

0004 - CARACTERÍSTICAS ELECTRO-VECTOCARDIOGRAFICAS DEL BLOQUEO FASCICULAR POSTERIOR IZQUIERDO PURO LUEGO DE ABLACION DE LA TAQUICARDIA VENTRICULAR FASCICULAR.

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: Ecg, Electrofisiología, Arritmias y Marcapaso

VERA MERCHAN, Jimmy Stanley | YOO, Hyun Sok | HERNANDEZ PALMA, Jesus María | ETCHEVERRY, Daniel | FERNANDEZ, Pablo Augusto | SALAMÉ, Michael | DURAN, Mery | GARRO, Hugo Ariel | ACUNZO, Rafael Salvador | CARBAJALES, Justo

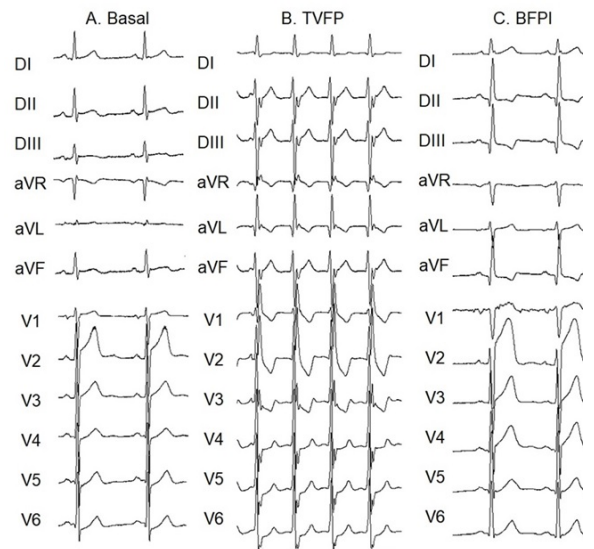
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JM RAMOS MEJÍA

Objetivos: Introducción: se considera que la activación inicial del septum depende fundamentalmente del fascículo posterior. Pero, estudios clínicos y experimentales posteriores mostraron que en ocasiones un fascículo septal o medio que nace de manera independiente de la rama izquierda es responsable de dicha activación. Objetivo: evaluar las características electrocardiográficas (ECG) y vectocardiográficas (VCG) de bloqueo de fascículo posterior izquierdo (BFPI) puro producido por la ablación en la zona de implante del músculo papilar posterior con tratamiento de una taquicardia ventricular fascicular posterior (TVFP).

Materiales y Métodos: se estudió a un varón joven sin cardiopatía estructural que presentó episodios de TVFP refractaria. Se realizaron ECG de 12 derivaciones simultáneas y VCG con el programa "Cardios-Scan Resting 12 lead ECG 2010" antes y después del procedimiento de ablación por radiofrecuencia mediante la técnica de mapeo tridimensional.

Resultados: varón de 35 años que consultó por palpitaciones rápidas de duración prolongada con mareos y disnea de 3 años de evolución que ocasionó reiteradas internaciones con diagnóstico de TVFP (figuras A y B). Debido a la refractariedad de la arritmia, a la amiodarona y/o diltiazem, se realizó la ablación por radiofrecuencia del fascículo posterior mediante el sistema de mapeo 3D EnSite™ NavX™ (figura D). Luego de la ablación exitosa se evidenció la desviación del eje eléctrico a la derecha (figura C). El VCG mostró que las fuerzas iniciales se dirigían hacia arriba y a la derecha (figuras E y F. Flecha roja) denotando que la activación del septum estaba conservada y descubriendo que el BFPI puro sin bloqueo septal lleva las fuerzas iniciales hacia la derecha.

Conclusiones: la imagen del BFPI producido por la ablación del fascículo posterior mostró que las fuerzas de la activación inicial se dirigen hacia arriba y a la derecha y no hacia la izquierda, dado que la activación septal está respetada y pone al descubierto una variante del BFPI puro.



0006 - EFECTO PROARRITMICO DE FLECAINIDA EN PACIENTE CON FIBRILACION AURICULAR PAROXISTICA Y MIOCARDIOPATIA HIPERTROFICA INCIPIENTE.

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: Ecg, Electrofisiología, Arritmias y Marcapaso

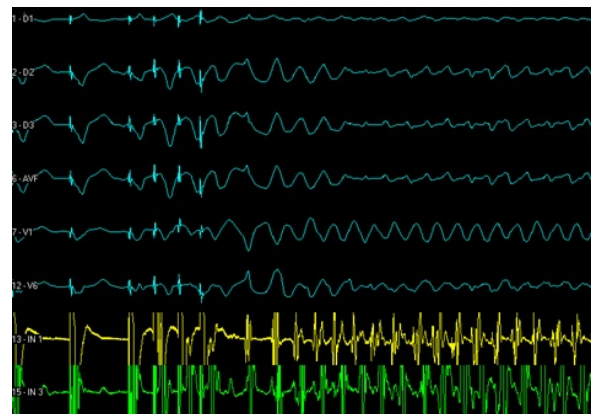
VILLA FERNANDEZ, Rocio Del Cielo | YOO, Hyun Sok | AREVALO PEREZ, Mario Luis | SALAMÉ, Michael | FERNANDEZ, Pablo Augusto | ETCHEVERRY, Daniel | PAOLUCCI, Analia Gladys | GARRO, Hugo Ariel | BENDER, Daniel Pedro | CARBAJALES, Justo

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JM RAMOS MEJÍA

Objetivos: Introducción: La flecaïnida es un fármaco antiarrítmico de clase 1C que se utiliza a menudo para el manejo de fibrilación auricular (FA). Las taquicardias ventriculares (TV) debidas al efecto proarrítmico de la flecaïnida son raras en pacientes sin cardiopatía estructural, trastornos electrolíticos o enfermedad coronaria. Sin embargo, según una revisión sistemática, la incidencia de TV en pacientes con fibrilación auricular tratados con la flecaïnida se estima de 3%. Objetivo: evaluar la presencia de cardiopatía estructural incipiente a un paciente que presentó el efecto proarrítmico de flecaïnida por FA.

Materiales y Métodos: se estudió a un varón que presentó un episodio de TV luego de recibir tratamiento con flecaïnida por FA paroxística. Se realizó electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones, vectocardiograma (VCG), ECG de señales amplificadas (SAECG), eco Doppler cardíaco, estudio electrofisiológico invasivo y resonancia cardíaca.

Resultados: varón de 40 años y deportista de alto rendimiento (remo competitivo) consultó por episodios de palpitaciones rápidas de inicio brusco de 1 año de evolución. El holter de 24 horas evidenció episodios de FA paroxística autolimitada. Fue medicado con flecaïnida vía oral 100 mg c/12 horas. A los 7 días ingresa al servicio de emergencia por presentar episodio de taquicardia ventricular monomorfa sostenida con descompensación hemodinámica. Se realizó cardioversión eléctrica a 360 Joules de manera efectiva y recibió amiodarona endovenosa a dosis de carga y mantenimiento. El eco Doppler cardíaco no evidenció cardiopatía estructural. Los ECG y VCG basales mostraron complejos QRS fraccionados. El SAECEG fue normal. En el estudio electrofisiológico se indujo una fibrilación ventricular (figura 1). La Resonancia cardíaca evidenció la presencia de miocardiopatía hipertrofica localizada de músculo papilar anterior del ventrículo izquierdo (figura 2). Se indicó un cardiodesfibrilador implantable.



Conclusiones: en un paciente con miocardiopatía hipertrofica incipiente, el efecto proarrítmico de flecaïnida puede aumentar el riesgo de aparición de taquiarritmia ventricular severa. El uso de fármaco antiarrítmico clase 1C debe ser acompañado por una evaluación cardiológica.

minuciosa para detectar de situaciones que pueda aumentar el riesgo de proarritmia.

0008 - SEGUIMIENTO TELEFÓNICO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA. ANÁLISIS DESCRIPTIVO MAYO 2019

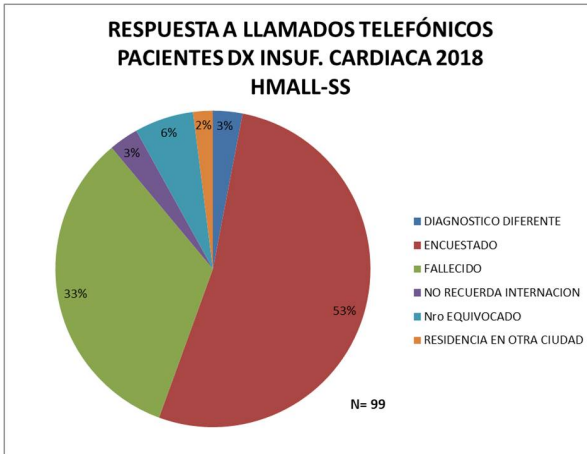
Modalidad: Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Insuficiencia Cardíaca

Unidad Temática 2: Prevención y Epidemiología Cardiovascular

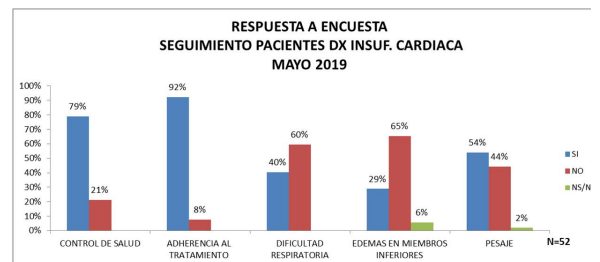
Objetivos:

Principal: Seguimiento telefónico de pacientes con diagnóstico de IC en el 2018, que cursaron internación en el Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero" (HMALL) o recibieron atención en Unidades Sanitarias (US). Específicos: Evaluar si existe el control de salud rutinario en los pacientes. Evaluar si existe



adherencia al tratamiento farmacológico. Identificar dificultad respiratoria. Identificar presencia de edemas en miembros inferiores. Identificar si existe autocontrol del peso en estos pacientes. Indicar recomendaciones al finalizar la encuesta.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Los datos fueron obtenidos de fuente de datos secundaria: Intranet HMALL y SiSalud de la Secretaría de Salud además de revisión de Historia Clínica en papel para triangular datos faltantes. Se eligieron aquellos pacientes con diagnóstico de IC según la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición (CIE-10) que cursaron internación en HMALL o recibieron atención en US durante el 2018. Se diseñó un cuestionario. Cuatro fueron los encuestadores. Hasta tres intentos telefónicos se realizaron por paciente. Se analizaron los llamados según tipo de respuesta así como los encuestados según: sexo y edad, controles de salud, adherencia al tratamiento, dificultad respiratoria, edemas en miembros inferiores y autocontrol del peso. Aquellos que presentaron dificultad respiratoria y edemas en miembros fueron citados así como se dieron recomendaciones a todos ellos.



Resultados: La frecuencia acumulada total fue de 127 pacientes en el período en estudio. De los que cursaron internaciones (114), el 53% (60) tuvo al menos dos con un máximo de nueve. Existió comunicación telefónica efectiva con un 78% (99) de los pacientes totales y de ellos 52 (53%) fueron encuestados y el 33% (33) estaban fallecidos. La mediana de edad fue de 68 años con una media de 70 años y un rango de 14 a 107 con una distribución según sexo: femenino 37% (19); masculino 63% (33). La mayoría de ellos manifestaron hacerse controles de salud (79%) y presentar buena adherencia al tratamiento (92%). El 40% manifestó presentar dificultad respiratoria, un 29% edemas y la mitad controlar su peso. Según criterios de elección, 10 pacientes fueron citados con IC clase funcional III/IV, reevaluados y ajustado el tratamiento de manera ambulatoria.

Conclusiones: Buena aceptación a responder encuesta. Tendencia positiva en el autocuidado, cumplimiento farmacológico y mediana adherencia al autocontrol del peso. Se pudieron indicar medidas de prevención de manera oportuna en todos los encuestados.

0010 - TAQUICARDIA VENTRICULAR POLIMORFICA CATECOLAMINERGICA: UNA CANALOPATIA HEREDITARIA INFRECUENTE QUE CAUSA MUERTE SUBITA EN INDIVIDUOS SIN CARDIOPATIA ESTRUCTURAL

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: Ecg, Electrofisiología, Arritmias y Marcapaso

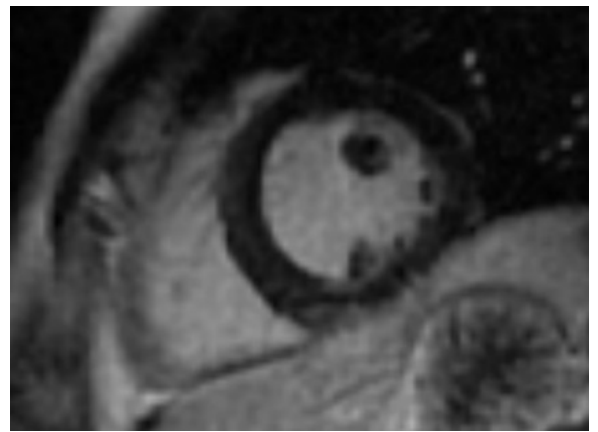
VERA MERCHAN, Jimmy Stanley | YOO, Hyun Sok | GARCIA RODRIGUEZ, Evelyn Mercedes | LOPEZ VISBAL, Johnny | FERNANDEZ, Pablo Augusto | ETCHEVERRY, Daniel | PRINCIPATO, Mario Bruno | GARRO, Hugo Ariel | ACUNZO, Rafael | CARBAJALES, Justo

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JM RAMOS MEJÍA

Objetivos: Introducción: la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC) es una canalopatía hereditaria que se manifiesta por episodios recurrentes de síncope debidos a arritmia ventricular compleja durante el esfuerzo y/o estrés emocional en individuos sin cardiopatía estructural. Se asocia a mutaciones en diferentes genes que intervienen en la regulación de la concentración de calcio intracelular en el miocardio y predispone a la aparición de arritmias ventriculares potencialmente letales. Objetivos: evaluar a una paciente sin cardiopatía estructural con antecedentes familiares de muerte súbita y arritmia ventricular compleja en esfuerzo.

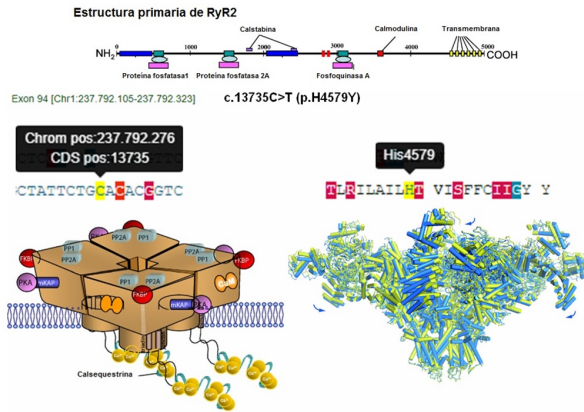
Materiales y Métodos: se estudió a una mujer joven con episodios de síncope recurrente y antecedentes familiares de muerte súbita. Se realizó electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones, holter de 24 horas, prueba ergométrica graduada (PEG) y mapeo genético.

Resultados: mujer de 28 años que consulta por palpitaciones de inicio brusco y síncope recurrentes durante el esfuerzo y/o estrés emocional desde infancia. Refiere antecedentes familiares de muerte súbita (2 hermanos varones a la edad de 29 y 16 años respectivamente). El ECG basal fue normal. El eco Doppler cardíaco no evidenció cardiopatía estructural. El Holter de 24 horas mostró presencia de extrasístole ventriculares aisladas, multiformes, durante la actividad física. Durante la PEG se observó la aparición de arritmias ventriculares polimórficas aisladas, duplas y corridas de taquicardia ventricular no sostenida (figura 1). Con la sospecha clínica de la TVPC familiar se realizó un estudio de mapeo genético y se evidenció la mutación c.13735C>T (p.H4579Y) en el gen RYR2 (autonómica dominante) que codifica el receptor



cardíaco de rianodina, responsable de liberación de calcio del retículo sarcoplásmico (figura 2). La sobrecarga de calcio intracelular activa el mecanismo de actividad gatillada por despolarización tardía y genera la arritmia ventricular. Debido a la presencia de arritmia ventricular refractaria al tratamiento betabloqueante se indicó un cardioesfibrilador automático implantable.

Conclusiones: la TVPC es una canalopatía hereditaria causada por mutaciones de genes que codifican canales y/o proteínas que regulan la liberación del calcio del retículo sarcoplásmico en las células miocárdicas y predispone a la aparición de arritmias ventriculares potencialmente letales. Se debe sospechar en individuos sin cardiopatía estructural con historia familiar de muerte súbita que manifiestan con síncope recurrentes debidas a arritmias ventriculares complejas durante el esfuerzo y/o estrés emocional. El holter de 24 horas y la ergometría son métodos útiles para el diagnóstico clínico. El estudio de mapeo genético puede confirmar la mutación del gen responsable y permite realizar el diagnóstico diferencial con otras canalopatías hereditarias.



0011 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES DE RIESGO DE LOS ACCIDENTES CEREBROVASCULARES EN PACIENTES DE UN CENTRO DE REFERENCIA DE LA PROVINCIA DE JUJUY.

Modalidad: Trabajo de Investigación

Unidad Temática: Enfermedades Cerebrovasculares

Unidad Temática 2: Hipertensión Arterial

ROJAS, Diego Rafael | CLEMENTTI, Pablo Daniel | VELAZQUEZ, Mariela Alejandra | SALVA, Miguel Ángel | ALFARO, David José María | SILVA, Lorena Paola | LLAPUR, María Belén | BAZO, Andrea Rosana

SANATORIO NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

Objetivos: Describir las características, la evolución intrahospitalaria y la principal causa de mortalidad de los pacientes (ptes) que consultaron por ACV isquémico en el período 2017-2019.

Materiales y Métodos: Estudio unicéntrico, observacional y descriptivo de ptes con diagnóstico de ACV isquémico ingresados a las áreas de cuidados intensivos durante el período 2017-2019. Se incluyeron ptes mayores de 18 años, con déficit motor cuantificable. Se excluyeron aquellos con presencia de hemorragia cerebral en la tomografía computada. Se realizó un análisis descriptivo de las características clínicas al ingreso, factores de riesgo cardiovasculares, antecedentes patológicos, la evolución intrahospitalaria y si se recibió tratamiento trombolítico. Se utilizó la escala de NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) para determinar la gravedad del ACV.

Resultados: Se incluyeron un total de 108 ptes con diagnóstico de ACV isquémico, 54,6% eran hombres y la media de edad fue de 69 años (DES 13,2 años). Dentro de las características basales un 73% de los pacientes eran hipertensos, un 25% dislipémicos y 23% diabéticos. La mediana del tiempo de isquemia cerebral fue de 5 hs (RIC 3-11) y la de NIHSS fue de 8 (RIC 4-14). De los pacientes con indicación de tratamiento trombolítico sólo el 13% lo recibieron. La causa de no trombolisis fueron la siguiente: 54 pacientes (57%) ingresaron fuera de ventana terapéutica extendida, 12 pacientes (12,7%) tenían contraindicación, 10 pacientes (10,6%) se presentaron como wake up stroke, 3 pacientes (3,1%) tuvieron rápida reversión de síntomas y otras causas no especificadas 7 pacientes (7,4%). Entre las complicaciones del uso de trombolíticos: se presentaron 4 pacientes con hemorragia, 2 de los cuales (13%) presentaron hemorragia sintomática con posterior fallecimiento y un paciente presentó angioedema (6%). La mortalidad global fue del 22%.

Conclusiones: Los mayoría de los ptes que consultan por ACV isquémico eran hipertensos y ¼ pacientes tenían antecedente de FA y AC previo. Más de la mitad de los ptes tienen severidad de moderada a alta según la escala de NIHSS, sin embargo un gran porcentaje (87%) no recibió tratamiento trombolítico principalmente por estar fuera de ventana terapéutica, lo cual refleja la necesidad de contar con políticas de salud y organización local que permitan optimizar el acceso oportuno al tratamiento.