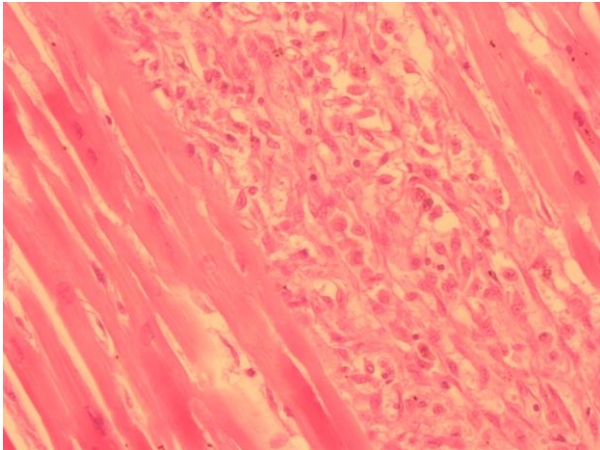


## 0002 - RUPTURA CARDIACA SECUNDARIA A RE INFARTO- HALLAZGO DE AUTOPSIA.

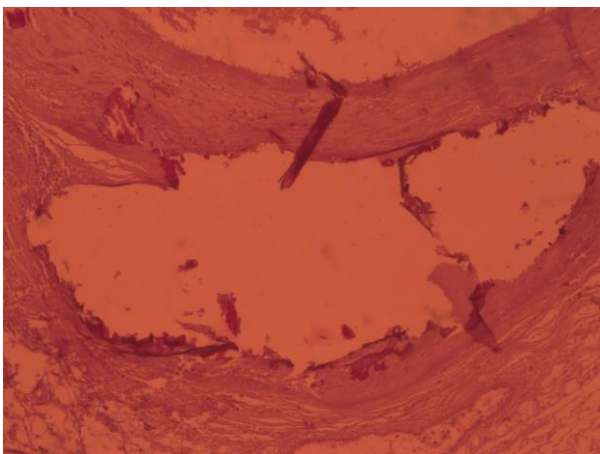
*Modalidad: Trabajos Libres*

VELAZCO, Daniela | DRA. PORTELLI, Marcela

### MINISTERIO PUBLICO FISCAL



**Objetivos:** El infarto agudo de miocardio (IAM) es una condición que afecta alrededor de 3 millones de personas anualmente en todo el mundo. Las complicaciones del infarto agudo de miocardio pueden ser de tipo arrítmicas o mecánicas. Estas últimas están dadas por la ruptura de la pared libre del ventrículo (85% de los casos), la del septum ventricular (10%) y la del músculo papilar que se presenta solo en un 5% de los pacientes. Estas complicaciones se asocian a enfermedad coronaria multivaso y son independientes del tamaño del infarto.



**Materiales y Métodos:** Se practica autopsia a un hombre de 72 años que se encontraba en su domicilio y fue encontrado por un familiar. Como antecedentes personales presentaba post-operatorio tardío (14 días) de CVLP y cuadro clínico compatible con el tipo de cirugía de acuerdo a relatos de familiares. A la apertura de cavidad torácica se constata hemopericardio de 100 cc. Se extrae corazón donde se observa músculo cardíaco que pesa 344.47 grs, en cara inferior de ventrículo izquierdo se reconoce solución de continuidad de 1.7cm de longitud, bordes con infiltración hemática. Arteria coronaria principal izquierda y ramas circunflejas induradas con ateromatosis oclusiva de más del 75% de la luz. VI espesor máximo 2 cm, VD 0.7cm. Válvula pulmonar de 6 cm, VA de 6 cm, VAVI de 8 cm. VAVD 7cm. El estudio histológico muestra en área descripta extensa necrosis reciente de fibras musculares, con infiltrado polimorfonuclear y hemorragia, entre las fibras y en zona adyacente se reconoce tejido de granulación con neovascularización, fibroblastos tumefactos, infiltrado linfoplasmocitario y hemosiderófagos. Vasos coronarios con ateromatosis complicada con fibrosis y calcificación que ocluye hasta el 75% de la luz del mismo. La causa de muerte fue Taponamiento Cardíaco, debido a ruptura de pared libre de ventrículo izquierdo secundaria a infarto.

**Resultados y Conclusiones:** La ruptura de pared libre de ventrículo izquierdo se observa en aproximadamente un 4% de pacientes post-infarto, como complicación mecánica de IAM, principalmente en cara antero-lateral. En nuestro caso observamos ruptura de pared posterior del ventrículo izquierdo, de 1.7 cm, presentando relación con patología ateromatosa multivaso; con un evento isquémico subagudo de aproximadamente 7 días de evolución al que se sobreagrega un evento isquémico agudo de menos de 24 hs de evolución secundario a su patología ateromatosa de base sin tratamiento trombolítico. Estos eventos sobreagregados generaron el debilitamiento de la pared ventricular con la ruptura posterior de la misma. La sintomatología que relata la familia fue vinculada a trastornos gastrointestinales por su cirugía, lo cual consideramos pudo haber enmascarado la sintomatología del IAM de cara inferior.

**0005 - PROGRAMA EDUCATIVO Y PROPUESTA DE ALGORITMO PARA LA SOSPECHA DE LA ENFERMEDAD DE FABRY EN CARDIOLOGÍA**

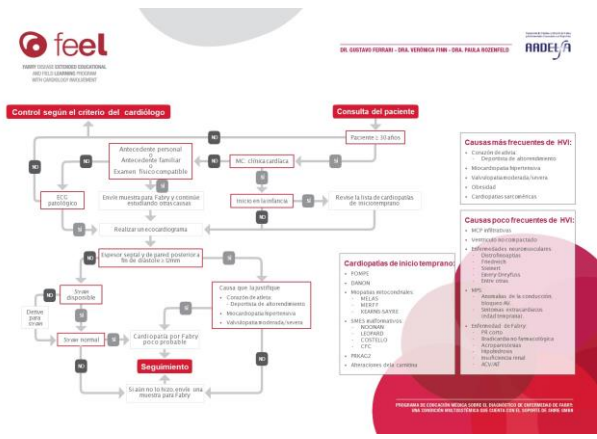
Modalidad: Trabajos Libres

FERRARI, Gustavo Maria(1) | FINN, Veronica Maria Catalina(1) | ROZENFELD, Paula(2)

**HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (1); UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA (UNLP) (2)**

**Objetivos:** Facilitar la sospecha diagnóstica de enfermedad de Fabry en pacientes que cursan con hipertrofia ventricular izquierda. Brindar alternativas para orientar el diagnóstico etiológico de la hipertrofia ventricular izquierda.

**Materiales y Métodos:** Se diseñó un programa educativo a través del cual se pretende generar encuentros para y por cardiólogos, en los que se sensibilice a los médicos para el diagnóstico complejo de la hipertrofia ventricular izquierda. Se desarrolló un algoritmo diagnóstico, dividido en una mitad clínica, la cual incluye datos de la historia personal y familiar del paciente, junto con manifestaciones en el examen físico, y en una mitad ecocardiográfica. Se tomó como eje la sospecha diagnóstica de enfermedad de Fabry, sin dejar de lado otras causas que podrían causar la hipertrofia ventricular izquierda.

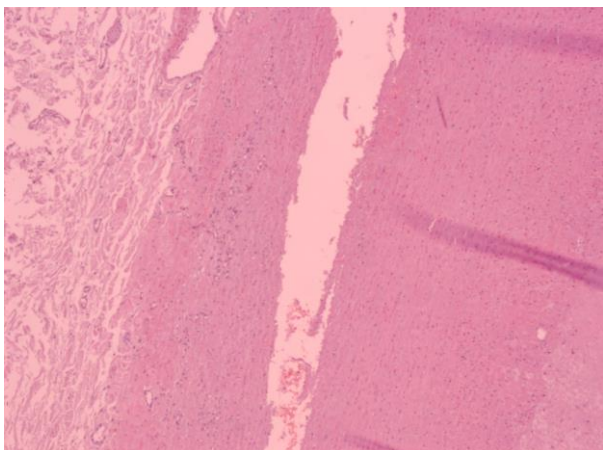


**Resultados y Conclusiones:** Se ha implementado el programa educativo, realizando ya cinco encuentros desde su inicio, en los siguientes centros asistenciales: Hospital Allende e Instituto Modelo de Cardiología (Córdoba), Hospital Centro de Salud (Tucumán), Hospital Español (Rosario) y Hospital Regional de Concepción (Concepción, Chile).

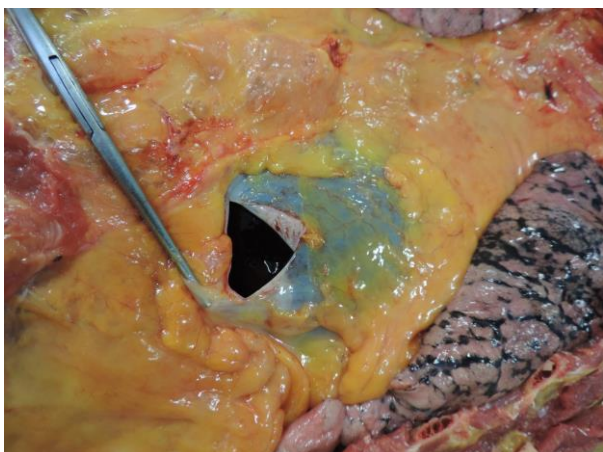
**0010 - ANEURISMA DISECANTE DE AORTA- HALLAZGO DE AUTOPSIA.**

Modalidad: Trabajos Libres

VELAZCO, Daniela | PORTELLI, Marcela



**Objetivos:** El síndrome aórtico agudo está constituido por las siguientes patologías: aneurisma disecante, úlcera penetrante aterosclerótica de la aorta y ruptura del aneurisma aórtico. Se denomina aneurisma a la dilatación focal permanente e irreversible de la arteria que supone un aumento de más de 1.5 veces el diámetro esperado. Es verdadero cuando afecta las tres capas de la pared; si la íntima y la media están rotas y la dilatación se produce a expensas de la adventicia se habla de pseudoaneurisma. Por otro lado, la disección aórtica es un término que hace referencia a la separación entre la íntima y la media, como consecuencia de un desgarro en la íntima de la aorta que provoca un flujo sanguíneo entre la media y la íntima creando una falsa luz, haciendo dicha situación mucho más propensa a una eventual ruptura que es la responsable de la muerte del paciente.



**Materiales y Métodos:** Se practica autopsia a un hombre de 68 años que se encontraba en su domicilio, por denuncia policial de los vecinos ante supuesto extravío de personas. No tiene familiares, al ingreso al domicilio se observa un cuerpo en el pasillo en decúbito ventral obstruyendo la salida hacia el patio. En el dormitorio se constata múltiples bolsas con medicamentos Bisoprolol, Losartan, Enalapril sin apertura de las cajas. Cigarrillos distribuidos en todo el domicilio, algunos en sus paquetes otros consumidos parcialmente. A la apertura de cavidad torácica se constata hemopericardio de 250cc (coágulos). se extrae corazón que pesa 509,32 grs, pericardio liso. En grandes vasos se observa disección de arteria aorta que compromete desde anillo valvular hasta cayado aórtico con abundantes coágulos adheridos. Infiltración hemática de tejidos blandos periféricos y peri-arteria pulmonar. Severa ateromatosis calcificada aórtica. Aurícula derecha dilatada. Al corte seriado ventrículo izquierdo de 2,5 cm de espesor, cavidad de 3 cm, ventrículo derecho de 1 cm cavidad de 4 cm. El aneurisma disecante de aorta es tipo II y de acuerdo Stanford tipo B, mide 7 cm de longitud con un diámetro de 5.5 cm. Los pulmones presentan depósito antracótico intersticial. En los cortes histológicos del parénquima renal se observan áreas de necrosis tubular.

**Resultados y Conclusiones:** El riesgo de muerte aumenta en 1 % por cada hora en las primeras 24 h de ocurrida la disección. En los pacientes que no han sido tratados la mortalidad aumenta en la primera semana hasta 50 % y llega hasta 90 % a los 3 meses. En centros médicos especializados en el tratamiento de esta enfermedad, la mortalidad hospitalaria varía entre 15 y 25 %. La

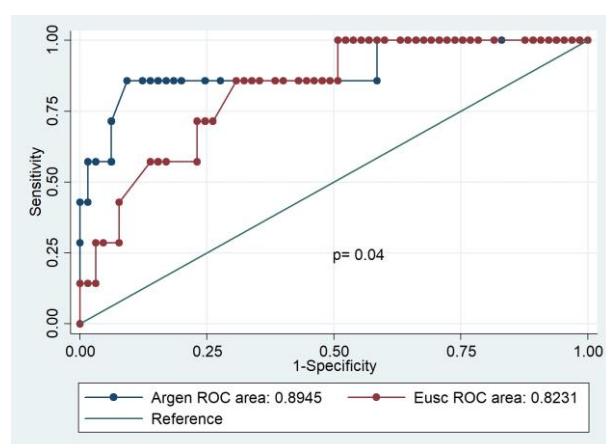
supervivencia a los 5 años de los pacientes que han sido tratados adecuadamente oscila entre 50 y 70 %. Si en el síndrome coronario agudo se dice que el tiempo es músculo cardíaco en el SAA el tiempo es vida. Presentamos este caso como muerte no violenta de origen cardíaco, de acuerdo a los estudios expuestos, como la presencia de lesiones perimortem nos permite establecer una sobrevivencia inferior a las 6 hs.

## 0012 - ARGENSCORE VS. EUROSCORE EN CIRUGIA DE REEMPLAZO VALVULAR AORTICO. COMPARACION CON VALORES PREDICHOS

*Modalidad: Trabajos Libres*

MENDOZA CASADEI, Micaela | MASTANTUONO, Christian Gustavo | ZIVANO, Daniel Francisco | LEEDS, Ariel Federico | ACOSTA, Diego Alfonso | ACOSTA, Eleazar Manuel | REYES, Silvina Soledad

### SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ



**Objetivos:** 1. Determinar si el Argenscore y el Euroscore II predicen la mortalidad intrahospitalaria en nuestra población de pacientes (p) en cirugía de reemplazo valvular Aórtico (RVAo). 2. Comparar los resultados del servicio con los predichos por estos puntajes.

Variables de Score	Valores	Mediana
Hombres	40.7%	-
Edad	71 Años	62-77 Años
Diabetes	23.17%	-
IRC	4.94%	-
ACV previo	2.47%	-
Insuficiencia Cardíaca	4.71%	-
Fey	60%	49.5-72%
Cirugía de Urgencia	2.47%	-

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron 81 pacientes de forma retrospectiva a los cuales se le realizó RVAo entre los años 2012 y 2017 en el Sanatorio Municipal Dr Julio Mendez (Capital Federal). Las variables continuas se reportan como media  $\pm$  DE o mediana y rango intercuartilo (RIC 25-75). El valor predictivo de los puntajes se calculó mediante curvas ROC. La comparación de la mortalidad observada vs esperada se realizó con test de chi cuadrado.  $P < 0.05$  fue el valor de significación estadística utilizado.

**Resultados y Conclusiones:** Resultados: 40,7 % fueron hombres, edad mediana 71 (62-77) años, diabetes 23.17 %, Insuficiencia renal crónica 4.94 %, ACV previo 2.47 %, Insuficiencia cardíaca



7.41 %, Fey mediana 60 % (49.5-72). Cirugía de urgencia 2.47%. El ArgenScore mostro ROC 0.89 IC 95 % 0.73-1.0 , el Euroscore II ROC 0.82 IC 95 % 0.678- 0.967 S. La comparación de ambas curvas no mostro diferencias significativas Fig 1. La mortalidad observada fue de 8.6 %. La mediana se Argenscore de la muestra fue de 18.5 siendo el valor predicho límite superior del IC 95 % 3 % y de Euroscore 4.98 con una mortalidad predicha de límite superior del IC 95 % 4.5%. Conclusiones: Ambos puntajes mostraron buen valor predictivo para esta población. Si bien la mortalidad observada fue superior a la predicha, el escaso número de pacientes pudo tener influencia en la mortalidad observada (7p).

## **0014 - CAMPAÑA "CONOCE Y CONTROLA TU PRESIÓN ARTERIAL – SALTA"**

*Modalidad: Trabajos Libres*

LACUNZA, Carlos Diego(1) | ING. SANCHEZ, Diana Carolina(2) | FUENTES, Ines Analia(3) | SORAYRE, Natalia E.(4) | ARNEDO, Daniela(5) | RUMI, Pedro(5) | LASPIUR, Cesar Rene(6) | NUÑEZ BURGOS, Aida Carolina(7) | DR. MARQUEZ, Diego Francisco(8) | DRA. SARAPURA LOPEZ, Leticia(9)

**CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD N° 9 Y 61, SALTA CAPITAL (1); CÁTEDRA DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, UNSA (2); MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE SALTA (3); CLÍNICA LOURDES, JOAQUÍN V. GONZÁLEZ (4); HOSPITAL SANTA CLARA DE ASÍS, SALTA CAPITAL (5); HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO, SALTA CAPITAL (6); HOSPITAL PAPA FRANCISCO, SALTA CAPITAL (7); HOSPITAL SAN BERNARDO, SALTA CAPITAL (8); CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD N° 9, SALTA CAPITAL (9)**

**Objetivos:** La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, carga de enfermedad y muerte por cualquier causa. Sin embargo, es una enfermedad mal atendida y poco controlada. En mayo de 2017, la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (SAHA) realizó una campaña de control y detección de HTA denominada "Conoce y controla tu presión arterial". Los resultados de la misma (datos no publicados) fueron los siguientes: 25,2 % eran hipertensos no conocidos; 2% eran conocidos no tratados; 35,7% eran tratados controlados; y 37,1% eran tratados no controlados. En mayo de 2018, la SAHA decidió repetir la campaña e invitó a profesionales de la provincia de Salta. Presentamos en este trabajo los resultados de la campaña realizada en 3 hospitales públicos, 2 centros de atención primaria de la salud, 1 clínica privada, de la ciudad de Salta; y 1 clínica privada de Joaquín V. González, provincia de Salta.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal, con participación voluntaria de pacientes ambulatorios que concurrieron a la consulta por distintos motivos, no solo por HTA. Realizado del 02-05-18 al 18-05-18. La presión arterial (PA) fue controlada por personal de enfermería con presurómetros automáticos validados, siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica. Se realizaron dos tomas calculando la media aritmética entre ambas. Se definió como paciente hipertenso por presentar una PA mayor o igual a 140/90 mm Hg, o estar medicado para HTA. Para el análisis de datos se usó el software estadístico InfoStat v.2012. Se aplicaron la prueba t de Student y el test de chi cuadrado. Con un nivel de confianza del 95%.

**Resultados y Conclusiones:** Se controló la PA a 1660 personas mayores de 17 años (edad media 49,8 ± 17,3); 64% sexo femenino. La prevalencia de HTA fue 696/1660 (41,9%). 240/696 (34,4%) eran tratados no controlados; 219/696 (31,4%) eran tratados controlados; 225/696 (32,3%) no sabían que eran hipertensos; y 12/696 (1,7%) sabían y no estaban tratados. Se encontraron diferencias altamente significativas en el promedio de edad entre pacientes con PA controlada (46,8 ± 17,3) y quienes no la tenían controlada (56,9 ± 14,3). 1258/1653 (76%) presentaron sobrepeso u obesidad, de los cuales el 33% tuvieron HTA; mientras el 15% de los que estaban en normopeso presentó HTA (p<0,001). 60,7% (107/176) de los hipertensos conocidos que no tenían la PA controlada tenían obra social. Y 64,7% (132/204) de los hipertensos conocidos que tenían la PA controlada tenían obra social. Hasta la fecha, los registros de HTA publicados en nuestro país se han realizado en la población general. Este es el primer trabajo con población que asiste a centros asistenciales. Con respecto a la campaña SAHA 2017, sigue siendo bajo el número de pacientes controlados y alto el número de pacientes que desconocen su enfermedad. Lo que demuestra que hay que replantearse el modelo de atención de esta patología en el sistema de salud de Salta. La

cobertura social no constituyó un factor determinante para el control de la PA. El exceso de peso y la edad se asociaron en forma altamente significativa a la HTA.