertensos? ¿Tienen ventajas los ARA II?
Lunes 3	15:00	16:30 Retiro C	HDL
Lunes 3	15:00	15:15 Retiro C	HDL: Mucho más que colesterol bueno
Lunes 3	15:15	15:30 Retiro C	HDL y riesgo residual: ¿Culpable o inocente?
Lunes 3	15:30	15:45 Retiro C	Elevar el HDL: ¿Reduce el riesgo cardiovascular?
Lunes 3	15:45	16:00 Retiro C	HDL BAJO: qué no dicen las guías
Lunes 3	18:30	20:00 Retiro A	Sesión conjunta SAC - Fundación Cardiológica Argentina - Ministerio de Salud Pública. Conocemos la prevalencia de los factores de riesgo vasculares en la Argentina. ¿Qué vamos a hacer?
Lunes 3	18:30	18:50 Retiro A	Implementación de políticas nacionales para su control
Lunes 3	18:50	19:10 Retiro A	La actitud de los argentinos ante los factores de riesgo
Lunes 3	19:10	19:30 Retiro A	Programa para abolir la epidemia cardiovascular en la Argentina
Martes 4	13:00	14:30 La Pampa	Simposio Abbott. Dislipidemia y enfermedad cardiovascular en el paciente de alto riesgo cardiovascular: nuevos mecanismos y tratamientos

Salud Pública y Psicosociales

Lunes 3	18:30	20:00 Retiro A	Sesión conjunta SAC - Fundación Cardiológica Argentina - Ministerio de Salud Pública. Conocemos la prevalencia de los factores de riesgo vasculares en la Argentina. ¿Qué vamos a hacer?
Lunes 3	18:30	18:50 Retiro A	Implementación de políticas nacionales para su control
Lunes 3	18:50	19:10 Retiro A	La actitud de los argentinos ante los factores de riesgo
Lunes 3	19:10	19:30 Retiro A	Programa para abolir la epidemia cardiovascular en la Argentina
Martes 4	13:00	14:30 Martín Fierro	Area de Políticas de Salud. Bienestar médico: ¿qué hacemos por nosotros?
Martes 4	13:00	13:15 Martín Fierro	Los médicos como sujetos. Una mirada hacia adentro. Un viaje reflexivo
Martes 4	13:15	13:30 Martín Fierro	¿Cuándo comienzan los problemas y la desesperanza?
Martes 4	13:30	13:45 Martín Fierro	Colegio Argentino de Cardiología. Papel en la problemática del médico. ¿Hay expectativas?
Martes 4	13:45	14:00 Martín Fierro	El médico en el mundo real. Universidad - Profesión - Futuro. ¿Cómo se prepara y qué encuentra? “La eterna búsqueda del bienestar”
Martes 4	15:00	16:30 La Pampa	Hospital público 2011
Martes 4	15:00	15:15 La Pampa	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Martes 4	15:00	16:30 La Pampa	Provincia de Buenos Aires
Martes 4	15:30	15:45 La Pampa	Provincia de Córdoba
Martes 4	15:45	16:00 La Pampa	Hospital universitario

Síndromes Isquémicos Agudos

Tema Principal

Domingo 2	09:45	11:15 Retiro A	Sindromes coronarios agudos
Domingo 2	13:00	14:30 Catalinas	Simposio AstraZeneca. Sindromes Coronarios Agudos: Trasladando resultados de estudios clínicos a la práctica real
Domingo 2	13:00	13:10 Catalinas	Introducción
Domingo 2	13:50	14:20 Catalinas	PLATO: Implicancias en la práctica clínica
Domingo 2	13:50	14:20 Catalinas	Preguntas a los expertos
Domingo 2	14:20	14:30 Catalinas	Conclusiones y cierre
Domingo 2	15:00	16:30 Catalinas	Sesión conjunta SAC - Sociedad Española de Cardiología. Infarto con supradesnivel del ST: manejo en las primeras horas
Domingo 2	15:00	15:15 Catalinas	Tiempos de transferencia y métodos de reperfusión
Domingo 2	15:15	15:30 Catalinas	Estrategias fármaco invasivas: ¿Qué drogas? ¿En qué momento?
Domingo 2	15:30	15:45 Catalinas	Tratamiento de las arritmias en el infarto agudo
Domingo 2	15:45	16:00 Catalinas	Angioplastia post fibrinolíticos: ¿Sólo de rescate? ¿O de rutina?
Domingo 2	16:45	18:15 La Pampa	TCT@SAC@CACI - Infarto agudo de miocardio
Domingo 2	16:45	17:00 La Pampa	Transporte de pacientes y terapéutica fármacoinvasiva
Domingo 2	17:00	17:15 La Pampa	Elección de la terapéutica antitrombínica y antagonistas del sistema ADP
Domingo 2	17:15	17:30 La Pampa	Consideraciones especiales para el tratamiento del infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST. Papel de los dispositivos de trombectomía
Domingo 2	17:30	17:45 La Pampa	Manejo del paciente con IAM, enfermedad de múltiples vasos, con y sin shock
Domingo 2	17:45	18:15 La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
Lunes 3	08:00	09:30 Retiro A	CONAREC - Síndromes coronarios
Lunes 3	08:00	09:30 Retiro B	Hemorragia en sindromes isquémicos agudos
Lunes 3	08:00	08:15 Retiro B	Asociación entre hemorragia y mortalidad
Lunes 3	08:15	08:30 Retiro B	Nos preocupamos de la hemorragia y nos olvidamos de la trombosis
Lunes 3	08:30	08:45 Retiro B	Nuevos fármacos, nuevas dosis
Lunes 3	08:45	09:00 Retiro B	Cirugía de urgencia en el paciente antiagregado
Lunes 3	15:00	16:30 La Pampa	TCT@SAC@CACI - Tratamiento antitrombótico
Lunes 3	15:00	15:15 La Pampa	Mortalidad del sangrado en pacientes con sindromes coronarios agudos
Lunes 3	15:15	15:30 La Pampa	Antiagregantes plaquetarios. Diagramas de uso de clopidogrel, prasugrel y ticagrelor
Lunes 3	15:30	15:45 La Pampa	Uso de los inhibidores de la GPIIb/IIIa en la unidad coronaria y en la sala de cateterismo
Lunes 3	15:45	16:00 La Pampa	Desafíos médicos: 1. Paciente anticoagulado crónico que requiere angioplastia y doble antiagregación plaquetaria. 2. Paciente con doble antiagregación plaquetaria por stent con droga que requiere cirugía
Lunes 3	16:00	16:30 La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
Lunes 3	16:45	18:15 Retiro C	Estado del arte en terapia antiplaquetaria
Lunes 3	16:45	17:00 Retiro C	¿Es necesario el test genético?
Lunes 3	17:00	17:15 Retiro C	Trombosis del stent hoy
Lunes 3	17:15	17:30 Retiro C	Subgrupos (diabéticos, IRC, ancianos, mujeres)
Lunes 3	17:30	17:45 Retiro C	Nuevas drogas, nuevos objetivos
Martes 4	08:00	09:30 Libertador C	Consejo de Emergencias. SCA sin ST
Martes 4	08:00	08:15 Libertador C	Riesgo de sangrado y elección del tratamiento antitrombótico
Martes 4	08:15	08:30 Libertador C	Momento óptimo para la angiografía coronaria y la revascularización miocárdica
Martes 4	08:30	08:45 Libertador C	Los nuevos antiagregantes: ¿modifican la estrategia?
Martes 4	08:45	09:00 Libertador C	Seguimiento en la conducta conservadora
Martes 4	09:45	11:15 Libertador C	Consejo de Emergencias Cardiovasculares. SCA con ST

Martes 4	09:45	10:00 Libertador C	¿Cómo disminuir la falla en la reperfusión?
Martes 4	10:00	10:15 Libertador C	¿Cuándo está indicada la angioplastia a múltiples vasos o TCI?
Martes 4	10:15	10:30 Libertador C	¿Deben usarse stents farmacológicos?
Martes 4	10:30	10:45 Libertador C	¿Es mejor la estrategia fármaco invasiva?

Tema Secundario

Lunes 3	15:00	16:30 La Pampa	TCT@SAC@CACI - Tratamiento antitrombótico
Lunes 3	15:00	15:15 La Pampa	Mortalidad del sangrado en pacientes con sindromes coronarios agudos
Lunes 3	15:15	15:30 La Pampa	Antiagregantes plaquetarios. Diagramas de uso de clopidogrel, prasugrel y ticagrelor
Lunes 3	15:30	15:45 La Pampa	Uso de los inhibidores de la GPIIb/IIIa en la unidad coronaria y en la sala de cateterismo
Lunes 3	15:45	16:00 La Pampa	Desafíos médicos: 1. Paciente anticoagulado crónico que requiere angioplastia y doble antiagregación plaquetaria. 2. Paciente con doble antiagregación plaquetaria por stent con droga que requiere cirugía
Lunes 3	16:00	16:30 La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
Martes 4	11:45	12:30 Retiro B	Conferencia Fundación Dr. Pedro Cossio. 40 años de unidad coronaria. ¿Qué hemos aprendido?

Técnicos En Cardiología

Domingo 2	09:45	11:15 Águila	XXII Jornada de Técnicos en Cardiología. Arritmias cardíacas
Domingo 2	09:45	10:05 Águila	Sindrome de Lown Ganong Levine. ¿Haz anómalo o simple conducción AV acelerada?
Domingo 2	10:05	10:25 Águila	Incidencia de fibrilación auricular en pacientes con vías accesorias
Domingo 2	10:25	10:45 Águila	Mapeo electrocardiográfico de sustratos arritmogénicos
Domingo 2	10:45	11:05 Águila	Arritmias en el post operatorio de cirugía cardiovascular
Domingo 2	11:45	12:30 Águila	XXII Jornada de Técnicos en Cardiología. Factores de riesgo cardiovascular en la niñez y adolescencia
Domingo 2	11:45	12:00 Águila	Trastornos alimentarios: Obesidad, bulimia y anorexia
Domingo 2	12:00	12:15 Águila	Tabaquismo en edades pediátricas
Domingo 2	12:15	12:30 Águila	Repercusión cardiovascular del alcohol y las drogas en la infancia
Domingo 2	13:00	14:30 Águila	XXII Jornada de Técnicos en Cardiología. Taller interactivo de electrocardiografía
Domingo 2	13:00	14:00 Águila	Taller interactivo de arritmias cardíacas
Domingo 2	14:00	14:30 Águila	Fallas de marcapasos: Presentación de casos clínicos
Domingo 2	15:15	16:30 Águila	XXII Jornada de Técnicos en Cardiología. Insuficiencia cardíaca
Domingo 2	15:15	15:30 Águila	Insuficiencia cardíaca aguda
Domingo 2	15:30	15:45 Águila	Evaluación del paciente con apnea del sueño
Domingo 2	15:45	16:00 Águila	Nuevas técnicas en resincronización ventricular
Domingo 2	16:00	16:15 Águila	Ecocardiografía en la insuficiencia cardíaca
Domingo 2	16:45	18:15 Águila	XXII Jornada de Técnicos en Cardiología. Prueba ergométrica graduada
Domingo 2	16:45	17:00 Águila	Prueba ergométrica en niños: ¿En qué casos está indicado? Protocolos
Domingo 2	17:00	17:30 Águila	Diferencias entre la prueba ergométrica convencional y el test cardiopulmonar
Domingo 2	17:30	18:15 Águila	Taller interactivo: Presentación de casos clínicos

Valvulopatías y Endocarditis

Tema Principal

Domingo 2	09:45	11:15 Retiro C	Válvulopatías
Domingo 2	11:45	12:30 Martín Fierro	Área de Consensos - Consenso de Chagas y Consenso de Endocarditis Infecciosa. Actualización
Domingo 2	11:45	11:52 Martín Fierro	Consenso de endocarditis: Clínica
Domingo 2	11:52	11:59 Martín Fierro	Aspectos infectológicos
Domingo 2	11:59	12:06 Martín Fierro	Cirugía
Domingo 2	12:06	12:13 Martín Fierro	Consenso de chagas: Chagas agudo
Domingo 2	12:11	12:16 Martín Fierro	Período crónico sin patología demostrable
Domingo 2	12:16	12:21 Martín Fierro	Arritmias en enfermedad de Chagas
Domingo 2	12:21	12:26 Martín Fierro	Insuficiencia cardíaca
Domingo 2	16:45	18:15 Catalinas	Insuficiencia mitral isquémica: una valvulopatía diferente
Domingo 2	16:45	17:00 Catalinas	Fisiopatología: de la investigación a la clínica
Domingo 2	17:00	17:15 Catalinas	Papel de las imágenes en la decisión clínica
Domingo 2	17:15	17:30 Catalinas	Manejo en la unidad coronaria
Domingo 2	17:30	17:45 Catalinas	Impacto de la plástica mitral en la evolución. La plástica mitral ¿es viable?
Lunes 3	08:00	09:00 La Pampa	TCT@SAC@CACI - Enfermedad carotídea extracraneana
Lunes 3	08:00	08:10 La Pampa	Tratamiento percutáneo: Está indicado en pacientes sintomáticos y asintomáticos
Lunes 3	08:10	08:20 La Pampa	Tratamiento quirúrgico: Es de primera elección
Lunes 3	08:20	08:30 La Pampa	Tratamiento médico: Es adecuado para la mayoría de los pacientes con estenosis asintomáticas
Lunes 3	08:30	08:40 La Pampa	Enfermedad coronaria de múltiples vasos con enfermedad carotídea grave asociada. ¿Resolución híbrida?
Lunes 3	08:40	09:00 La Pampa	Presentación de un caso. Consejo de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista
Lunes 3	09:45	11:15 Río de La Plata	Cardiología intervencionista II
Lunes 3	13:00	14:30 Retiro A	Simposio Sanofi-Aventis. Síndrome coronario agudo: De la fisiopatología al tratamiento.
Lunes 3	13:00	13:15 Retiro A	Antiplaquetarios: buscando el equilibrio entre eficacia y seguridad
Lunes 3	13:15	13:30 Retiro A	Los antiplaquetarios en la sala de hemodinamia
Lunes 3	13:30	13:45 Retiro A	Sindrome coronario agudo: Evolución y tratamiento antiagregante
Martes 4	11:45	12:30 Libertador C	Implante valvular aórtico percutáneo. Caso en vivo

Tema Secundario

Domingo 2	16:45	18:15 Retiro A	Endocarditis
Domingo 2	16:45	17:00 Retiro A	El paciente con complicación neurológica e indicación quirúrgica
Domingo 2	17:00	17:15 Retiro A	El paciente con hemocultivos negativos
Domingo 2	17:15	17:30 Retiro A	Endocarditis durante el embarazo
Domingo 2	17:30	17:45 Retiro A	Endocarditis en marcapasos

Edición realizada por
Vínculo Digital - Software & Solution
www.vinculodigital.com.ar