REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Cardiología

ISSN 0034-7000 VOL. 80 SUP. 1

CHACO 2012

XXIII Jornadas Nacionales de los Distritos Regionales

II Jornadas Multidisciplinarias de los Distritos en Enfermedad de Chagas

Jornadas de Cardiología Pediátrica

XIX Jornadas Interdistritales de Técnicos en Cardiología

XX Jornadas Interdistritales de Enfermería en Cardiología

Jornadas para la Comunidad Fundación Cardiológica Argentina

Jornadas para Estudiantes de Medicina

Sesión Conjunta Sociedad Argentina de Cardiología y Sociedad Paraguaya de Cardiología (SAC-SPC)

17 y 18 de Mayo de 2012

Hotel Amerián, Resistencia, Chaco

visítenos en **www.sac.org.ar**

NIRPOL

nebivolol 5 mg

Betabloqueante Diferente y Superior

Presentación
Envases con 28 comprimidos

- **Por su farmacodinamia y mecanismo de acción**
- **Por su efectividad terapéutica**
- **Por su tolerabilidad**

PAMI 50%

Recetario Solidario

VALE+ SALUD

Desde hace más de CASASCO 135 AÑOS

www.casasco.com.ar

LÍNEA CARDIOMETABÓLICA CASASCO

_Indice

04 Carta de Bienvenida

05 Autoridades

07 Información General

08 Plano

09 Programa Científico

11 *Día Jueves 17*

19 *Día Viernes 18*

27 Jornadas de Pediatría

28 Fundación Cardiológica Argentina

30 Jornadas de Enfermeros y Técnicos

31 Grilla Programática

33 Resúmenes de Trabajos

62 Indice de Participantes

_Carta de Bienvenida

RESISTENCIA, 18 DE MAYO DE 2012

El 17 y 18 Mayo nos encontrará en la ciudad de Resistencia, Chaco llevando a cabo las XXIII Jornadas Nacionales de los Distritos Regionales de la SAC. Se trata de una reunión científica del máximo nivel, con la participación de figuras destacadas en cada uno de los temas cardiológicos.

No existen dudas que disfrutaremos de una actividad de excelencia, tanto en la puesta al día, como en la trasmisión de conductas prácticas para el médico asistencial.

Pero debe entenderse, que además del aporte científico, representan una reafirmación del carácter nacional de nuestra sociedad.

La SAC ha sido pionera y ha sostenido a lo largo de sus 75 años de vida una permanente preocupación por difundir el conocimiento cardiológico a lo largo y ancho del país. La existencia y trabajo de sus 36 distritos en el país y su evento anual, las Jornadas Nacionales de los Distritos Regionales son una expresión del cumplimiento de este postulado.

Dentro de los principios fundacionales de la SAC fue establecida esta prioridad y consideramos que todos los médicos de nuestro país deben beneficiarse con este aporte.

Como en todos nuestros congresos se tratarán los grandes temas de la Cardiología, incluyendo la Cardiología pediátrica y se prestará especial atención a la problemática regional. Este año compartiremos algunas actividades con la Sociedad Paraguaya de Cardiología y se realizarán las II Jornadas multidisciplinarias de los Distritos en la enfermedad de Chagas.

Los enfermeros y los técnicos en prácticas cardiológicas tendrán su espacio de reunión y discusión para poder acrecentar y compartir sus conocimientos.

Los residentes de cardiología de todo el país a través de su entidad representativa, CONAREC, tendrán participación tanto en el programa científico como en el de acción comunitaria.

Los estudiantes en Medicina, también se aproximarán a la cardiología en un programa dirigido especialmente para ellos.

La Fundación Cardiológica Argentina, la rama de la SAC que se ocupa de la comunidad realizará una intensa tarea para difundir pautas de prevención y cuidado cardiovascular en la población.

Más allá del contenido científico, estas Jornadas serán una oportunidad para confraternizar y pensar en nuevos proyectos en favor de la Cardiología argentina.

César A. Belziti
Presidente
Sociedad Argentina de Cardiología

_Autoridades

SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA

Presidente Dr. César A. Belziti
Vicepresidente 1º Dr. Jorge A. Belardi
Vicepresidente 2º Dr. Carlos E. Farinelli
Secretario Dr. Alejandro Hita
Tesorero Dr. Claudio A. Militello
Prosecretario Dr. José L. Navarro Estrada
Protesorero Dr. Alejandro H. Meretta

Vocales Titulares
Dr. Roque A. Córdoba
Dr. Pablo G. Stutzbach
Dr. Leonardo E. Abdo
Dr. Eduardo A. Sampó

Vocales Suplentes
Dr. Sebastián Saravia Toledo
Dr. Adrián A. Charask
Dr. Simón M. Salzberg
Dra. S. Marina González

Presidente Anterior
Dr. Carlos Barrero

Consejo Asesor
Dr. Luis Alday
Dr. Carlos Barrero
Dr. Hugo Grancelli
Dr. Ricardo Iglesias
Dr. Juan Krauss
Dr. Héctor Maisuls
Dr. Osvaldo Masoli
Dr. Eduardo Mele
Dr. Néstor Pérez Baliño
Dr. Daniel J. Piñeiro
Dr. Alvaro Sosa Liprandi
Dr. Sergio Varini

FUNDACIÓN CARDIOLÓGICA ARGENTINA

Presidente Dr. Jorge Lerman
Vicepresidente 1º Dr. Néstor Pérez Baliño
Vicepresidente 2º Dr. Roberto Peidro
Secretaria Dr. Federico Cintora
Prosecretario Dr. Alejandro Hershson
Tesorero Dr. Ricardo Rey
Protesorero Dr. Roberto Esper
Vocal 1º Dra. Myriam Levi
Vocal 2º Lic. María Emilia Mazzei
Vocal 3º Dr. Enrique Perea
Vocal Suplente 1º Dr. Sergio Auger
Vocal Suplente 2º Dra. Diana Millán
Vocal Suplente 3º Dr. Ariel Sosa
Revisor de Cuentas Dr. José Spolidoro

XXIII Jornadas Nacionales de los Distritos Regionales

Comité Organizador

Presidente Dr. Juan José Rousseau (Chaco)
Vicepresidente 1ro. Dra. S. Marina González (Chaco)
Vicepresidente 2do. Dr. Jorge Verón (Corrientes)
Secretario Dr. Juan Celedonio Martinez (Formosa)
Prosecretario Dr. Alejandro Hita (Bs As)
Tesorero Dr. Claudio Militello (Bs As)
Protesorero Dr. Julio Ibañez (Corrientes)

Vocales
Dr. Guillermo Fazio (Misiones)
Dra. Stella Macin (Corrientes)
Dr. Carlos Leon (Bs As)
Dr. Luis Quintana (Formosa)
Dr. Enrique Tabbia (Misiones)
Dra. Mirian Dell Oste (Chaco)
Dr. Bernardo Benitez (Corrientes)
Dr. Fernando Di Tommaso (Bs As)
Dr. Fabián Firman (Formosa)
Dr. Guillermo López (Misiones)
Dra. Noeli Goujon (Chaco)
Dr. Ramón Martínez (Corrientes)
Dra. Elizabeth Enciso (Formosa)

Comité Científico

Presidente Dr. Osvaldo Masoli (Bs As)
Vicepresidente 1ro. Dra. Marisa Acosta (Formosa)
Vicepresidente 2do. Dr. Ricardo Cravzov (Chaco)
Secretario Dr. Jacobo Menaker (Corrientes)
Prosecretario Dr. Atilio Aguirre (Formosa)

Vocales
Dr. Mario Szejnfeld (Bs As)
Dr. Norberto Moreno (Formosa)
Dr. Ariel Tercelan (Chaco)
Dr. Miguel Parrapavich (Chaco)
Dr. Lisandro Soriano (Chaco)
Dra. Evelin Borelli (Chaco)
Dr. Rolando Altamirano (Corrientes)
Dr. Enzo González (Formosa)
Dr. Okulowicz, Jorge (Misiones)
Dr. Guillermo Castro (Formosa)
Dr. Miguel Gonzalez (Bs As)

Jornadas de Cardiología Pediátrica

Presidente Dr. Horacio Faella (Bs As)
Vicepresidente 1ro. Dr. José R. Retamoso (Chaco)
Vicepresidente 2do. Dra. Angela Sardella (Bs As)
Secretario Dr. Héctor Maisuls (Córdoba)
Prosecretario Dr. Rubén Toledo (Tucumán)

Vocales
Dra. Gloria Coppola (Bs As)
Dr. Pablo Domínguez (Mendoza)
Dr. Ezequiel Mainoli (Salta)
Dr. Fernando Daghero (Córdoba)
Dr. Alejandro Peirone (Córdoba)
Dr. Christian Kreutzer (Bs As)
Dra. Ana de Dios (Bs As)
Dr. Andres Bochoeyer (Bs As)

Comité Organizador de Técnicos y Enfermeros

Presidente Lic. Alba Meza (Chaco)
Vicepresidente 1° Téc. Gustavo Medina (Corrientes)
Vicepresidente 2° Lic. Miguel Olleta (Formosa)

_Autoridades

Secretario Lic. Soledad del Blanco (Chaco)
Prosecretario TPC. Mariano Silveira (Bs As)
1° Vocal Téc. Ramón Quevedo (Corrientes)
2° Vocal Lic. Horacio Zárate (Chaco)
3° Vocal Lic. Oscar Medina (Corrientes)
4° Vocal TPC. Liliana González (Buenos Aires)

Comité Científico de Técnicos y Enfermeros
Presidente Téc. Blas Unzain (Corrientes)
Vicepresidente TPC. Damián Longo (Bs As)
Secretario Científico Lic. Angélica Álvarez (Bs As)
Secretario Técnico TPC: Marcela Proietto (Bs As)
1° Vocal Lic. Néstor Sica (Buenos Aires)
2° Vocal TPC. Betiana Mattarucco (Buenos Aires)
3° Vocal TMN. Mariano Portillo (Buenos Aires)

Presidentes Distritos Regionales
Dra. Marisa M. Acosta
Dr. Marcos E. Acuña
Dr. Carlos A. Álvarez
Dra. Graciela A. Avila
Dr. Fernando O. Ballerio
Dra. Ana L. Barresi
Dr. Lucas Bauk
Dr. Cesar D. Berenstein
Dra. Daniela E. Bombino
Dr. Cesar Caceres Monie
Dr. Juan A. Cantale
Dr. Carlos J. Chaves
Dra. Gloria L. Coppola
Dr. Salvador De Francesca
Dr. Pablo J. Domínguez
Dr. Guillermo Fazio
Dr. Ezequiel H. Forte
Dr. Jorge A. Gonzalez
Dr. Daniel H. José
Dr. Ezequiel G. Mainoli
Dr. Guillermo Mazo
Dra. Marisa L. Parola
Dr. Alejandro R. Peirone
Dr. Felix L. Pintor
Dr. Franz Rivero Paz
Dr. Juan J. Rousseau
Dr. Eduardo Sánchez Navarro
Dr. Pablo L. Santander
Dr. Horacio Sordo
Dr. Jose A. Spolidoro
Dr. Ruben A. Toledo
Dr. Carlos A. Vallejo
Dr. Héctor Ventura
Dr. Jorge A. Veron
Dr. Carlos G. Vignau
Dr. Mariano P. Vital

INVITADOS
Consejo Argentino de Residentes en Cardiología (CONAREC)

AUSPICIOS
Declaradas de interés por el Gobierno de la Provincia de Chaco
Declaradas de interés por el Poder Legislativo de la Provincia de Chaco
Declaradas de interés por la Municipalidad de Resistencia, Chaco
Ministerio de Salud Pública, Gobierno de la Provincia de Corrientes.
Universidad Nacional del Nordeste (UNNE), Corrientes

_Información General

Sede de las Jornadas
Hotel Amerián, Juan Domingo Perón 330, Resistencia, Chaco. Te: 03722-452400

Horarios
Sesiones científicas y exposición comercial
Jueves 17 de 09.30 a 19.00 hs y Viernes 18 de 08.00 a 19.30 hs

Lenguaje oficial
El lenguaje oficial de las Jornadas es el español.

Tabaco
El Comité Científico de las Jornadas ha designado a las mismas como "Libre de humo de tabaco", por lo que estará prohibido fumar en todas las áreas destinadas al mismo, incluyendo las áreas de paso y exposición comercial.

Recertificación
La concurrencia a las Jornadas otorga 30 puntos.

Declaración de conflictos de interés
Se solicita a todos los relatores 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.

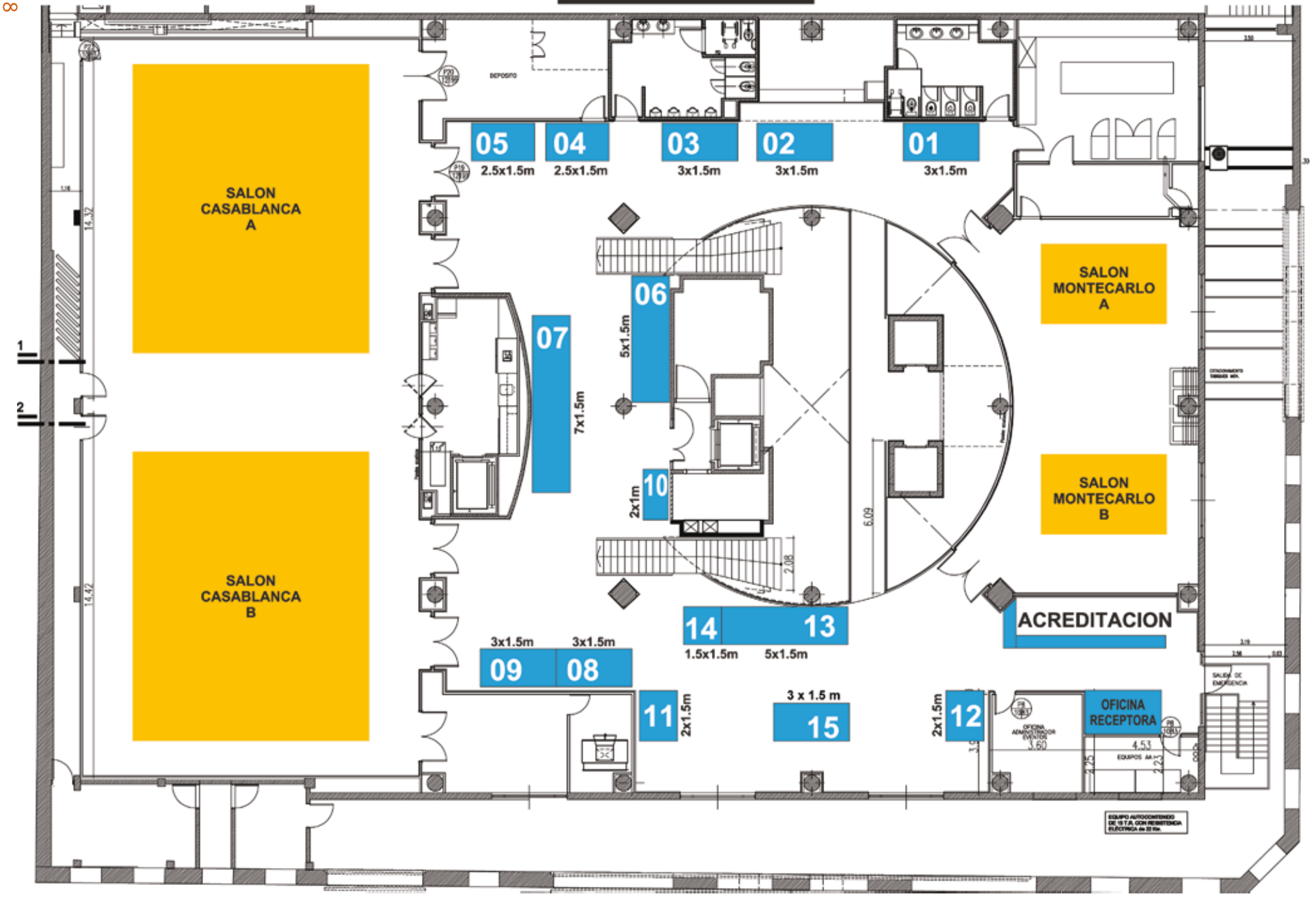
Los potenciales conflictos de interés son:
1. Ser empleado o asesor científico de empresas de la industria farmacéutica o de tecnología médica, directa o indirectamente.
2. Haber efectuado trabajos de investigación para esas empresas, o con su apoyo económico
3. Ser conferencista oficial de alguna de 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.

La Sociedad Argentina de Cardiología agradece la colaboración de las siguientes Empresas

ARGENTIA
BAYER
ECCOSUR
GADOR
GLACIAR
JOTATEC
LABORATORIO BALIARDA
LABORATORIO ELEA
LABORATORIOS BAGO
LABORATORIO CASASCO
LABORATORIO RAFFO
PFIZER ARGENTINA
SANOFI
SIDUS
LOTERÍA CHAQUEÑA
OSDE
RADIO CITY DEL PARANÁ – RADIO CITY COLONIA BENITEZ

GOBIERNO DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DE CHACO, GESTIÓN CAPITANICH

SAC


SALON CASABLANCA A
SALON CASABLANCA B
SALON MONTECARLO A
SALON MONTECARLO B
ACREDITACION
OFICINA RECEPTORA
DEPOSITO
05
2.5x1.5m
04
2.5x1.5m
03
3x1.5m
02
3x1.5m
01
3x1.5m
06
5x1.5m
07
7x1.5m
10
2x1m
14
1.5x1.5m
13
5x1.5m
09
3x1.5m
08
3x1.5m
11
2x1.5m
15
3 x 1.5 m
12
2x1.5m
1
2

_Programa Científico

17 y 18 de Mayo de 2012

Resistencia, Chaco.

PELMEC® PLUS

AMLODIPINA / ATORVASTATINA

Una Asociación conveniente

Simplifica el tratamiento[1,2]

Favorece su cumplimiento[1,2]

Maximiza la protección vascular con disminución del riesgo aterogénico[1,2]

Mejora la evolución clínica[1,2]

Referencias: 1) Curran MP - Drugs. 2010;70 (2):191-213. **2)** Davabhaktuni M and Bangalore S - Vasc Health Risk Manag. 2009; 5: 377-387.

Presentación

Envases con 30 comprimidos recubiertos.

PAMI 50%

Desde hace más de CASASCO 135 AÑOS

www.casasco.com.ar

9.30 a 11.00 hs.

SALÓN CASABLANCA A

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Síndromes Isquémicos Agudos I"
Comentadores: Dres. Marina Gonzalez, Ricardo Iglesias, Miguel Gonzalez

Trabajo No. 1
DIFERENCIAS EN LA ATENCIÓN DEL INFARTO CON ELEVACIÓN DEL ST EN HOSPITALES PÚBLICOS Y PRIVADOS DE LA ARGENTINA: SUBANÁLISIS DEL REGISTRO CONAREC XVII
Dres. ZAIDEL, Ezequiel Jose | GONZÁLEZ, Nicolás | CARRIZO, Aldo | PÉREZ, Gonzalo | VON LEIPZIG, Guillermo | SCHIAVONE, Miguel | CLEMENTI, Juan | GAGLIARDI, Juan
CONSEJO ARGENTINO DE RESIDENTES DE CARDIOLOGÍA CONAREC - HOSPITAL MUNICIPAL COSME ARGERICH

Trabajo No. 2
RELACIÓN ENTRE VARIABLES CLÍNICAS Y FACTORES DE RIESGO CON ANATOMÍA CORONARIA EN MUJERES MENORES DE 65 AÑOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO
Dres. SOLER, Fernando Martin | ALLENDE, Norberto Gustavo | TERRENI, Hernan | AHUAD GUERRERO, Andres | RENES, Paola | CRISTODULO CORTEZ, Roberto | SOKN, Fernando | TRONGE, Jorge
CLÍNICA IMA (ADROGUÉ)

Trabajo No. 3
DIFERENCIAS Y COMPLICACIONES ENTRE LOS PACIENTES QUE PRESENTARON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST MAYORES Y MENORES DE 65 AÑOS DE EDAD ADMITIDOS A LA UNIDAD CORONARIA DE UN CENTRO HOSPITALARIO MUNICIPAL QUE POSEE HEMODINAMIA
Dres. IBARRA, Hernan Gabriel | AGATIELLO, Carla | DEURQUIZA, Ignacio Nicolas | URSUL, Alejandro
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND

Trabajo No. 4
ACTITUD MÉDICA FRENTE AL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN MUJERES MENORES DE 65 AÑOS. SUBANÁLISIS ENCUESTA CONAREC XVII.
Dres. SOLER, Fernando Martin | ALLENDE, Norberto Gustavo | RENES, Paola | BARONE, Fernando | EZQUERRO, Mariano | ESQUIVEL, Matias | COSTABEL, Juan P. | SOKN, Fernando
CLÍNICA IMA (ADROGUÉ) - CONSEJO ARGENTINO DE RESIDENTES DE CARDIOLOGÍA CONAREC

Trabajo No. 5
RELACIÓN ENTRE LA PRESENTACIÓN CLÍNICA Y CIRCULACIÓN COLATERAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA SEVERA
Dres. BARRETO MANCERA, Ramiro | PEREZ NUÑEZ, Hernan | SILVERSTEIN, Alejandro | LOPARDO, Cesar | ROEL, Valentin Claudio | MOHAMED, Gloria | NUDELMAN, Ezequiel | ORQUERA, Daniel
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND

Trabajo No. 6
¿CUÁLES DEBERÍAN SER LAS METAS DE APOLOPROTEINA A1? ANÁLISIS DE UNA POBLACIÓN SALUDABLE DE LA ARGENTINA
Dres. CONSTANTIN, Ivan | MASSON, Walter | SINIAWSKI, Daniel | SORROCHE, Patricia | SCORDO, Walter | DEL CASTILLO, Santiago | NAVARRO ESTRADA, José Luis
HOSPITAL ITALIANO

Trabajo No. 7
COMPARACIÓN EN LA CARGA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ENTRE HOMBRES Y MUJERES MENORES DE 65 AÑOS CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. SUBANÁLISIS ENCUESTA CONAREC XVII
Dres. SOLER, Fernando Martin | ALLENDE, Norberto Gustavo | RENES, Paola | TERRENI, Hernan | JAUREGUI, Daniel | PIPKIN, Mariano | GONZALEZ, Nicolas | SOKN, Fernando
CLÍNICA IMA (ADROGUÉ) - CONSEJO ARGENTINO DE RESIDENTES DE CARDIOLOGÍA CONAREC

SALÓN CASABLANCA B

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Cardiología Intervencionista I"
Comentadores: Dres. Renzo Codutti, Osvaldo Masoli, Carlos A. Alvarez

Trabajo No. 8
CIERRE PERCUTANEO DE FORAMEN OVAL PERMEABLE EN PACIENTES CON EVENTOS ISQUÉMICOS CEREBROVASCULARES
Dres. CONTRERAS, Alejandro Ernesto | DIAZ, Juan | LUCERO, Cecilia | BRENNA, Eduardo | PEIRONE, Alejandro
HOSPITAL PRIVADO CÓRDOBA

Trabajo No. 9
SEGURIDAD DE LA BIVALIRUDINA COMO TRATAMIENTO COADYUDANTE EN LA ANGIOPLASTÍA PRIMARIA.
Dres. RIZZONE, Sebastian | Dr. ZOLORSA, Sergio | BORDENAVE, Alvaro | DINANNO, Daniel - COMPLEJO MEDICO DE LA POLICIA FEDERAL ARGENTINA "CHURRUCA-VISCA"

Trabajo No. 10
ANGIOPLASTÍA CAROTIDEA Y STENTING SIN LA UTILIZACIÓN DE DISPOSITIVOS DE PROTECCIÓN CEREBRAL - NUESTRA EXPERIENCIA EN 200 PACIENTES
Dres. SAPINO, Roberto | DR. RODRIGUEZ SAAVEDRA, Aldo | DR. SAMAJA, Gustavo | DR. COSTELLO, Ramiro | Dra. ACOSTA, Marisa Malvina - HOSP. DE ALTA COMPLEJIDAD JUAN DOMINGO PERON - FORMOSA - INSTITUTO CARDIOVASCULAR RAWSON

Trabajo No. 11
ANGIOPLASTÍA CORONARIA CON STENTS FARMACOLÓGICOS A MÚLTIPLES VASOS. NUESTROS RESULTADOS.
Dres. GOMEZ MORENO, Jose | ACOSTA, Marisa Malvina | MORENO, Norberto | AGUIRRE, Atilio | CASTRO, Guillermo | LÓPEZ, Gloria | GUASTALLA, Graciela | QUINTANA, Luis - HEMOFOR SRL. SERVICIO PRIVADO DE HEMODINAMIA

Trabajo No. 12
TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LOS ANEURISMAS TORACO-ABDOMINALES. EXPERIENCIA INICIAL CON ENDOPROTESIS FENESTRADAS
Dres. ESCORDAMAGLIA, Sergio Alejandro | FERREIRA, Luis Mariano | GARRIDO, Gustavo | ALLENDE, Jose | LA MURA, Antonio Ricardo | INGINO, Carlos A. | LOPEZ, Federico Daniel - CLÍNICA SAGRADA FAMILIA

Trabajo No. 13
TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LOS ANEURISMAS POPLITEOS
Dres. ESCORDAMAGLIA, Sergio Alejandro | FERREIRA, Luis Mariano | GARRIDO, Gustavo | ALLENDE, Jose | INGINO, Carlos A. | LA MURA, Antonio Ricardo | LOPEZ, Federico Daniel
CLÍNICA SAGRADA FAMILIA

Trabajo No. 14
EL TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE LAS OCLUSIONES CRÓNICAS COMPLETAS DE LA ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL.
Dres. ESCORDAMAGLIA, Sergio Alejandro | FERREIRA, Luis Mariano | GARRIDO, Gustavo | ALLENDE, Jose | . INGINO, Carlos A. | LA MURA, Antonio Ricardo | LOPEZ, Federico Daniel - CLÍNICA SAGRADA FAMILIA

SALÓN MONTECARLO A

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Prevención y Epidemiología I"
Comentadores: Dres. Hugo Marcico Prieto, Juan J. Rousseau, Mirian Dell Oste

Trabajo No. 15
DETERMINACIÓN DE LA FUNCIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PERIODONTAL SEVERA
Dres. RUBIO, Maria Del Carmen | COSTA, Osvaldo | NIETO, Mauricio | DE LA CRUZ, Gabriela | SARUDIANSHY, Andrea | NIOLOSI, Liliana
HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UBA

Trabajo No. 16
PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN CABA Y CONURBANO
Dres. ACUÑA, Luciano Raul | GIMENEZ, Juan Carlos | GIMENEZ, Luisa | PIWEN, María Cristina | MITELMAN, Jorge - INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD FUNDACION H. A. BARCELO - LIGA DE LUCHA Y PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (LLUPRECA)

Trabajo No. 17
INFLUENCIA DEL TIEMPO FRENTE AL TELEVISOR EN LA PREVALENCIA DE HÁBITOS NO SALUDABLES Y FACTORES DE RIESGO EN UNA POBLACIÓN DE DEPORTISTAS
Dres. GONZALEZ, Juan Martin | ROSENDE, Andres | KEMPNY, Pablo | FAILO, Matias | DUBINI, Federico | ESTIGARRIBIA, Manuel | CORTÍNEZ, Ernesto | IGLESIAS, Ricardo Mario - SANATORIO DE LA TRINIDAD MITRE

Trabajo No. 18
RELEVAMIENTO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TRES CIUDADES DE LA PROVINCIA DE TUCUMÁN
Dres. DE LA VEGA, Bibiana Maria | PANTALENA, Silvia Patricia | TOLEDO, Ruben Arnaldo | ABDO, Leonardo Esteban
UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN- FACULTAD DE MEDICINA - DISTRITO SAC TUCUMAN

Trabajo No. 19
NIVEL EDUCACIONAL Y CONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVACULAR EN MUJERES ARGENTINAS.
Dres. FAILO, Matías | TELLECHEA, Maria Fernanda | MASIELLO, Cecilia Paula | GRACIA, Mariana | ROLANDI, Florencia | SALVATI, Ana | HUERÍN, Melina | IGLESIAS, Ricardo Mario
PROGRAMA CORAZÓN Y MUJER - DIRECCIÓN GENERAL DE LA MUJER DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: AREA DE CAPACITACIÓN Y PROMOCIÓN COMUNITARIA - FUNDACIÓN CARDIOLÓGICA ARGENTINA

Trabajo No. 20
CONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES ARGENTINAS SEGÚN EL NIVEL EDUCACIONAL.
Dres. FAILO, Matías | TELLECHEA, Maria Fernanda | MASIELLO, Cecilia Paula | GRACIA, Mariana | ROLANDI, Florencia | KAZELIAN, Lucía | SALVATI, Ana | IGLESIAS, Ricardo Mario
PROGRAMA CORAZÓN Y MUJER - DIRECCIÓN GENERAL DE LA MUJER DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: AREA DE CAPACITACION Y PROMOCION COMUNITARIA - FUNDACIÓN CARDIOLÓGICA ARGENTINA

Trabajo No. 21
CUIDADO DE LA SALUD CARDIOVASCULAR EN LA MUJER ARGENTINA SEGÚN NIVEL EDUCACIONAL
Dres. FAILO, Matias | TELLECHEA, Maria Fernanda | MASIELLO, Cecilia Paula | GRACIA, Mariana | VASINO, Cristina | SALVATI, Ana | IGLESIAS, Ricardo Mario
PROGRAMA CORAZÓN Y MUJER - DIRECCIÓN GENERAL DE LA MUJER DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: AREA DE CAPACITACION Y PROMOCION COMUNITARIA - FUNDACIÓN CARDIOLÓGICA ARGENTINA

SALÓN MONTECARLO B

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Cardiología Clíncia I"
Comentadores: Dres. Carlos León, Noeli Goujon, Carlos Farinelli

Trabajo No. 22
RIESGO QUIRÚRGICO CARDIOVASCULAR: ASOCIACIÓN ENTRE PREDICTORES MENORES Y EVENTOS POSTOPERATORIOS
Dres. CINTORA, Federico Matias | DI CIO GIMENA, Alejandro | SARDAN RENGEL, Omar Yerko | LOPEZ VILLANUEVA, Victor Hugo | CHAVIN, Carolina | NOWICKY, Sabrina Yael | DOMINGUEZ, Claudio Hugo | VAZQUEZ BLANCO, Manuel
HOSPITAL DE CLINICAS - JOSE DE SAN MARTIN - UBA

Trabajo No. 23
CALIDAD DE ATENCIÓN EN PREVENCIÓN SECUNDARIA
EN CONSULTORIOS EXTERNOS DE CARDIOLOGÍA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Dres. CINTORA, Federico Matias | RISSO, Gustavo Daniel | DI CIO GIMENA, Alejandro | GRAGNOLATTI, Gilda Luciana | BUCAY, Claudia Gabriela | AQUIERI, Analia Beatriz | VAZQUEZ BLANCO, Manuel - HOSPITAL DE CLINICAS - JOSE DE SAN MARTIN - UBA

Trabajo No. 24
EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS PARA PREVENCIÓN SECUNDARIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PLAN DE CIRUGÍA NO CARDIACA
Dres. SARDAN RENGEL, Omar Yerko | CINTORA, Federico Matias | LOPEZ VILLANUEVA, Victor Hugo | DI CIO GIMENA, Alejandro | NOWICKY, Sabrina Yael | CHAVIN, Carolina | DOMINGUEZ, Claudio Hugo | VAZQUEZ BLANCO, Manuel
HOSPITAL DE CLINICAS - JOSE DE SAN MARTIN - UBA

Trabajo No. 25
RIESGO CARDIOVASCULAR PARA CIRUGÍA NO CARDÍACA: COMPARACIÓN DE LA PREVALENCIA DE PREDICTORES DE RIESGO ENTRE ANCIANOS Y NO ANCIANOS
Dres. LOPEZ VILLANUEVA, Victor Hugo | CINTORA, Federico Matias | SARDAN RENGEL, Omar Yerko | DI CIO GIMENA, Alejandro | CHAVIN, Carolina | NOWICKY, Sabrina Yael | DOMINGUEZ, Claudio Hugo | VAZQUEZ BLANCO, Manuel
HOSPITAL DE CLINICAS - JOSE DE SAN MARTIN - UBA

Trabajo No. 26
PREDICTORES DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN EL SEGUIMIENTO POST SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST CON ANGIOPLASTÍA PRIMARIA
Dr. CAMPOS, Roberto Carlos | PEDERNERA, Gustavo | IRIBARREN, Ana | COSTABEL, Juan Pablo | GONZALEZ, Miguel | LAVALLE COBO, Augusto | TRIVI, Marcelo | BELARDI, Jorge - INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA

Trabajo No. 27
EL TRATAMIENTO DEL SHOCK VASOPLEJICO CON VASOPRESINA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR SE ASOCIA A MEJORÍA HEMODINÁMICA Y DE LA PERFUSIÓN TISULAR.
Dres. CATURLA, Nicolas | SAN MIGUEL, Lucas | CARNEVALINI, Mariana | OVEJERO, Rodrigo | FALCONI, Estela | ZAREBA, Natalia | SEROPIAN, Ignacio Miguel | COHEN ARAZI, Hernan
FLENI - HOSPITAL LARCADE

Trabajo No. 28
EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PREOPERATORIO SE ASOCIA A SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA Y VASOPLEJÍA EN EL POST-OPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
Dres. ZAREBA, Natalia | FALCONI, Estela | SEROPIAN, Ignacio | SAN MIGUEL, Lucas | CARNEVALINI, Mariana | CATURLA, Nicolás | COHEN ARAZI, Hernán
FLENI - LARCADE

SALÓN GALA I

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Misceláneas I"
Comentadores: Dres. Juan Bruzzo, Fernando Di Tommaso, Atilio Aguirre

Trabajo No. 29
EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO MÉDICO AMBULATORIO SEGÚN LAS GUÍAS INTERNACIONALES EN PACIENTES QUE INGRESAN EN SALA DE HEMODINAMIA PARA ANGIOPLASTIA
Dres. PUCHETA, Fernando Daniel | WIRZ, Fabricio | GUIROY, Juan | TERCELAN, Ariel | CRAVZOV, Ricardo
CENTRO CARDIOLOGICO DEL NORDESTE (SANATORIO GÜEMES)

Trabajo No. 30
EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES PREVALENTES EN PACIENTES JÓVENES EN RELACIÓN A LOS AÑOSOS CON ANGINA CRÓNICA ESTABLE QUE INGRESAN EN SALA DE HEMODINAMIA PARA ANGIOPLASTIA PROGRAMADA
Dres. AREVALO, Mauro Gabriel | PUCHETA, Fernando Daniel | WIRZ, Fabricio | GUIROY, Juan | TERCELAN, Ariel | CRAVZOV, Ricardo
CENTRO CARDIOLOGICO DEL NORDESTE (SANATORIO GÜEMES)

Trabajo No. 31
FIBRILACIÓN AURICULAR Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN ASOCIADOS A MEJORES RESULTADOS EN LA TROMBOLISIS EN EL ACV AGUDO.
Dres. MOLTRASIO, Luis Martin | OBREGÓN, Cristian | DOMENECH, Victor | CEDROLLA, Martin | DELLERA, Christian | DURE, Miguel | NADELMAN, Mariana | ROLON, Ignacio
HOSPITAL JULIO C. PERRANDO

Trabajo No. 32
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN LA MUJER: ANÁLISIS DE UNA POBLACIÓN
Dres. SILVEIRO, Sandra | CAPRINI, Romina | CAINZO, Christian | FAURE, Agueda | CORTES GONZALEZ, Yudi | MEZA, Magali
POLICLINICO BANCARIO

Trabajo No. 33
INFLUENCIA DE LOS NIVELES DE GLUCOSA AL INGRESO Y EL FLUJO TIMI EN PACIENTES TRATADOS CON ANGIOPLASTIA EN EL INFARTO CON SUPRADESNIVEL DEL ST
Dra. BLANCO CERDEIRA, Patricia
HOSPITAL NAVAL BUENOS AIRES

Trabajo No. 34
ECOCARDIOGRAMA STRESS EN UNA POBLACIÓN DE MUJERES DIABÉTICAS
Dres. BAUK, Lucas | COSTA, Hector | SAPINO, Roberto | RULL, Daniel | SARRIES, Alejandro
CENTRO DE ESTUDIOS CARDIOVASCULARES (CECVA) - SANATORIO DE LA CIUDAD

Trabajo No. 35
EFECTOS DE LA EXPOSICIÓN A LA ALTURA SOBRE LA FUNCIÓN VENTRICULAR, NT PRO BNP Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA.
Dres. FERNANDEZ, Alberto Alfredo | CONOSCIUTO, Maria Victoria | HRABAR, Adrian Demetrio | FRANCESE, Marcelo Gabriel | LUGO, Matias Nicolás | DE BENEDETTI, Leonardo Hugo | OLIVERI, Pedro Vicente | BUZZURRO, Mabel
SANATORIO MODELO QUILMES

_Jueves 17

9.30 a 11.00 hs.

Intervalo

11.30 a 13.00 hs.

SALÓN CASABLANCA A

PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR
Coordinadores: Dres. Jorge Verón (Corrientes), Patricia Ronconi (Chaco)
Panelistas: Dres. Pablo Bertón (Viedma), Marcos Acuña (Río Cuarto)

Manejo dificultoso de pacientes con elevado LDL y/o Bajo HDL.
Dr. José Spolidoro (Con. Oeste)

Diabetes para el Cardiólogo. Límites de HbA1C, Insulinización precoz, Riesgo de hipoglucemias.
Dr. Alfredo Pividori (Chaco)

Análisis crítico de los Scores de Riesgo Cardiovascular (para quienes, sub y sobreestiman a quienes. Qué utilizaríamos en nuestro medio)
Dr. César Berenstein (Ushuaia)

¿Por qué falla la prevención CV en el mundo? ¿Cuáles serían las soluciones?
Dr. Jorge Lerman (Bs As)

SALÓN CASABLANCA B
TALLER DE IMÁGENES CV
Coordinadores: Dres. Horacio Sordo (Este), Evelin Borelli (Chaco)
Panelistas: Dres. Alejandro Hita (Bs As), Osvaldo Masoli (Bs As)

SALÓN MONTECARLO B
TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Arritmias I"
Comentadores: Dres. Elizabeth Enciso, Claudio Militello, Carlos Chaves

Trabajo No. 36
RESULTADOS DE LA ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES AÑOSOS
Dres. SORIANO, Lisandro | VENTURA, Alejandro | LOPEZ, Marisa | ENCISO, Elizabeth | MENESES, Rafael - INSTITUTO DEL CORAZON CORDIS

Trabajo No. 37
INDICACIÓN DE ANTICOAGULANTES ORALES EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y TERCERA EDAD
Dres. ROEL, Valentin Claudio | BARRETO MANCERA, Ramiro | KATIB, María Cristina | PEREZ NUÑEZ, Hernán | LOPARDO, Cesar | SILBERSTEIN, Mario Alejandro | GARCÍA LODIFÉ, Fernando | RUBIO, Edgardo - HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND

Trabajo No. 38
INCIDENCIA DE FALLAS EN EL SENSADO AURICULAR EN PACIENTES CON MARCAPASOS VDD
Dres. CARO, Maria de Los Milagros | SAMMARTINO, Maria Victoria | ALBINA, Gastón | SCAZZUSO, Fernando | GOMEZ, Luis | LAIÑO, Rubén | SEGURA, Eliseo | GINIGER, Alberto - INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA

Trabajo No. 39
SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LAS CURVAS DE LORENZ PARA EL DIAGNÓSTICO DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN HOLTER
Dres. LAIÑO, Ruben | MASCOLO, Pablo Damián | GINIGER, Alberto Germán | SCAZZUSO, Fernando Adrian | ALBINA, Gaston | SAMMARTINO, Maria Victoria | Tec. LADO, Maria Rocio | Tec. SERPA, Mariana Vanesa
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA

Trabajo No. 40
ELECCIÓN ENTRE CARDIODEFIBRILADORES UNI O BICAMERALES PARA PREVENIR LAS DESCARGAS INAPROPIADAS: ¿HAY ALGUNA REGLA ESTABLECIDA?
Dres. SAMMARTINO, Maria Victoria | CARO, María de Los Milagros | GOMEZ, Luis | ALBINA, Gastón | SCAZZUSO, Fernando | FORTI, Luján | LAIÑO, Ruben | GINIGER, Alberto
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA

Trabajo No. 41
SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON CARDIODEFIBRILADOR IMPLANTABLE EN PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA DE MUERTE SÚBITA.
Dres. SAMMARTINO, Maria Victoria | CARO, María de Los Milagros | GOMEZ, Luis | ALBINA, Gastón | SCAZZUSO, Fernando | LAIÑO, Rubén | GINIGER, Alberto
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA

Trabajo No. 42
ABLACIÓN DEL NODO AURICULO VENTRICULAR EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR.
Dres. SAMMARTINO, Maria Victoria | CARO, María de Los Milagros | LAMELAS, Pablo | ALBINA, Gastón | SCAZZUSO, Fernando | GOMEZ, Luis | LAIÑO, Rubén | GINIGER, Alberto - INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA

SALÓN GALA I

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Miscelaneas II"
Comentadores: Dres. Raúl Duarte, Franz Rivero Paz, Jorge Gonzalez

Trabajo No. 43
TRATAMIENTO EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA. GUÍAS MEDICAS-REALIDADES MEDICAS
Dres. SILVEIRO, Sandra Edith | CAPRINI, Romina Laura | DIAZ SEOA-

NE, Diego | FAURE, Agueda Romina
POLICLINICA BANCARIA

Trabajo No. 44
INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA - INHIBIDORES DEL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA ALDOSTERONA
Dres. SILVEIRO, Sandra | CAINZO, Christian | FAURE, Agueda | CORTES GONZALEZ, Yudi - POLICLINICA BANCARIA

Trabajo No. 45
¿EXISTEN DIFERENCIAS, EN LA FUNCIÓN VENTRICULAR, ANTE LA EXPOSICIÓN A LA ALTURA, ENTRE PACIENTES CON FUNCIÓN SISTÓLICA DEPRIMIDA Y PRESERVADA?
Dres. FERNANDEZ, Alberto Alfredo | CONOSCIUTO, Maria Victoria | FRANCESE, Marcelo Gabriel | LUGO, Matias Nicolás | HRABAR, Adrian Demetrio | DE BENEDETTI, Leonardo Hugo | OLIVERI, Pedro Vicente | BUZZURRO, Mabel - SANATORIO MODELO QUILMES

Trabajo No. 46
COMPOSICIÓN CORPORAL Y GASTO CALÓRICO DE ESFUERZO EN UN EXAMEN DE APTITUD FÍSICA DE HIPERTENSOS TRATADOS.
Dres. MOTTA, Domingo Agripino | ANGELINO, Arnaldo | MERBILHAA, Raul | SMODALKA, Sonia | PAOLINI, Julieta | BIANCO, Raul | BRANDANI, Laura | RODRIGUEZ CORREA, Carlos - FUNDACION FAVALORO

Trabajo No. 47
"INTERVENCIÓN MÉDICA EN PACIENTES OBESOS HIPERTENSOS EN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DERIVADOS PARA LA REALIZACIÓN DE UNA PRESUROMETRÍA DE 24 HS."
Dres. CAISSON, Alejandro Miguel | GARCÍA, Pablo | MOYANO, Omar | ISOLA, Federico | BIGLIA, Nancy | GILARDENGHI, Gimena | RADOLCI, Verónica | ROLDÁN, Soledad
HOSPITAL NACIONAL DR. BALDOMERO SOMMER

Trabajo No. 48
¿EXISTE DIFERENCIA EN EL RENDIMIENTO EN EL EXAMEN DE RESIDENCIA SEGÚN LA UNIVERSIDAD DE FORMACIÓN?
Dres. PALACIO, Roxana Edith | MANENTE, Diego | GUERRICO, Fernando | RODRIGUEZ, Sebastián | QUATTROPANI, Daniel | BARRERA, Elio | CALVO, Fanny | DOVAL, Hernan
SANATORIO OTAMENDI Y MIROLI

Trabajo No. 49
¿EL PROMEDIO DE LA CARRERA SE RELACIONA CON EL EXAMEN DE INGRESO A LA RESIDENCIA?
Dres. PALACIO, Roxana Edith | MANENTE, Diego | GUERRICO, Fernando | VITA, Darío | QUATTROPANI, Daniel | BARRERA, Elio | CALVO, Fanny | DOVAL, Hernán
SANATORIO OTAMENDI Y MIROLI

13.00 a 14.00 hs.

Intervalo

14.00 a 15.30 hs.

SALÓN CASABLANCA A

INSUFICIENCIA CARDIACA
Coordinadores: Dres. Pablo Santander (La Rioja), Marina Gonzalez (Chaco)
Panelistas: Dres. Ana Barresi (Río Gallegos), Mariano Vital (Santiago del Estero)

Tratamiento óptimo de la insuficiencia cardiaca crónica según estadios evolutivos. Cuando se considera consultar a un especialista en ICC? Dr. César Belziti (Bs As)

¿A quienes Si, y a quienes No indica una terapia de resincronización ventricular? ¿Es necesario asociar un cardiodesfibrilador implantable?
Dr. Miguel Gonzalez (Bs As)

Selección de cardiodesfibriladores implantables en prevención primaria y secundaria.
Dr. Carlos Chaves (Atlántico)

Insuficiencia cardíaca avanzada. Opciones terapéuticas al tratamiento médico. Pro y contra del Trasplante cardíaco
Dr. Christian Dellera (Chaco)

SALÓN CASABLANCA B

MANEJO AMBULATORIO EN EL CONSULTORIO DE CARDIOLOGIA
Coordinadores: Dres. Jorge Gonzalez (Comodoro Rivadavia), Guillermo Castro (Formosa)
Panelistas: Dres. Alejandro De Cerchio (Corrientes), Pablo Bertón (Viedma)

Riesgo quirúrgico en cirugía no cardíaca. ¿Cómo realizarlo? ¿Que solicitar? ¿Es necesaria la revascularización miocárdica previa a la cirugía?
Dr. Carlos Farinelli (Mendoza)

Dr. quiero hacerme un chequeo. ¿Que buscar? ¿Que solicitar? Como interpretar resultados. Valor de los estudios de esfuerzo en asintomáticos.
Dr. Bernardo Benitez (Corrientes)

A quienes es necesario un monitoreo ambulatorio de la PA. ¿Cómo interpretar los resultados? ¿A qué debo prestar importancia?
Dr. Rolando Altamirano (Corrientes)

Presentación del "Conseso de Deportistas con Cardiopatías"
Dr. Ernesto Duronto (Bs As)

SALÓN MONTECARLO B

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Arritmias II"
Comentadores: Dres. Fernando Di Tommaso, Marisa Parola, Guillermo Mazo

Trabajo No. 50
ARRITMIAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR HOLTER DE 24 HS. EN PACIENTES CON PALPITACIONES SIN DIAGNÓSTICO
Dres. CAISSON, Alejandro Miguel | GARCÍA, Pablo | ISOLA, Federico | MOYANO, Omar | BIGLIA, Nancy | GILARDENGHI, Gimena | RADOLCI, Verónica | ROLDÁN, Soledad
HOSPITAL NACIONAL DR. BALDOMERO SOMMER

Trabajo No. 51
ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR Y TROMBOEMBOLISMO (CHA2DS2-VASC) EN PACIENTES SOMETIDOS A CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA ELECTIVA.
Dres. PALACIO, Roxana Edith | MANENTE, Diego | RODRIGUEZ PAGANI, Carlos | BARRERA, Elio | CARRASCO, Eduardo | ALLENDE, Norberto | PEREZ DE LA HOZ, Ricardo | DOVAL, Hernán
SANATORIO OTAMENDI Y MIROLI

Trabajo No. 52
PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR ATENDIDOS EN CONSULTORIOS EXTERNOS DE CARDIOLOGÍA GENERAL
Dres. GOROCITO, Marta Gloria | AUGER, Sergio Ricardo | MARSILIO, Monica R. | PAEZ, Olga Beatriz Liliana | LOPEZ, Adriana Cristina | LUVERA, Veronica | CARNERO, Gabriela Susana | ACCERBONI, Gabriel Oscar
HOSPITAL DE AGUDOS FRANCISCO SANTOJANNI

Trabajo No. 53
ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA CON MAPEO ELECTROANATÓMICO DE TAQUICARDIA AURICULAR ORIGINADA EN LA VENA CAVA SUPERIOR.
Dres. GOMEZ MACIAS, Luis Alberto | SCAZZUSO, Fernando Adrian | GINIGER, Alberto Germán | ALBINA, Gaston | LAINO, Ruben | RIVERA, Santiago
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA

Trabajo No. 54
AREA AURICULAR IZQUIERDA E INCIDENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES CON ABLACIÓN POR ALETEO AURICULAR TÍPICO. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE ALTO VOLUMEN
Dres. GOMEZ MACIAS, Luis Alberto | SCAZZUSO, Fernando Adrian | GINIGER, Alberto Germán | ALBINA, Gaston | LAINO, Ruben | RIVERA, Santiago
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA

Trabajo No. 55
LA PUNCIÓN TRANSEPTAL EN EL TRATAMIENTO POR ABLACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR Y OTRAS ARRITMIAS IZQUIERDAS. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE ALTO VOLUMEN.
Dres. GOMEZ MACIAS, Luis Alberto | SCAZZUSO, Fernando Adrian | GINIGER, Alberto Germán | ALBINA, Gaston | LAINO, Ruben | RIVERA, Santiago
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA

Trabajo No. 56
USO DEL DABIGATRAN POST ABLACIÓN EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR. ICBA
Dres. GOMEZ MACIAS, Luis Alberto | GINIGER, Alberto Germán | SCAZZUSO, Fernando Adrian | LAINO, Ruben | ALBINA, Gaston | RIVERA, Santiago
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA

SALÓN GALA I

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Cirugía"
Comentadores: Dres. Ezequiel Forte, Daniel José, Ana Barresi

Trabajo No. 57
PREVALENCIA DE DESPROPORCIÓN PRÓTESIS PACIENTE EN LA CIRUGIA VALVULAR AORTICA
Dres. CONTRERAS, Alejandro Ernesto | BRENNA, Eduardo
HOSPITAL PRIVADO CORDOBA

Trabajo No. 58
EVOLUCIÓN DE LA TETRALOGÍA DE FALLOT CORREGIDA EN UNA POBLACIÓN ADULTA.
Dres. VEGA, Betina | MAISULS, Héctor | ALDAY, Luis | JUANEDA, Ernesto | CABRERA, Marcelo
HOSPITAL DE NIÑOS CORDOBA - SANATORIO ALLENDE

Trabajo No. 59
ESTRATEGIA TRANSFUSIONAL CONSERVADORA EN EL POSTOPERATORIO DE LA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
Dres. SMITH, Christian Adolfo | AVACA, Horacio Alberto | MACHAIN, Alejandro | SORENSEN, Pablo | GINGINS, Mauro | BRUNEL, Eduardo | TENORIO, Osvaldo | MANUALE, Osvaldo
HOSPITAL BRITANICO

Trabajo No. 60
FIBRILACIÓN AURICULAR Y USO DE BETABLOQUEANTES EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR
Dres. BILBAO, Andres Jose | CIBALERIO, Mariano Roberto | DAMIANICH, Guido | DEGRANGE, Marcela - HOSPITAL NAVAL BUENOS AIRES

Trabajo No. 61
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA EN UN CENTRO DEL CHACO. NUESTRA EXPERIENCIA
Dres. LOPEZ, Gladys Marisa | D`ALESSANDRO, Silvana | ARGAÑARAZ, Emanuel | RIOS, Natalia | CORREA, Mariana
INSTITUTO DEL CORAZON CORDIS

Trabajo No. 62
DISECCIÓN DE AORTA TIPO A CON COMPROMISO VALVULAR: PRESERVACION VERSUS REEMPLAZO VALVULAR AORTICO
Dres. ORTIZ, Maria Jose | BENITEZ, Guillermo | CRAVZOV, Ricardo | TERCELAN, Ariel | MERELES, Laura
CENTRO CARDIOLOGICO DEL NORDESTE (SANATORIO GÜEMES)

Trabajo No. 63
RESULTADOS DE LAS CIRUGÍAS CARDIACAS EN NUESTRO CENTRO Y LA RELACIÓN DE LAS COMPLICACIONES CON EL USO DE CIRCULA-

CIÓN EXTRACORPOREA.
Dres. LOPEZ, Gladys Marisa | D`ALESSANDRO, Silvana Gisella | RIOS, Natalia | CORREA, Mariana
INSTITUTO DEL CORAZON CORDIS

15.30 a 16.00 hs.

Intervalo

16.00 a 17.30 hs.

SALÓN MONTECARLO A

VALVULOPATIAS Y ENFERMEDAD DE LA AORTA
Coordinadores: Dres. Franz Rivero Paz (Jujuy), Noelí Goujon (Chaco)
Panelistas: Dres. Atilio Aguirre (Formosa), Raúl Duarte (Corrientes)

¿Cómo y con qué frecuencia deberíamos evaluar el estado de las valvulopatías?
Dr. Juan J. Rousseau (Chaco)

Estenosis aórtica severa asintomática. Argumentos a favor y en contra para indicar su reemplazo.
Dr. Carlos León (Bs As)

Tiempo quirúrgico de la insuficiencia mitral. ¿Hay modificaciones en su indicación?
Dr. Oscar Vogelmann (Formosa)

Aneurismas de aorta torácica. Nuevos tratamientos endovasculares. ¿Como es la selección?
Dr. Daniel José (San Luis)

SALÓN CASABLANCA B

SINDROMES CORONARIOS AGUDOS SIN SUPRADESNIVEL DEL ST
Coordinadores: Dres. Marina González (Chaco), Renzo Codutti (Chaco)
Panelistas: Dres. Marisa Acosta (Formosa), Rolando Altamirano (Corrientes)

Parámetros para identificar al paciente de alto riesgo al ingreso.
Dr. Norberto Moreno (Formosa)

Tratamiento antitrombótico en el paciente de alto riesgo.
Dra. Stella Macin (Corrientes)

Entre el riesgo isquémico y el riesgo hemorrágico. ¿Qué hacemos?
Dr. Carlos Barrero (Bs As)

¿Hay que estudiar a los pacientes de alto riesgo en forma rápida o diferida para estabilizar a la placa?
Dr. Carlos A. Alvarez (Bahía Blanca)

SALÓN MONTECARLO B

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Arritmias III"
Comentadores: Dres. Lisandro Soriano, Héctor Presti, Salvador De Francesca

Trabajo No. 64
TAQUICARDIA AURICULAR EN HOLTER AMBULATORIOS COMO PREDICTOR DE FIBRILACIÓN AURICULAR
Dres. IVANOVICH, Vladimir | TORRES, Yenifers | FIAMENGO, Martín | VILLAMIL, Alejandro | VARINI, Sergio
CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES

Trabajo No. 65
CONTROL DE LA FRECUENCIA CARDÍACA EN LA FA PERMANENTE, EN PACIENTES AÑOSOS.
Dres. FRANCHI, Victor Marcelo de Jesus | RUBIO, Maria | NICOLOSI, Liliana
HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES

Trabajo No. 66
EFICACIA DEL ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO PARA SELECCIÓN DEL MODO DE ESTIMULACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DEL NODO SINUSAL.
Dres. ALMIRON, Yesica Pamela | PARRA PAVICH, Miguel Angel | WIRZ, Fabrizio | TERCELAN, Ariel | CRAVZOV, Ricardo | MERELES, Laura
CENTRO CARDIOLOGICO DEL NORDESTE (SANATORIO GÜEMES)

Trabajo No. 67
TASA DE IMPLANTES DE MARCAPASOS AAI/R EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DEL NODO SINUSAL EN RITMO SINUSAL EN NUESTRO CENTRO, EN COMPARACIÓN CON REGISTROS INTERNACIONALES.
Dres. ALMIRON, Yesica Pamela | PARRA PAVICH, Miguel Angel | WIRZ, Fabrizio | TERCELAN, Ariel | CRAVZOV, Ricardo
CENTRO CARDIOLOGICO DEL NORDESTE (SANATORIO GÜEMES)

Trabajo No. 68
LA PUNCIÓN TRANSEPTAL EN EL TRATAMIENTO POR ABLACIÓN DE VIAS ACCESORIAS IZQUIERDAS.
Dres. SCAZZUSO, Fernando Adrian | GOMEZ MACIAS, Luis Alberto | GINIGER, Alberto Germán | ALBINA, Gaston | LAINO, Ruben
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA

Trabajo No. 69
INCIDENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO POST ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA DE ALETEO AURICULAR TÍPICO.
Dres. SCAZZUSO, Fernando Adrian | GOMEZ MACIAS, Luis Alberto | GINIGER, Alberto Germán | ALBINA, Gaston | LAINO, Ruben | RIVERA, Santiago
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA

Trabajo No. 70
ABLACION DE VENAS PULMONARES COMO TERAPIA ADJUNTA EN PACIENTES CON ALETEO AURICULAR TIPICO.
Dres. SCAZZUSO, Fernando Adrian | GOMEZ MACIAS, Luis Alberto | GINIGER, Alberto Germán | ALBINA, Gaston | LAINO, Ruben | RIVERA, Santiago -
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA

SALÓN GALA I

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Cardiología Clínica II"
Comentadores: Dres. Patricia Ronconi, Luis Quintana, Graciela Avila

Trabajo No. 71
INSUFICIENCIA CARDIACA CRONICA. ANALISISIS DE BASE DATOS.
Dr. BONAFEDE, Roberto Jorge
HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA

Trabajo No. 72
RIESGO DE HEMORRAGIA EN PACIENTES MAYORES DE 85 AÑOS ANTICOAGULADOS POR FIBRILACIÓN AURICULAR
Dres. CONTRERAS, Alejandro Ernesto | REVIGLIONO, Jose | AMUCHASTEGUI, Tomas | AMUCHASTEGUI, Marcos
HOSPITAL PRIVADO CORDOBA

Trabajo No. 73
FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA DE REVASCULARIZACION MIOCARDICA. PREVALENCIA, PREDICTORES Y MORTALIDAD A MEDIANO PLAZO
Dres. CONTRERAS, Alejandro Ernesto | FERRERO GUADAGNOLI, Adolfo | BRENNA, Eduardo | POGONZA, Pablo | PALADINI, Guillermo
HOSPITAL PRIVADO CORDOBA

Trabajo No. 74
EVALUACIÓN DE LAS ARTERIAS CAROTIDAS MEDIANTE ECO-DOPPLER A FIN DESCARTAR LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD CORONARIA SIGNIFICATIVA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA VALVULAR. REPORTE PRELIMINAR
Dres. BLURO, Ignacio Martin | BIANCOTTI, Gabriel | MARENCHINO, Ricardo | PEREYRA, Daniel | MASSON JUAREZ, Walter | VALLE RALEIGH, Juan | FERNANDEZ, German | BATTELLINI, Roberto
HOSPITAL ITALIANO

Trabajo No. 75
SINDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE: PREVALENCIA Y LOCALIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA DE LAS VÍAS ACCESORIAS.
Dres. TORRES, Maria Jose | PERESSOTTI, Bruno | MACHADO, Rogelio | ANGEL, Adriana | DEGREGORIO, Alejandro | CORDERO, Diego | DELGADO, Jorge | CUROTTO GRASIOSI, Jorge
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Trabajo No. 76
CARACTERÍSTICAS DE LA EVALUACIÓN CARDIOLÓGICA PREOPERATORIA EN CIRUGÍAS DE BAJO RIESGO.
Dres. CORVERA, Mark | PERESSOTTI, Bruno | ANGEL, Adriana | DEGREGORIO, Alejandro | DAK, Marcelo | CARDÚS, Marta | DELGADO, Jorge | Dr. CUROTTO GRASIOSI, Jorge L.
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Trabajo No. 77
ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE FIBRILACIÓN AURICULAR AGUDA
Dres. RODRIGUEZ, Sebastian Antonio | SALVATI, Ana | DÉVOLI, Adrián Pablo | GENTILE, Silvia | MERLETTI, Daniel | FLORES MUÑOZ, Sofia | MACIEL, Karina Andrea
CLINICA MODELO DE MORON

17.30 a 18.00 hs.

Intervalo

18.00 a 19.00 hs.

SALÓN CASABLANCA A Y B

ACTO INAUGURAL
Palabras de apertura a cargo del Sr. Gobernador de la Provincia de Chaco, Cdor. Jorge Milton Capitanich
Presidente: Dr. César Belziti
Conferencia: "¿Pacientes vulnerables ó comunidades vulnerables?"
Dr. Ricardo M. Iglesias

07.30 a 10.00 hs.

SALÓN MONTECARLO B

REUNIÓN PRESIDENTES DE DISTRITOS

08.30 a 9.30 hs.

SALÓN CASABLANCA A

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Chagas y Endocarditis"
Comentadores: Dres. Mónica Gili, Sergio Auger, Mirtha Streiger

Trabajo No. 78
ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PACIENTES INTERNADOS CON HEMOCULTIVOS POSITIVOS
Dres. CONTRERAS, Alejandro Ernesto | BRENNA, Eduardo | PARISI, Gustavo | CHAMALE, Roberto
HOSPITAL PRIVADO CORDOBA

Trabajo No. 79
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO.
Dres. GOUJON, Wilma Noeli | GONZALEZ, Silvia Marina | BAEZ NUÑEZ, Maria Del Mar | PRESTI, Hector | ILLIOVICH, Ernesto | SORIANO, Lisandro
HOSPITAL JULIO C. PERRANDO

Trabajo No. 80
VALORACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MIOCARDITIS POR RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD.
Dres. OTTONELLO, Pablo Prospero | AVACA, Horacio | GINGINS, Mauro | LUDUEÑA CLOS, Esteban | FINN, Veronica | SORENSEN, Pablo | FEIJOO, Ramiro | KUDRLE, Cintia
HOSPITAL BRITANICO

Trabajo No. 81
HIPERTENSION ARTERIAL ASOCIADA A CHAGAS Y SUS CONSECUENCIAS
Dres. LIUZZO, Fabricio Ariel | CERVINO, Claudio Nahuel | TORRES, Pablo Jose | ESTEVEZ, Ariel Omar | GOROCITO, Marta | TERRAGNO, Alicia Lorena | TORREJON, Nicole | AUGER, Sergio
HOSPITAL DE AGUDOS FRANCISCO SANTOJANNI

Trabajo No. 82
ESTUDIO POBLACIONAL DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN SUDAMERICA
Dres. LIUZZO, Fabricio Ariel | GOROCITO, Marta Gloria | PUERTA, Leandro Gaston | ACCERBONI, Gabriel Oscar | CERVINO, Nahuel | MOYANO, Roxana | AUGER, Sergio Ricardo | AUGER, Sergio
HOSPITAL DE AGUDOS FRANCISCO SANTOJANNI

Trabajo No. 83
"VALOR DE LA ERGOMETRÍA EN LA RECATEGORIZACIÓN DE PACIENTES CHAGÁSICOS SIN CARDIOPATÍA APARENTE"
Dres. CAISSON, Alejandro Miguel | GARCÍA, Pablo | ISOLA, Federico | MOYANO, Omar | BIGLIA, Nancy | GILARDENGHI, Gimena | RADOLCI, Verónica | ROLDÁN, Soledad
HOSPITAL NACIONAL DR. BALDOMERO SOMMER

Trabajo No. 84
"ARRITMIAS VENTRICULARES Y VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDÍACA EN PACIENTES CON CHAGAS SIN CARDIOPATÍA CONOCIDA EN UNA MUESTRA DE HOLTER DE 24 HS"
Dres. CAISSON, Alejandro Miguel | ISOLA, Federico | MOYANO, Omar | GARCÍA, Pablo | BIGLIA, Nancy | GILARDENGHI, Gimena | RADOLCI, Verónica | ROLDÁN, Soledad
HOSPITAL NACIONAL DR. BALDOMERO SOMMER

SALÓN CASABLANCA B

ATAQUE CEREBRAL
Coordinador: Dr. Rolando Cardenas Sánchez (Bs As)
Panelistas: Dres. Daniel José (San Luis), Guillermo Castro (Formosa)

Manejo agudo del stroke.
Dra. Cristina Zurrú (Bs As)

Enfermedad carotídea.
Dr. José Gómez Moreno (Formosa)

Presentación de casos.

Presentación del "Consenso de Accidente Cerebrovascular (ACV) Isquémico.
Dra. Cristina Zurrú (Bs As)

SALÓN MONTECARLO A

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Síndromes Isquémicos Agudos II"
Comentadores: Dres. Evelín Borelli, Julio Ibañez, Stella Macin

Trabajo No. 85
INFLUENCIA DE LOS NIVELES DE GLUCOSA AL INGRESO Y EL FLUJO TIMI EN PACIENTES TRATADOS CON ANGIOPLASTIA EN EL INFARTO CON SUPRADESNIVEL DEL ST
Dres. JORGE, Nadia Guadalupe | SPENNATO, Mario | NIETO, Ramiro | MALIO, Ana | DAMIANICH, Guido | HERNÁNDEZ NIEVAS, Iván | DE CÁNDIDO, Laura | BLANCO, Patricia - HOSPITAL NAVAL BUENOS AIRES

Trabajo No. 86
RESONANCIA CARDIACA EN MIOCARDITIS Y SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS SIN LESIONES CORONARIAS: IMPLICANCIAS TERAPÉUTICAS.

Dres. FEIJOO, Ramiro Sebastian | LUDUEÑA CLOS, E | AVACA, H | FERNANDEZ, L | FINN, V | SCHIAVONE, M | SMITH, Ch | MANUALE, O
HOSPITAL BRITANICO

Trabajo No. 87
EVALUACIÓN DE LOS SCORES DE TIMI Y GRACE EN PACIENTES OCTOGENARIOS INTERNADOS POR SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST COMPARADO CON PACIENTES MENORES DE 80 AÑOS
Dres. CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustin | CANALES, Florencia Ines | LAURENZANO, Cintia | PACHELO, Patricio | MONTEROS, Ariel | TREJO, Graciela | MACHADO, Rogelio | DIZEO, Claudio
UNIDAD ASISTENCIAL POR MÁS SALUD DR. CESAR MILSTEIN

Trabajo No. 88
UTILIDAD DEL ECOCARDIOGRAMA EN LA UDP EN PACIENTES QUE PRESENTAN DOLOR PRECORDIAL
Dres. DE TITTA, Mariano Gabriel | LUDUEÑA CLOS, E. | KURDLE, C. | FINN, V | SCHIAVONE, M. | AVACA, H. | OTTONELLO, P. | MANUALE, O.
HOSPITAL BRITÁNICO

Trabajo No. 89
EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO AL ALTA Y EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON SCA
Dres. YOHAI, Maria Laura | TERRAGNO, Alicia Lorena | ESTEVEZ, Ariel | GAGLIO, Vanina Gabriela | ROMERO VILLAFAÑE, Sebastian | TORRES, Pablo Jose | DIONISIO, Gabriel
HOSPITAL DE AGUDOS FRANCISCO SANTOJANNI

Trabajo No. 90
ALTA PRECOZ DE UNIDAD CORONARIA EN PACIENTES CON SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS
Dres. SMITH, Christian Adolfo | AVACA, Horacio Alberto | PEREZ, Marcelo Hector | DONATO, Brian | SCHIAVONE, Miguel | QUEZEL, Mariano | SORENSEN, Pablo | MANUALE, Osvaldo
HOSPITAL BRITANICO

Trabajo No. 91
CÓMO OPTIMIZAR LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO PARA REDUCIR LOS EVENTOS CARDIOVASCULARES DERIVADOS DEL TRATAMIENTO
Dres. GAGLIO, Vanina Gabriela | ESTEVEZ, Ariel Omar | TORREJON, Nicole | ROMERO VILLAFAÑE, Sebastian | Dr. PUERTA, Leandro Gaston | Dr. DIONISIO, Gabriel Fernando | PEZZATI, Laura | Dr. TORRES, Pablo Jose
HOSPITAL DE AGUDOS SANTOJANNI

SALÓN GALA I

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Cardiología Intervencionista II"
Comentadores: Dres. Ramón V. Martínez, Marisa Acosta, Carlos A. Alvarez

Trabajo No. 92
DOMINANCIA CORONARIA ASOCIADA AL SEXO
Dres. NUDELMAN, Adolfo Ezequiel | LOPARDO, Cesar | SCHOCRON, Luciana | MOHAMED, Gloria | HENQUIN, Ruth
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND

Trabajo No. 93
PREVALENCIA DE REESTENOSIS INTRASTENT EN STENT LIBERADORES DE DROGA Y SU RELACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES CONVENCIONALES
Dres. POLISZCZUK, Mauro Sebastian | BORELLI, Evelin Eliana | WIRSZ, Fabricio | GUIROY, Juan
CENTRO CARDIOLOGICO DEL NORDESTE (SANATORIO GÜEMES)

Trabajo No. 94
CORRELACION DE LA SUMATORIA DEL SEGMENTO ST CON EL DAÑO MIOCARDICO SEGÚN SEXO EN ANGIOPLASTIA PRIMARIA
Dres. ALEGRE, Andres | BORELLI, Evelin Eliana | WIRZ, Fabrizio | TERCELAN, Ariel
CENTRO CARDIOLOGICO DEL NORDESTE (SANATORIO GÜEMES)

Trabajo No. 95
SEGUIMIENTO CLÍNICO Y ECOCARDIOGRÁFICO DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA TRATADOS CON ABLACIÓN SEPTAL PERCUTÁNEA
Dres. PEDERNERA, Gustavo Omar | CURA, Fernando | LAVALLE COBO, Augusto | CAMPOS, Roberto | COSTABEL, Juan Pablo | AVEGLIANO, Gustavo | TRIVI, Marcelo | BELARDI, Jorge
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA

Trabajo No. 96
RESULTADOS DE LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO
Dres. PUERTA, Leandro Gaston | DIONISIO, Gabriel Fernando | RUIZ, Natacha | ETCHEVERRY, Maria Carolina | OLMEDO, Pablo | BRANDEBURGO, Sergio Daniel | CENTENO, Sergio | KEVORKIAN, Ruben
HOSPITAL DE AGUDOS FRANCISCO SANTOJANNI

Trabajo No. 97
RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: ANGIOPLASTIA PRIMARIA CON Y SIN TROMBOASPIRACIÓN.
Dres. GARCIA PACHO, Pablo Daniel | ALVAREZ IORIO, Carlos | ALVAREZ, Carlos Alejandro | ORDOÑEZ, Fernando | CRISTINO, Alberto
HOSPITAL PRIVADO DEL SUR - BAHIA BLANCA - HOSPITAL ESPAÑOL - BAHIA BLANCA - HOSPITAL ITALIANO REGIONAL DE SUR - BAHIA BLANCA

Trabajo No. 98
CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO PERMEABLE CON DISPOSITIVO AMPLATZER DUCTUS II
Dres. GOMEZ, Jorge Elvio | SOLEDISPA SUAREZ, Carlos Ivan | KAZELIAN, Patricia | FERNANDEZ, Mariana | BOSALEH, Maria Jose | GENTILE, Jorge L. | GARCIA BARROS, Luis | GALLERO, Daniel
HOSPITAL NACIONAL PROFESOR A. POSADAS

09.30 a 10.00 hs.

Intervalo

10.00 a 11.30 hs.

SALÓN CASABLANCA A

NUEVOS MÉTODOS DE DIAGNOSTICO QUE PODRIAN ACTUAR COMO MARCADORES EVOLUTIVOS DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS.
Coordinadores: Ruben Carrizo Paez (San Juan), Mirtha Streiger (Santa Fé)
Panelistas: Dres. Daniel Iosa (Córdoba), Bioq. Diana Fabro (Santa Fé), Marcos Tomasella (Bs As), Omar Larroza (Secretario Académico de la Universidad del Noreste, Corrientes)

El factor Pro BNP como marcador evolutivo de la enfermedad de Chagas. Dr. Martín Oliva (Entre Ríos)

Anticuerpos antimuscarínicos. ¿Tienen efectos funcionales sobre el corazón chagásico? Dr. Sergio Auger (Bs As)

Implante de Células autólogas. ¿Una nueva alternativa en el tratamiento de la cardiopatía grave chagásica?
Dra. Noemí Lago (Bs As)

Ecocardiografía Doppler tisular y sus implicâncias en la evolución de la cardiopatia chagásica. Dra. Mónica Gilli (Bs As)

SALÓN CASABLANCA B

ATAQUE CEREBRAL
Coordinador: Dra. Cristina Zurrú (Bs As)
Panelistas: Dres. Graciela Guastalla (Formosa), Héctor Presti (Chaco)

Neurointervencionismo en el stroke.
Dr. Rolando Cardenas Sánchez (Bs As)

Prevención secundaria.
Dr. Martín Cedrolla (Chaco)

Presentación de casos.

SALÓN GALA I

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Prevención y Epidemiología II"
Comentadores: Dres. Alejandro De Cerchio, Juan C. Martínez, Alejandro Hita

Trabajo No. 99
LAS HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR, ¿SON UTILIZADAS EN LA PRÁCTICA DIARIA?. ENCUESTA A MÉDICOS CLÍNICOS, GENERALISTAS Y CARDIÓLOGOS DE LA CIUDAD DE USHUAIA. - Dr. BERENSTEIN, Cesar Damian
SANATORIO SAN JORGE

Trabajo No. 100
EPIDEMIOLOGIA DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN EL HOSPITAL JULIO. C. PERRANDO.
Dra. GONZALEZ, Silvia Marina
HOSPITAL JULIO C. PERRANDO

Trabajo No. 101
GASTO CALÓRICO DE ESFUERZO Y CONSUMO MÁXIMO DE OXÍGENO EN UN EXAMEN DE APTITUD FÍSICA DE NIÑOS, ADOLESCENTES Y JÓVENES
Dres. MOTTA, Domingo Agripino | ANGELINO, Arnaldo | BIANCO, Raul | LIZZI, Carolina | SANTOS, Máximo | KERBAGE, Soraya | BRANDANI, Laura | RODRIGUEZ CORREA, Carlos
FUNDACION FAVALORO

Trabajo No. 102
FACTORES DETERMINANTES DE LA FALTA DE MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN OCHO PAÍSES DE SUDAMÉRICA.
Dres. ZYLBERSZTEJN, Horacio M. | HIGA, Claudio Cesar | GIORGI, Mariano Anibal | SOLANOT, Diana Graciela | MULASSI, Andres
AREA DE INVESTIGACIÓN. SAC

Trabajo No. 103
FACTORES RELACIONADOS CON LA FALTA DE CONTROL DEL COLESTEROL EN OCHO PAÍSES DE SUDAMÉRICA.
Dres. ZYLBERSZTEJN, Horacio M. | HIGA, Claudio Cesar | GIORGI, Mariano Anibal | SOLANOT, Diana Graciela | MULASSI, Andrés
AREA DE INVESTIGACIÓN. SAC

Trabajo No. 104
ESTIMACIÓN DE LA "EDAD VASCULAR" BASADA EN EL INDICE DE MASA CORPORAL EN UNA POBLACIÓN EN PREVENCIÓN PRIMARIA. ASOCIACIÓN CON LA ATEROESCLEROSIS CAROTIDEA SUBCLINICA
Dres. CONSTANTIN, Ivan | MASSON, Walter | SINIAWSKI, Daniel | VITA, Tomas | FERNANDEZ, German | DEL CASTILLO, Santiago | VALLE, Juan | CAGIDE, Arturo
HOSPITAL ITALIANO

Trabajo No. 105
ASOCIACIÓN ENTRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA ATEROESCLEROSIS SUBCLINICA CAROTIDEA. ANÁLISIS DE UNA POBLACIÓN EN PREVENCIÓN PRIMARIA
Dres. CONSTANTIN, Ivan | MASSON, Walter | SINIAWSKI, Daniel | DEL CASTILLO, Santiago | BELZITI, Cesar
HOSPITAL ITALIANO

11.30 a 12.00 hs.

Intervalo

12.00 a 13.30 hs.

SALÓN CASABLANCA A

EFECTOS DEL RECALENTAMIENTO GLOBAL SOBRE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN LA REPÚBLICA ARGENTINA
Coordinadores: Dres. Cesar Berenstein (Ushuaia), Ramón Martínez (Jefe del programa provincial de chagas, Corrientes)
Panelistas: Dres. Javier Nuñez Burgos (Salta), Jorge Nasir (Chaco), Hugo Mujica (Sgo del Estero), Mario Echeverría (Chaco)

Efectos climáticos en el norte argentino.
Dr. Daniel Hernández (Chaco)

Resistencia de los vectores en los rociados realizados en la actualidad con los insecticidas existentes.
Dres. Federico Nuñez Burgos (Salta), Cecilia Cravero (Córdoba)

Políticas de salud, referidas a la enfermedad de Chagas en la província de Chaco. Acciones realizadas por la província.
Dr. Dario Gómez (Chaco)

Situación actual de las comunidades aborígenes de la província de Chaco respecto de la enfermedad de Chagas. Acciones realizadas. Comunidad Aborígen:
Sres. Laura Sanchez, Ernestina González, Cirilo Romero, José Duran, Oscar Laiava, Emilio Caltai, Miguel A. Loto (Castelli, Chaco)

SALÓN CASABLANCA B

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Insuficiencia Cardíaca"
Comentadores: Dres. Miguel A. Gonzalez, Alfredo Pividori, Mariano Vital

Trabajo No. 106
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DETERMINANTES DE LA EVOLUCIÓN A CORTO PLAZO DE UNA POBLACIÓN DE INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA
Dres. PETTI, Marcos Alberto | GUYOT, Mariana Patricia | VIOTTI, Rodolfo | GALLI, Matias | GINIGER, Patricio | RIVAS, Juan C. | BENTKOWSKI, Mariana | SINISI, Alfredo
HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS EVA PERON SAN MARTÍN (EX MARIANO CASTEX)

Trabajo No. 107
INSUFICIENCIA RENAL OCULTA EN PACIENTES AÑOSOS INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA EN UNIDAD CORONARIA DE UN HOSPITAL DE TERCERA EDAD
Dres. CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustin | QUIROGA AVALOS, Carlos Alberto | CERDA JORGI, Florencia | PACHELO, Patricio | TREJO, Graciela | MONTEROS, Ariel | MACHADO, Rogelio | DIZEO, Claudio
UNIDAD ASISTENCIAL POR MÁS SALUD DR. CESAR MILSTEIN

Trabajo No. 108
LOS PACIENTES OCTOGENARIOS INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA TUVIERON SIMILAR EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA QUE LOS MENORES DE DICHA EDAD
Dres. CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustin | SANCHEZ ALBARRACIN, Viviana Karina | PALACIOS, Rolando | PACHELO, Patricio | TREJO, Graciela | MONTEROS, Ariel | MACHADO, Rogelio | DIZEO, Claudio
UNIDAD ASISTENCIAL POR MÁS SALUD DR. CESAR MILSTEIN

Trabajo No. 109
PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA Y DETERIORO SEVERO DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA.
Dres. TORRES, Maria Jose | PERESSOTTI, Bruno | ANGEL, Adriana | CORDERO, Diego | MACHADO, Rogelio | DEGREGORIO, Alejandro | DELGADO, Jorge | CUROTTO GRASIOSI, Jorge
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Trabajo No. 110
VARIABLES PREDICTORAS DE MUERTE SÚBITA O PROGRESIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA.
Dres. PARAGANO, Emanuel | PERESSOTTI, Bruno | ANGEL, Adriana | DAK, Marcelo | CORDERO, Diego | CARDÚS, Marta | MACHADO, Rogelio | CUROTTO GRASIOSI, Jorge
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Trabajo No. 111
PREVALENCIA Y SIGNIFICADO PRONÓSTICO DEL QRS FRAGMENTADO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DE ETIOLOGÍA NO ISQUÉMICA.
Dres. CORVERA, Mark | DEGREGORIO, Alejandro | PERESSOTTI, Bruno | ROCCHINOTTI, Mónica | CORDERO, Diego | MACHADO, Rogelio | DELGADO, Jorge | CUROTTO GRASIOSI, Jorge L.
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Trabajo No. 112
PAPEL DE LOS INHIBIDORES DE LA ALDOSTERONA (ESPIRONOLACTONA) EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN CF I Y II. EVALUACIÓN DE PARÁMETROS CLÍNICOS Y SEGUIMIENTO DE UNA POBLACIÓN DE CONSULTORIOS EXTERNOS.
Dres. FRANCHI, Victor Marcelo de Jesus | PEREZ PRADOS, Graciela | ATAMAÑUK, Nicolás | SALZBERG, Simón
AREA DE INVESTIGACIÓN. SAC

SALÓN GALA I

AREA DE DOCENCIA SAC

"La Acreditación de Residencias como Garantía de Calidad del Modelo Formador de Especialistas"
Dr. Héctor Roiter

13.30 a 14.00 hs.

Intervalo

14.30 a 15.30 hs.

SALÓN CASABLANCA A

SINDROMES CORONARIOS AGUDOS CON SUPRADESNIVEL DEL ST
Coordinadores: Dres. Marisa Acosta (Formosa), Lucas Bauk (Pto Madryn)
Panelistas: Dres. Martín Oliva (Río Uruguay), Renzo Codutti (Chaco)

Elección de estrategias de reperfusión: según tiempo de evolución, según territorios afectados, según disponibilidad.
Dr. Ricardo Iglesias (Bs As)

Cuál es el tratamiento farmacológico a realizar y tiempos de inicio de los mismos. ¿Hasta cuándo?
Dr. Carlos Barrero (Bs As)

Que paciente podría ser derivado a un centro con hemodinamia luego de la administración exitosa de fibrinolíticos.
Dr. Miguel A. González (Bs As)

De la insuficiencia cardiaca leve al shock cardiogénico: ¿cómo identificamos al paciente y cómo lo tratamos? Pronóstico.
Dr. Ezequiel Forte (Río Uruguay)

SALÓN CASABLANCA B

ARRITMIAS Y FIBRILACION AURICULAR.
Coordinadores: Dres. Guillermo Mazo (Catamarca), César Caceres Monie (Con. Norte)
Panelistas: Dres. Elizabeth Enciso (Formosa),
Marisa Parola (Bariloche)

Problemas emergentes en Fibrilación auricular
Dr. Fernando Di Tommaso (Bs As)

Prevención de AIT/ACV. ¿Acenocumarol/warfarina vs Nuevas drogas? Dr. Lisandro Soriano (Chaco)

¿Cuando un paciente con arritmias supra o ventriculares necesita un estudio electrofisiológico?
Dr. Javier Galeano (SPC)

Cuando tratar las arritmias ventriculares (muy frecuentes, taquicardia ventricular no sostenida, durante el ejercicio) en el ambito ambulatorio
Dr. Claudio Militello (Bs As)

SALÓN GALA I

MESA ESTUDIANTES DE MEDICINA I
Coordinadores: Dres. Carlos Farinelli (Mendoza), Nicolás González (Buenos Aires)

Factores de riesgo Cardiovascular
Dr. Bernardo Benitez (Corrientes)
Como evaluar el dolor precordial.
Dr. Alfredo Romano (Formosa)
Como evaluar al paciente con disnea.
Dr. Atilio Aguirre (Formosa)
Qué hacer ante un paciente con un ataque cerebral.
Dr. Rolando Cardenas Sánchez (Bs As)

15.30 a 16.00 hs.

Intervalo

16.00 a 17.30 hs.

SALÓN CASABLANCA A

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA
Coordinadores: Dres. Graciela Avila (Comahue), Juan Bruzzo (Chaco)
Panelistas: Dres. Enzo Gonzalez (Formosa), Guillermo Fazio (Misiones)

¿Cómo decidir a quien revascularizar en un paciente con cardiopatía isquémica crónica? Metodología de estudio.
Dr. Luis Quintana (Formosa)

A quienes se deberían realizar estudios de viabilidad miocárdica. Como es la interpretación. ¿Multi imágenes? Rol del Eco, la cardiología nuclear, el PET y la resonancia magnética.
Dr. Osvaldo Masoli (Bs As)

Insuficiencia Cardíaca en la enfermedad coronaria crónica estable. Pautas de tratamiento y seguimiento
Dr. Julio Ibáñez (Corrientes)

Tratamientos modernos en angina crónica estable.
Dr. Salvador De Francesca (Con. Sudeste)

SALÓN CASABLANCA B

Sesión Conjunta Sociedad Argentina de Cardiología – Sociedad Paraguaya de Cardiología
HIPERTENSIÓN ARTERIAL
Coordinadores: Presidente SAC Dr. César Belziti (Bs As), Presidente SPC Dr. Javier Galeano (Paraguay)
Panelistas: Dres. Mirian Dell Oste (Chaco), Félix Pintor (San Juan)

Diferentes perfiles de pacientes. Diferentes formas de comenzar el tratamiento antihipertensivo.
Dr. Víctor Rojas Duré (Paraguay)

Que es mejor: ¿monodrogas o múltiples drogas a bajas dosis? Importancia de la adherencia.
Dr. Juan C. Martinez (Formosa)

HTA resistente: ¿qué es? ¿Como la estudio? ¿Como la trato?
Dra. María Paniagua (Paraguay)

Se aplica el conocimiento científico?, en la hipertensión arterial.
Dr. Raúl Perret (Chaco)

SALÓN GALA I

MESA ESTUDIANTES DE MEDICINA II
Coordinadores: Dres. Marisa Parola (Bariloche), Claudio Militello (Bs As)

1. ¿Por qué la residencia es el mejor sistema para la formación de postgrado? - CONAREC Dr. Matias Failo (Bs As)
2. Taller de ECG para estudiantes de medicina. Dr. Fernando Di Tommaso (Bs As) - CONAREC Dra. Maria Boratti (Bs As)
3. Taller de Imágenes para estudiantes de medicina. Dres. Alejandro Hita, Osvaldo Masoli (Bs As) - CONAREC Dres. Nicolas Gonzalez (Bs As), Ezequiel Zaidel (Bs As)

17.30 a 17.45 hs.

Intervalo

17.45 a 19.30 hs.

SALÓN CASABLANCA A Y B

ATENEO CLÍNICO
Coordinadores: Dres. César Belziti (Bs As), Dr. Osvaldo Masoli (Bs As)
Panelistas: Dres. Jorge Lerman (Bs As), Carlos Barrero (Bs As), Ricardo Iglesias (Bs As), CONAREC Dres. Walter Da Rosa (Formosa), Ana Grassani (Córdoba)

_Jornadas

Jornadas de Cardiología Pediátrica
Fundación Cardiológica Argentina

XIX Jornadas Interdistritales de Técnicos en Cardiología
XX Jornadas Interdistritales de Enfermería en Cardiología

17 y 18 de Mayo de 2012

Ampliar® PLUS

atorvastatin + ezetimibe

Eficacia y Simplicidad en Dislipemias

Toda la respuesta en un comprimido diario

Cuando la dosis de estatina no es suficiente

Asociar ezetimibe - Ampliar PLUS manteniendo la dosis de estatina

Ampliar PLUS
atorvastatin + ezetimibe

Suma dos mecanismos de acción, diferentes y complementarios

- *Inhibe la síntesis de colesterol (atorvastatin)*
- *Inhibe la absorción de colesterol (ezetimibe)*

Presentación
Envases con 30 comprimidos

LINEA CARDIOMETABOLICA CASASCO

Desde hace más de CASASCO 135 AÑOS

www.casasco.com.ar

_Jornadas de Cardiología Pediátrica

Jueves 17 de mayo de 2012.

SALÓN MONTECARLO A

11.30 – 13.00 hs

MESA REDONDA: Tetralogía de Fallot
Presidente: Dra. Gloria Coppola (Bs As)
Secretario: Dr. José Raúl Retamoso (Chaco)

Mejorando el diagnóstico de Fallot en el periodo neonatal
Dr. Pablo Domínguez (Mendoza)

Ecocardiografía Doppler: las nuevas tecnologías aplicadas al Fallot
Dra. Ana de Dios (Bs As)

Entre la cirugía ideal y la cirugía real en el Fallot
Dr. Rubén Toledo (Tucumán)

Fallot y muerte súbita: el seguimiento alejado
Dr. Héctor Maisuls (Córdoba)

14.00 – 15.30 hs

MESA REDONDA: Transposición de Grandes Arterias
Presidente: Dra. Angela Sardella (Bs As)
Secretario: Dr. Pablo Dominguez (Mendoza)

Variantes anatómicas en la TGA y diagnóstico ecocardiográfico. Dr. Fernando Daghero (Córdoba)

Manejo y preparación inicial del neonato con TGA
Dr. Ezequiel Mainoli (Salta)

Hemodinamia y toma de decisión en TGA
Dr. Alejandro Peirone (Córdoba)

Cirugía en TGA: mejorando la eficacia y los eventos adversos
Dr. Christian Kreutzer (Bs As)

16.00 – 17.30 hs

MESA REDONDA: El corazón univentricular
Presidente: Dra. Ana de Dios (Bs As)
Secretario: Dr. Ruben A. Toledo (Tucumán)

El ABC en la toma de decisión de los pacientes con corazón univentricular.
Dr. Alejandro Peirone (Córdoba)

Cirugía en corazón univentricular: desarrollo histórico y los diferentes pacientes. Dr. Christian Kreutzer (Bs As)

Cardiología intervencionista en pacientes con operación de Fontan - Kreutzer
Dr. Horacio Faella (Bs As)

Sustrato anatómico de las arritmias auriculares en cirugía de Fontan - Kreutzer
Dr. Andrés Bochoeyer (Bs As)

_Fundación Cardiológica Argentina

Jueves 17 y viernes 18 de mayo de 2012
Resistencia - Chaco - Sede de las Jornadas - Hotel Amerián

Coordinadores locales
Dr. Juan José Rousseau
Dra. Marina Gonzalez

Presidente Fundación Cardiológica Argentina
Dr. Jorge Lerman,

Coordinadores
Dr Sergio Auger
Lic. Gabriela Rodríguez Moran

En el marco de las XXIII Jornadas Nacionales de los Distritos Regionales de la Sociedad Argentina de Cardiología, que este año tendrán lugar en la ciudad de Resistencia, Chaco, el próximo jueves 17 y viernes 18 de mayo se llevará a cabo el Programa de Actividades para la Comunidad a cargo de Fundación Cardiológica Argentina.

OBJETIVO GENERAL

Despertar conciencia en la comunidad sobre la importancia de desarrollar hábitos de vida saludable como herramienta de prevención cardiovascular y basamento de una adecuada calidad de vida haciendo especial hincapié en acciones de concientización y control de la Hipertensión Arterial y Enfermedad de Chagas de la población chaqueña.

ACTIVIDADES PROPUESTAS

ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD

Fecha	Horario	RESISTENCIA
JUEVES 17 DE MAYO	10 a 13	(Colonia Aborigen) Acción de Concientización y Prevención de la Enfermedad de Chagas
	15 a 18	(Colonia Aborigen) Acción de Concientización y Prevención de la Enfermedad de Chagas
VIERNES 18 DE MAYO	10 a 13	Carpa Saludable - Medición de Factores de Riesgo Cardiovascular
	15 a 18	Carpa Saludable - Medición de Factores de Riesgo Cardiovascular

SINOPSIS DE CADA ACTIVIDAD

ACCIÓN: CHARLAS DE CONCIENTIZACION Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS ACTUANDO ESPECIFICAMENTE SOBRE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACION DE UN PUEBLO DE CHACO.

Fecha: Jueves 17 de mayo
Lugar: Colonia Aborigen (100 km de Resistencia)

La enfermedad de Chagas, endémica en nuestro país, continua siendo un importante problema sanitario aun no resuelto, causa de discapacidad y morbimortalidad en nuestra población.

_Fundación Cardiológica Argentina

Jueves 17 y viernes 18 de mayo de 2012
Resistencia - Chaco - Sede de las Jornadas - Hotel Amerián

La principal vía de transmisión sigue siendo la vectorial a través de la Vinchuca, seguida por otras tales como la transmisión vertical, de madres a hijos, transfusional (menos frecuente) y la vía oral, mediante la ingesta de alimentos, como carnes crudas o jugos de frutas que contengan insectos transmisores (Vinchucas).
La educación y la concientización de la población constituyen las mejores herramientas para lograr su control que sólo será efectivo garantizando una activa participación de la población en riesgo.
Aún cuando son necesarias políticas abarcativas en el ámbito sanitario, educativo, económico y de desarrollo social para cambiar el mapa del Chagas, lo cierto es que son las acciones que podamos emprender entre todos, las que pueden marcar la diferencia a la hora de erradicar definitivamente la enfermedad de nuestro país.

Acciones sustantivas propuestas:
Se dictaran charlas educativas en las que se les enseñe a los habitantes locales de Colonia Aborigen a modificar su estilo de vida (acondicionamiento de viviendas, conceptos básicos de higiene, reordenamiento de los espacios destinados a los animales como corrales y gallineros, fumigación, etc.)
Se realizarán evaluaciones semiológicas y cardiológicas: evaluando y garantizando la correcta hidratación y nutrición de los habitantes. Control de presión arterial, y realización de electrocardiogramas y ecocardiogramas.
Evaluación serológica

ACCION: CARPA SALUDABLE: CONTROL Y DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO: MEDICIÓN DEL NIVEL DE COLESTEROL; PRESIÓN ARTERIAL Y PERIMETRO DE CINTURA
Fecha: viernes 18 de mayo
Lugar: Plaza Resistencia (próxima a la sede de las jornadas).
Hora: 10:00 a 18:00

Objetivo:
En el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares intervienen diversos factores, no sólo genéticos sino también los relacionados con un estilo de vida poco saludable.
Estos factores, conocidos como Factores de Riesgo potencial de Enfermedad Cardiovascular como lo son el colesterol elevado, el tabaquismo, la presión arterial elevada, la obesidad, en particular la obesidad abdominal, la diabetes y el estrés, tienen la particularidad de actuar en forma silenciosa y sin síntomas por períodos prolongados.
Es por ello, que la educación para la salud de la comunidad debe apuntar, fundamentalmente, a evitar la adquisición de aquellas conductas que incentivan los factores de riesgo; y el acento debe estar puesto en la prevención.
Sin embargo, una vez instalados los hábitos perjudiciales para la salud, las acciones deben enfocarse en lograr los cambios de conducta.

Objetivo: ofrecer a la comunidad la posibilidad de conocer los valores de los factores de riesgo más prevalentes, colesterol, presión arterial y perímetro de cintura, fomentando la necesidad de mantener controles periódicos en el tiempo.
Descripción de la actividad:
Se armará una carpa temática en la plaza próxima a la sede las jornadas con diferentes puestos de medición de FRC.
En cada uno de los puestos se realizaran medición de de presión arterial, perímetro de cintura y colesterol a las personas que se acerquen a la carpa.
Se entregaran folletos con consejos generales.

DIFUSIÓN Y CONVOCATORIA: con el asesoramiento del área de Prensa y Comunicación de FCA los organizadores locales serán los responsables de difundir las actividades y contactar a los medios de comunicación (gráfica, radio y TV) locales. La FCA proveerá las gacetillas de Prensa y tendrá voceros a disposición de los Medios con los cuales se pauten notas.

_XX Jornadas Interdistritales de Enfermería en Cardiología
_XIX Jornadas Interdistritales de Técnicos en Cardiología

Viernes 18 de Mayo, Salón Montecarlo

PROGRAMA

10.00 a 11.30 hs
SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS
Coordinadores: TPC Mariano Silveira (Bs As) //

Clasificación: angina crónica estable, angina inestable e IAM. Lic. Florencia Villalba (Corrientes)

Manejo del dolor en la emergencia.
Lic. Karina Reboratti (Corrientes)

Signos electrocardiográficos.
Téc. Ramón Quevedo (Corrientes)

Tratamiento de los SCA: ¿fibrinolíticos o PTCA? TPC.
Marcela Proietto (Bs As)

Complicaciones del IAM: arritmias, complicaciones mecánicas, hemodinámicas. Lic. Oscar Medina (Corrientes)

12.00 a 13.00 hs
COMPLICACIONES CARDIOLÓGICAS EN LA MUJER
Coordinadores: Lic. Hugo Fernández (Chaco) //
TPC. Betiana Mattarucco (Bs As)

Miocardiopatía peri-parto. Lic. Néstor Sica (Bs As)

Infarto Agudo de Miocardio en la mujer. TPC.
Mariano Silveira (Bs As)

Hipertensión arterial gestacional: preclampsia / eclampsia. Lic. Angélica Álvarez (Bs As)

Toma correcta de la presión arterial.
Enf. Ada Cohen (Corrientes)

13.00 a 13.30 hs
TALLER DE ELECTROCARDIOGRAFÍA
Disertantes: TPC. Nahuel Pereyra (Bs As) // Dra. Sandra Pedevilla (Formosa)
Panelistas: Téc. Blas Unzain (Corrientes) / Lic. Alba Meza (Chaco) / Lic. Miguel Olleta (Formosa)

14.00 a 15.30 hs
ENFERMEDAD DE CHAGAS
Coordinadores: Lic. Horacio Zárate (Chaco) // Lic. Miguel Olleta (Formosa)

Introducción. Clasificación. Diagnóstico.
Dr. Jorge Brizuela (Formosa)

Arritmias en el paciente Chagásico.
Enf. María Fernanda Del Valle (Corrientes)

Estudios complementarios. TPC. Betiana Mattarucco (Bs As)

Incidencia del Chagas en el binomio materno-fetal.
Lic. Néstor Sica (Bs As)

Experiencia de trasplante cardíaco en el paciente Chagásico. TPC. Marcela Proietto (Bs As)

16.00 a 17.30 hs
INSUFICIENCIA CARDIACA
Coordinadores: TPC. Marcela Proietto (Bs As) // Lic. Alba Meza (Chaco)

Clasificación, signos y síntomas.
Lic. Adela Echeverri (Corrientes)

Medidas higiénico-dietéticas. Lic. Hugo Fernández (Chaco)

Manejo agudo y crónico del paciente insuficiente.
Lic. Rodolfo Portalea (Corrientes)

Tratamiento farmacológico. Lic. César Mansilla (Corrientes)

Tratamiento eléctrico: Terapia de resincronización cardíaca.
Téc. Blas Unzain (Corrientes)

18.00 a 19.00 hs
PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS
Coordinadores: TPC. Nahuel Pereyra (Bs As) // Lic. Néstor Sica (Bs As)
Caso Clínico I: TMN. Mariano Portillo (Bs As)
Caso Clínico II: Enf. Fabrizio Retamoso (Corrientes)
Caso Clínico III: Téc. Gustavo Medina (Corrientes)

CONFERENCIA DE CIERRE
Prevenir la enfermedad de chagas ¿es un dilema economico? Lic. Angélica Álvarez (Bs As)

JUEVES 17

HS	SALÓN CASABLANCA A	SALÓN CASABLANCA B	SALÓN MONTECARLO A	SALÓN MONTECARLO B	SALÓN GALA
09.30 11.00	TL SINDROMES ISQUEMICOS AGUDOS I	TL CARDIOLOGIA INTERVENCIONISTA I	TL PREVENCION Y EPIDEMIOLOGIA I	TL CARDIOLOGIA CLINICA I	TL MISCELANEA I
11.00 - 11.30	INTERVALO				
11.30 13.00	PREVENCION CARDIOVASCULAR	TALLER DE IMÁGENES CV	PEDIATRIA	TL ARRITMIAS I	TL MISCELANEA II
13.00 - 14.00	INTERVALO				
14.00 15.30	INSUFICIENCIA CARDIACA	PATOLOGIA AMBULATORIA	PEDIATRIA	TL ARRITMIAS II	TL CIRUGIA
15.30 - 16.00	INTERVALO				
16.00 17.30	VALVULOPATIAS	SINDROMES CORONARIOS AGUDOS SIN SUPRA ST	PEDIATRIA	TL ARRITMIAS III	TL CARDIOLOGIA CLINICA II
17.30 - 18.00	INTERVALO				
18.00 19.00	ACTO INAUGURAL. CONFERENCIA DR. RICARDO IGLESIAS				

VIERNES 18

HS	SALÓN CASABLANCA A	SALÓN CASABLANCA B	SALÓN MONTECARLO A	SALÓN MONTECARLO B	SALÓN GALA
08.00 09.30	TL CHAGAS Y ENDOCARDITIS	ATAQUE CEREBRAL	TL SINDROMES ISQUEMICOS AGUDOS II	07.30 a 10.00 hs REUNION PRESIDENTES DE DISTRITOS	TL CARDDIOLOGIA INTERVENCIONISTA II
09.30 - 10.00	INTERVALO				
10.00 11.30	CHAGAS	ATAQUE CEREBRAL	ENFERMERIA Y TECNICOS		TL PREVENCION Y EPIDEMIOLOGIA II
11.30 - 12.00	INTERVALO				
12.00 13.30	CHAGAS	TL INSUFICIENCIA CARDIACA	ENFERMERIA Y TECNICOS		AREA DOCENCIA SAC
13.30 - 14.00	INTERVALO				
14.00 15.30	SINDROMES CORONARIOS AGUDOS	ARRITMIAS Y FIBRILACION AURICULAR	ENFERMERIA Y TECNICOS		ESTUDIANTES I
15.30 - 16.00	INTERVALO				
16.00 17.30	CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA	SIMPOSIO ARGENTINO - PARAGUAYO (SAC - SPC) HIPERTENSION ARTERIAL	ENFERMERIA Y TECNICOS		ESTUDIANTES II
17.30 a 17.45	INTERVALO				
17.45 19.30	ATENEO CASOS CLINICOS		ENFERMERIA Y TECNICOS		

PELMEC® AT
Amlodipina + Losartán Potásico
Asociación fija de
dos antihipertensivos
de eficacia y seguridad
ampliamente demostrada
PELMEC® AT 5/50
AMLODIPINA
LOSARTAN POTASICO
COMPRIMIDOS
PELMEC® AT 5/100
AMLODIPINA
LOSARTAN POTASICO
COMPRIMIDOS
CASASCO
Presentación
Envases con 30 comprimidos
PAMI 50%
Recetario Solidario
VALE+ SALUD
LINEA CARDIOMETABOLICA CASASCO
Desde hace más de 135 AÑOS
CASASCO
www.casasco.com.ar

_Resúmenes de Trabajos

Trabajos presentados en las
XXIII Jornadas Nacionales de los Distritos Regionales
17 y 18 de Mayo de 2012. Resistencia, Chaco.

Trabajo Libre Nº1

DIFERENCIAS EN LA ATENCIÓN DEL INFARTO CON ELEVACIÓN DEL ST EN HOSPITALES PÚBLICOS Y PRIVADOS DE LA ARGENTINA: SUBANÁLISIS DEL REGISTRO CONAREC XVII

Dr. ZAIDEL, Ezequiel Jose | GONZÁLEZ, Nicolás | CARRIZO, Aldo | PÉREZ, Gonzalo | VON LEIPZIG, Guillermo | SCHIAVONE, Miguel | CLEMENTI, Juan | GAGLIARDI, Juan | CONSEJO ARGENTINO DE RESIDENTES DE CARDIOLOGÍA CONAREC - **HOSPITAL MUNICIPAL COSME ARGERICH**

Objetivos: En los países con sistema de salud mixto (público-privado), trabajos previamente realizados demuestran que existe inequidad en la atención del infarto de miocardio. El objetivo de este trabajo es evaluar las características de los pacientes que se internan con IAMCST y la atención de los mismos según su lugar de internación (público ó privado) en centros con sistema de residencias de cardiología de la República Argentina.

Materiales y Métodos: Sobre la base de datos del registro CONAREC XVII, realizado desde Diciembre 2009 hasta Agosto 2010, con 1181 pacientes que ingresaron a unidades coronarias de Argentina, con diagnóstico de síndrome coronario agudo, se realizó una selección de los pacientes con infarto con elevación persistente del segmento ST (n=702), 164 pertenecían a hospitales públicos, y 538 a instituciones privadas. Se analizaron las características basales de la población, del infarto, los recursos utilizados, la evolución y mortalidad durante la internación.

Resultados: Los pacientes admitidos en hospitales públicos eran pacientes más jóvenes (59 vs 62 años, p=0,023), mayor proporción de varones (83% vs 76%), y con mayor prevalencia de tabaquismo (76% vs 62%, OR 1,9 [1,25-2,89] p=0,002), sin observarse diferencias en los demás factores de riesgo. Entre los pacientes de los hospitales públicos hubo mayor proporción con nivel educativo bajo (61% vs 36%, OR 2,73 [1,87-3,97] p< 0,001). Hubo un mayor porcentaje de pacientes que recibían aspirina, estatinas, IECA/ARAII, ó betabloqueantes entre los admitidos a instituciones privadas, en los cuales se observó al ingreso mayor uso de fármacos antitrombóticos (heparina, anti IIbIIIa, y prasugrel). Por lo contrario, la utilización de betabloqueantes e IECA dentro de las primeras 24 hs fue mayor en los hospitales públicos. Los pacientes que se internaron en privados tenían mayor probabilidad de contar con hemodinamia en la institución de recepción (94,1% vs 70,7% OR 6.77 [4.01-11.44] p<0.001). Se realizó tratamiento de reperfusión al ingreso a más pacientes en hospitales privados que públicos (82,7% vs 73,8%, OR 1,7 [IC95% 1,12-2,57] p=0,008). Hubo una mayor utilización de trombolíticos en los públicos (19% vs 12%, p=0,027), y de angioplastia primaria en los privados (63% vs 50%, p=0,002), quienes tuvieron mejor tiempo puerta balón (mediana 70 minutos [45-120] versus 120 minutos [75-155], p<0,001). Al evaluar las cinecoronariografías de los pacientes, se evidenció en los pacientes de hospitales públicos un mayor porcentaje de enfermedad de tres vasos (29,9% vs 16,6%, OR 2,14 [IC95% 1,31-3,49] p=0,01). Comprobamos que mayor proporción de pacientes de hospitales públicos cursaron su internación por infarto de miocardio sin que se les realice un ecocardiograma (11% vs 4% OR 3.22 [IC 95% 1.61-6.44] p<0,001). No observamos diferencias en la evolución intrahospitalaria entre ambos grupos, tampoco en la mortalidad (7,9% públicos vs 9,1%, P=NS), ni en la indicación de fármacos al alta. La mediana de internación en hospitales públicos fue 6 días y en los privados 5 días (p=0,04).

Conclusiones: Tras evaluar múltiples variables obtenidas a partir del registro CONAREC XVII, comprobamos que a pesar de que la población admitida con infarto a hospitales públicos posee mayor carga de enfermedad (más porcentaje de enfermedad de tres vasos, más jóvenes) y recibe menos recursos (coronariografía, ecocardiografía), posee una similar evolución a corto plazo.

Trabajo Libre Nº2

RELACIÓN ENTRE VARIABLES CLÍNICAS Y FACTORES DE RIESGO CON ANATOMÍA CORONARIA EN MUJERES MENORES DE 65 AÑOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Dr. SOLER, Fernando Martin | ALLENDE, Norberto Gustavo | TERRENI, Hernan | AHUAD GUERRERO, Andres | RENES, Paola | CRISTODULO CORTEZ, Roberto | SOKN, Fernando | TRONGE, Jorge
CLÍNICA IMA (ADROGUÉ)

Objetivos: La ausencia de lesiones coronarias significativas no es un hallazgo infrecuente en mujeres de edad media con Sindromes Coronarios Agudos (SCA). El objetivo del presente trabajo es correlacionar variables clinicas y carga de factores de riesgo con la presencia y severidad de enfermedad coronaria en mujeres menores de 65 años con SCA.

Materiales y Métodos: En el periodo comprendido entre octubre del 2006 a marzo del 2011 seleccionamos mujeres menores de 65 años con SCA y criterios de mediano/alto riesgo que fueron a cinecoronariografía. Luego del análisis de la anatomía coronaria se dividió la muestra en dos grupos: sin lesiones angiográficas significativas (SLAS) y con lesiones significativas (> 50%) (LS). Se comparó en ambos grupos la prevalencia FRCV, biomarcadores, alteraciones electrocardiográficas y trastornos ecocardiográficos. Asimismo se evaluó la presencia de vasoespasmo y flujo lento en el grupo SLAS. Para el análisis estadístico se utilizó, chi² (variables categóricas) y test de T (variables continuas)

Resultados: 45 pacientes (edad media: 55,6 ± 6,8) cumplieron los criterios de inclusión, de los cuales 15 (34%) no presentaron LS. Presentaron alteraciones electrocardiográficas 41 pacientes. Aquellos a los que se dosaron biomarcadores el 34% fue positivo para troponina I caulitativa y el 47% CK mb. Se les realizó ecocardiograma a 31 pacientes evidenciando trastornos segmentarios en el 67%. La mortalidad global fue de 4,4%. El único FRCV que presentó asociación positiva con LS fue la diabetes (DBT). No permitieron establecer diferencias entre ambos grupos la edad, carga de FRCV, trastornos ecocardiográficos ni los biomarcadores. El supra e infradenivel del ST fueron más prevalentes en el grupo LS, mientras que en el grupo SLAS las ondas T negativas o sin alteraciones. En el grupo SLAS se observaron mecanismos alternativos en 8 pacientes (53%): 2 flujo lento, 3 vasoespasmo, 2 takotsubo, 1 flujo lento + vasoespasmo.

La prevalencia de variables clínicas, FRCV y su asociación a la presencia de LS se describe en la *tabla*.

	LS	SLAS	P
FRCV			
HTA	21 (70%)	11 (73%)	ns
DBT	10 (33%)	1 (7%)	0,05
DLP	14 (47%)	7 (47%)	ns
Sobrepeso/obesidad	11 (37%)	3 (20%)	ns
TBQ	18 (60%)	9 (60%)	ns
Antecedentes Fam	2 (7%)	1 (7%)	ns
post menopausia	7 (23%)	5 (33%)	ns
> 3 FRCV	18 (60%)	6 (40%)	ns
ECG			
Normal	0	4 (26%)	
Ondas T -	7 (23%)	7 (47%)	
BCRI	0	1 (7%)	
Infra ST	4 (14%)	0	
Supra ST	19 (63%)	3 (20)	0,005
Ecocardio n= 31			
Normal	6 (26%)	4 (50%)	
Trast segmentarios	16 (70%)	4 (50%)	
Hipoquinesia global	1 (4%)	0	ns

Conclusiones: Las mujeres de edad media presentaron un alto porcentaje de coronarias sin LS. Las unicas varialbles clinicas que permitieron predecir la existencia de LS fueron DBT, y el Supra/infra desniveles del ST. Es probable que otros mecanismos alternativos de isquemia miocardica tengan un rol en la genesis del SCA en esta población.

Trabajo Libre Nº3

DIFERENCIAS Y COMPLICACIONES ENTRE LOS PACIENTES QUE PRESENTARON SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST MAYORES Y MENORES DE 65 AÑOS DE EDAD ADMITIDOS A LA UNIDAD CORONARIA DE UN CENTRO HOSPITALARIO MUNICIPAL QUE POSEE HEMODINAMIA

Dr. IBARRA, Hernan Gabriel | AGATIELLO, Carla | DEURQUIZA, Ignacio Nicolas | URSUL, Alejandro
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND

Objetivos: Determinar las diferencias entre pacientes que sufrieran un sindrome coronario agudo sin elevacion del segmento ST (SCASEST) mayores y menores de 65 años de edad y algunas de sus complicaciones durante la estadia hospitalaria, asi como la mortalidad temprana y alejada.

Materiales y Métodos: Estudio cohorte, retrospectiva, analitico y observacional.

Sobre un total de 419 pacientes mayores o iguales de 35 años de edad admitidos a la unidad coronaria (UCO) del Hospital General de Agudos "Carlos G. Durand" durante el periodo comprendido entre diciembre del 2007 y mayo del 2009. De estos, 168 pacientes fueron mayores de 65 años de edad y 251 pacientes menores o iguales de 65 años de edad respectivamente. Se recabaron datos de comorbilidades, tiempo de angina o sintomas hasta la internacion asi como las siguientes complicaciones durante su internacion: insuficiencia renal (IR), insuficiencia cardiaca (IC), infarto agudo de miocardio (IAM) y muerte. Las variables fueron comparadas con test de Fisher. Se considero significacion estadistica un valor de p menor de 0.05.

Resultados: De los 168 pacientes mayores de 65 años, el 18.5% (31 p.) presento diagnostico de SCASEST comparado con los 251 pacientes menores o iguales de 65 años de los cuales el 24.7% (62 p.) presento diagnostico de SCASEST. (OR=0.69, IC 95%, 0.41-1.15, p=0.16)

Las caracteristicas demograficas de la poblacion entre menores o iguales de 65 años y mayores de 65 años de edad fue de: HTA 65.3% (164 p.) versus 72.6% (122 p.), diabetes 26.3% (66 p.) versus 30.3% (51 p.), dislipidemia 49.8% (125 p.) versus 34% (57 p.), cirugia de revascularizacion miocardica previa 5.5% (14 p.) versus 11.3% (19 p.), angioplastia previa 8.7% (22 p.) versus 3.5% (6 p.), enfermedad pulmonar obstructiva cronica 2.4% (6 p.) versus 3.5% (6 p.), insuficiencia renal cronica 1.9% (5 p.) versus 2.38% (4 p.), stroke previo 1.6% (4 p.) versus 1.78% (3 p.).

Con respecto a Hemodinamia se observo lo siguiente en el grupo de pacientes mayores de 65 años versus menores o iguales de 65 años: cinecoronariografia 13.1% (22 p.) versus 17.1% (43 p.), angioplastia 7.14% (12 p.) versus 3.98% (10 p.), estudio normal 1.78% (3 p.) versus 5.5% (14 p.), indicacion de cirugia de revascularizacion miocardica 2.38% (4 p.) versus 4.3% (11 p.), no revascularizables 1.78% (3 p.) versus 3.1% (8 p.), solo tratamiento medico (no se realizo cinecoronariografia) 5.3% (9 p.) versus 7.56% (19 p.). Del grupo de pacientes mayores de 65 años con SCASEST, el 77.4% (24 p.) evoluciono con complicaciones, asi como el 46.7% (29 p.) en los menores o iguales de 65 años.

Las complicaciones evaluadas en el grupo de pacientes mayores de 65 años versus menores o iguales de 65 años fueron: IR 6.5% (2 p.) versus 1.6% (1 p.) (OR=4.21, IC 95%, 0.28-124.7, p=0.25), IC 3.2% (1 p.) versus 1.6% (1 p.) (OR=2.03, IC 95%, 0.00-78.97, p=1), IAM no se observo en ninguno de los grupos comparados, mortalidad 3.2% (1 p.) versus 1.6% (1 p.) (OR=2.03, IC 95%, 0.00-78.97, p=1). La sobrevida al año de ambas poblaciones fue de 80.6% (25 p.) en los mayores de 65 años y 93.5% (58 p.) en los menores o iguales de 65 años de edad.

Conclusiones: No se observaron diferencias estadisticamente significativas entre la poblacion evaluada con SCASEST, aunque en pacientes mayores de 65 años de edad fue una poblacion con mayor comorbilidad. A pesar de ello en ambos grupos hubo una baja incidencia de complicaciones las mencionadas con una sobrevida optima.

Trabajo Libre Nº4

ACTITUD MÉDICA FRENTE AL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN MUJERES MENORES DE 65 AÑOS. SUBANÁLISIS ENCUESTA CONAREC XVII.

Dr. SOLER, Fernando Martin | ALLENDE, Norberto Gustavo | RENES, Paola | BARONE, Fernando | EZQUERRO, Mariano | ESQUIVEL, Matias | COSTAVEL, Juan P. | SOKN, Fernando
CLÍNICA IMA (ADROGUÉ) - CONSEJO ARGENTINO DE RESIDENTES DE CARDIOLOGÍA CONAREC

Objetivos: Es sabido que en el mundo y en nuestro país las mujeres con cardiopatia isquemica y en particular con síndromes coronario agudo (SCA) son subdiagnosticadas y frecuentemente se les ofrecen menos recursos terapéuticos. El objetivo del presente trabajo es revisar las estrategegias de estudio, procedimientos y tratamiento en mujeres ingresadas a la unidad coronaria con diagnostico de infarto de miocardio y observar si hubo diferencias con respecto a los varones ingresados en igual periodo.

Materiales y Métodos: El análisis se realizó sobre los datos de la encuesta CONAREC XVII (Registro de infarto agudo de miocardio) realizada por residencias de todo el país durante 2009 y 2010. La muestra analizada corresponde a pacientes de hasta 65 años inclusive, divididos por sexo. Se compararon las distintas herramientas diagnósticas utilizadas en ambos grupos: biomarcadores, ecocardiograma, cinecoronariografía (CCG), así como los tratamientos ofrecidos: fibrinolíticos, angioplastia primaria, tratamiento médico estandar en internación (TMEI) y al alta (TMEA). Entendiendo como TMEI la doble antiagregación plaquetaria, antitrombóticos y beta bloqueantes y TMEA doble terapia antiagrgante, betabloqueantes y estatinas. Para el análisis estadísticos de todas las variables se utilizó el test de chi².

Resultados: Se reclutaron 662 pacientes, 106 mujeres y 556 hombres. Con respecto al ofrecimiento de métodos diagnósticos no hubo diferencias entre ambos grupos; se dosaron biomarcadores a 638 pacientes (98% de las mujeres y 96% de los hombres, p=0,3), 526 CCG (78,3% mujeres vs 80% hombres, p=0,7) y ecocardiograma a 615 (95% mujeres vs 92,4% hombres, p= 0,3). Tampoco se encontraron diferencias en relación al tratamiento ofrecido; Fibrinolítos (16% mujeres y 10% hombres, p= 0,08), angioplastia primaria en pacientes con supradesnivel ST (35% mujeres vs 43,5% hombres, p=0,09) y angioplastia en los pacientes con infrdesnivel ST (57% mujeres vs 56% hombres, p=0,9), TME en internación (42% mujeres vs 47% hombres, p= 0,3) y al alta (71% mujeres vs 68% hombres, p=0,6). *(ver tabla)* El promedio de días de internación fue similar, 6,7 y 6,5 para las mujeres y hombres respectivamente.

	Mujeres	Hombres	P
Fibrinolíticos	17 (16%)	57(10%)	0,08
Angiop. primaria SCACEST	37 (35%)	242 (43,5%)	0,09
Angiop. SCASEST	17 (57%)	66 (56%)	0,9
Dosaje Biomarcadores	104 (98%)	534 (96%)	0,3
Ecocardiograma	101 (95%)	514 (92,4%)	0,3
Realización CCG	83 (78,3%)	443 (80%)	0,7
TME internac	45 (42%)	264 (47%)	0,3
TME Alta	75 (71%)	379 (68%)	0,6
N° días intern(promedio)	6,7	6,5	

Conclusiones: Los medicos han ofrecido en forma similar las herramientas de diagnostico y tratamiento de los SCA a mujeres y hombres, marcando un cambio de actitud con respecto al manejo de los mismos en la decada previa.

Trabajo Libre Nº5

RELACIÓN ENTRE LA PRESENTACIÓN CLÍNICA Y CIRCULACIÓN COLATERAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA SEVERA

Dr. BARRETO MANCERA, Ramiro | PEREZ NUÑEZ, Hernan | SILVERSTEIN, Alejandro | LOPARDO, Cesar | ROEL, Valentin Claudio | MOHAMED, Gloria | NUDELMAN, Ezequiel | ORQUERA, Daniel
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND

Objetivos: La presencia de circulación colateral coronaria (CCC) representa una importante respuesta adaptativa en los pacientes con isquemia miocárdica. El objetivo del presente estudio fue evaluar la relación entre la presentación clínica de la enfermedad coronaria y el desarrollo de CCC.
Materiales y Métodos: Se diseñó un estudio transversal, analítico, retrospectivo. Desde septiembre de 2009 a enero de 2011 se incluyeron de manera consecutiva 183 pacientes derivados al laboratorio de hemodinamia con enfermedad coronaria severa de al menos un vaso. Se conformaron 2 grupos: Grupo 1 (G1), con 130 pacientes con angina sin tiempo (Angina de reciente comienzo e IAM Q), y Grupo 2 (G2), con 53 pacientes con angina con tiempo (Angina progresiva e IAM no Q) según la clasificación de Bertolasi. Se analizaron las respectivas Cinecoronariografía evaluando la presencia de CCC
Resultados: La media de edad de los pacientes incluidos fue de 56.8 (± 8,9 años), con predominio de género masculino (76,5%). La prevalencia de CCC del grupo 1 fue de 69,2 % vs 64,2% de los pacientes del grupo 2 (p: 0,6223).
Conclusiones: No hubo diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la presencia de CCC entre pacientes con presentación clínica de angina con y sin tiempo.

Trabajo Libre Nº6

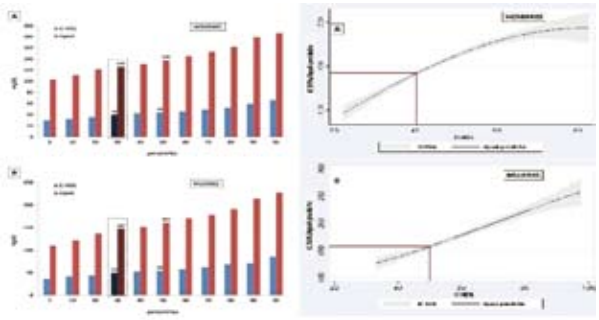
¿CUÁLES DEBERÍAN SER LAS METAS DE APOLOPROTEINA A1? ANÁLISIS DE UNA POBLACIÓN SALUDABLE DE LA ARGENTINA

Dr. CONSTANTIN, Ivan | MASSON, Walter | SINIAWSKI, Daniel | SORROCHE, Patricia | SCORDO, Walter | DEL CASTILLO, Santiago | NAVARRO ESTRADA, Jose Luis - **HOSPITAL ITALIANO**

Objetivos: Estudios recientes demostraron que el nivel de apolipoproteína A1 (ApoA) es un mejor predictor de riesgo cardiovascular que el colesterol transportado por las lipoproteínas de alta densidad (C-HDL). No disponemos de metas definitivas de este nuevo marcador. El objetivo de este estudio fue inferir metas de ApoA analizando una población saludable.
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio transversal descriptivo-observacional de una muestra consecutiva obtenida de donantes de sangre. Se excluyeron los sujetos con enfermedad cardiovascular previa, antecedentes personales de diabetes, hipertensión arterial o tratamiento hipolipemiante previo. Se analizó la distribución de ApoA y C-HDL de 304 individuos y se infirieron metas de ApoA mediante dos estrategias: 1) Un modelo de regresión lineal; 2) Análisis de percentilos. Las caracteristicas de la poblacion se detallan en la *Tabla 1*.
Resultados: La edad (media±DS) de la población analizada fue de 42±14 años y el 64% fueron hombres. Se observó que los puntos de corte de los niveles plasmáticos de C-HDL definidos por el ATP III (Adult Treatment Panel III) como factor de riesgo coronario en hombres y mujeres (<40 y <50 mg/dL respectivamente) correspondieron al percentilo 30 en ambos géneros. Al examinar el mismo percentilo de ApoA encontramos un valor de 126 y 147 mg/dL en el sexo masculino y femenino respectivamente. En los hombres, al realizar el modelo de regresión lineal entre los niveles plasmáticos de ApoA y el C-HDL, 40 mg/dL de C-HDL se correspondieron con 140 mg/dL de ApoA. Del mismo modo, pero analizando a las mujeres, 50 mg/dL de C-HDL se correlacionaron con 158 mg/dL de ApoA. El ánalisis de percentilos y el modelo de regresión lineal pueden observarse en la *Figura 1*.

Variables categoricas	%
Sexo masculino	64
Tabaquistas	31
Variables continuas	Media ± DS
Edad, años	42±14
Indice de masa corporal, k/m2	26.2±4.4
Apolipoproteina B, mg/dL	93±40
Apolipoproteina A1, mg/dL	149±32
Colesterol total, mg/dL	200±41
C-LDL, mg/dL	128±41
C-HDL, mg/dL	49±13
Triglicéridos, mg/dL	112±93

Conclusiones: Valores de ApoA de 126 y 147 mg/dL podrían proponerse como metas en hombres y mujeres respectivamente. Los hallazgos de nuestro estudio sugieren que los valores propuestos previamente como metas de ApoA en ambos sexos deberían revisarse.



Trabajo Libre Nº7

COMPARACIÓN EN LA CARGA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ENTRE HOMBRES Y MUJERES MENORES DE 65 AÑOS CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. SUBANÁLISIS ENCUESTA CONAREC XVII

Dr. SOLER, Fernando Martin | ALLENDE, Norberto Gustavo | RENES, Paola | TERRENI, Hernan | JAUREGUI, Daniel | PIPKIN, Mariano | GONZALEZ, Nicolas | SOKN, Fernando
CLÍNICA IMA (ADROGUÉ) - CONSEJO ARGENTINO DE RESIDENTES DE CARDIOLOGÍA CONAREC

Objetivos: La cardiopatía isquémica en la mujer se presenta una década más tarde que en el sexo masculino. El propósito del estudio fue evaluar si la presentación tempana en el sexo femenino se relaciona con una mayor carga de factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) en relación al varón.
Materiales y Métodos: El análisis fue realizado sobre los datos de la encuesta CONAREC XVII (Registro de infarto agudo de miocardio) realizada por residencias de todo el país durante los años 2009 Y 2010. La muestra analizada corresponde a pacientes de hasta 65 años inclusive, divididos en dos grupos: sexo femenino (SF) y sexo masculino (SM). Se comparó la prevalencia de los diferentes FRCV entre ambos grupos utilizando chi². Se evaluó además la sumatoria de FRCV y la carga total de riesgo. Para ello se tomaron en cuenta los odds ratios y los coeficientes ß reportados en el estudio FRICAS, cuyos promedios se contrastaron con test t.
Resultados: La población reclutada fue de 662 pacientes incluyó 106 mujeres (relación SM/SF: de 5,2 a 1) . El SF presentó mayor prevalencia de diabetes (DBT) (27,4% vs 16,7%, p= 0,01), mientras que el tabaquismo (TBQ) (75,2% vs 65,1%, p= 0,03) y la obesidad (33% vs 22% p= 0,02) fueron más frecuentes en el SM. El resto de los FRCV no mostró diferencias significativas. Si bien la presencia del factor estresante fue similar para ambos grupos (37% SF vs 34% SM, p= 0,65), en el SF prevaleció el divorcio /separación y el estrés laboral en el SM p=0,001. La sumatoria de FRCV (p=0,05) y la carga total de riesgo (p <0,001) fue significativamente mayor en la mujer. *(ver tabla)*

	Mujeres	Hombres	p
DBT	29 (27,4%)	93 (16,7%)	p 0,01
TBQ	69 (65,1%)	418 (75,2%)	p 0,031
DLP	60 (56,6%)	306 (55,0%)	p 0,7
Obesidad (IMC > 30)	23 (22%)	182 (33%)	p 0,02
HTA	67 (63,2%)	329 (59,2%)	p 0,4
Anteced Familiares	27 (25,5%)	117 (21,0%)	p 0,3
Sedentarismo	58 (54,7%)	275 (49,5%)	p 0,3
Factor estresante	39 (37%)	189 (34%)	p 0,65
5 FRCV	6 (5,7%)	12 (2,2%)	p 0,05

Conclusiones: Como es sabido, el síndrome coronario agudo en menores de 65 años es más prevalente en varones; sin embargo, la pequeña proporción de mujeres que lo padecen, muestra una carga de FRCV mayor que los varones, lo que podría explicar su presentación precoz.

Trabajo Libre Nº8

CIERRE PERCUTANEO DE FORAMEN OVAL PERMEABLE EN PACIENTES CON EVENTOS ISQUEMICOS CEREBROVASCULARES

Dr. CONTRERAS, Alejandro Ernesto | DIAZ, Juan | LUCERO, Cecilia | BRENNA, Eduardo | PEIRONE, Alejandro - **HOSPITAL PRIVADO CÓRDOBA**

Objetivos: El cierre percutáneo del foramen oval permeable (FOP) con dispositivos, es una alternativa terapéutica en pacientes (pts) que han sufrido accidente cerebrovascular (ACV) o crisis isquémica transitoria (CIT). El objetivo del trabajo fue mostrar nuestra experiencia en el cierre percutáneo de FOP en pts con ACV/CIT criptogenicos.
Materiales y Métodos: Análisis observacional-descriptivo de los pts que recibieron cierre percutáneo de FOP. Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas, datos del ecocardiograma transesofágico y del procedimiento. Las variables categóricas se expresan en porcentaje y las continuas en promedio y desviación estándar
Resultados: Entre enero 2008 y enero 2012, 21 pts recibieron implante de dispositivo para cierre percutáneo de FOP. La edad promedio fue de 43,6 ± 13,7 años (71% menores de 55 años) y 57,1% fueron mujeres. Como antecedentes el 14,3% tenia hipertensión arterial,19% dislipemia y ningun paciente era diabetico. Todos los pacientes habian sufrido un evento isquémico (ACV/CIT) criptogenico previamente. Al momento de la evaluación con ecocardiograma transesofágico todos los pacientes estaban en ritmo sinusal, se descartó la presencia de trombos en la orejuela de aurícula izquierda, asi como patología aortica u otra fuente de cardioembolia. El 81% tenía FOP de tamaño grande (pasaje mayor a 20 burbujas) y el 57% aneurisma del septum interauricular. Con respecto al procedimiento, se implantó en la mayoría de los casos el dispositivo Amplatzer (66,7%) y en los restantes Cardia Atriasept, Occlutech y Nit Occlud PFO-R. Los pts tuvieron un seguimiento postintervención de 722 ± 464 días (rango: 1480-36 días). Un pte tuvo hematoma en el sitio de punción que no requirió intervención activa y 3 pts desarrollaron arritmias durante el seguimiento: 2 pts presentaron extrasistolia supraventricular y ventricular aisladas transitorias y 1 pte mostró episodio de fibrilación auricular que requirió medicación. En los 21 casos no se observaron episodios de recurrencia de ACV/CIT.
Conclusiones: El cierre percutáneo de FOP fue un procedimiento seguro y con complicaciones menores en nuestro medio. Aunque no observamos episodios de recurrencia de ACV/CIT, se requiere un seguimiento más prolongado para evaluar esta posibilidad.

Trabajo Libre Nº9

SEGURIDAD DE LA BIVALIRUDINA COMO TRATAMIENTO COADYUDANTE EN LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA.

Dr. RIZZONE, Sebastian | Dr. ZOLORSA, Sergio | BORDENAVE, Alvaro | DINANNO, Daniel
COMPLEJO MEDICO DE LA POLICÍA FEDERAL ARGENTINA "CHURRUCA-VISCA"

Objetivos: Existen en la actualidad diversos farmacos coadyuvantes para el tratamiento endovascular de los síndromes coronarios agudos. Entre los mas utilizados en nuestro medio podemos mencionar a la heparina sodica, la cual se constituyo en el tratamiento de elección debido a su bajo costo y alta eficacia. En la ultima decada los antitrombinicos directos han tomado relevancia dentro del arsenal terapeutico coadyuvante. Este tipo de fármacos actúan bloqueando en forma directa a la trombina, uno de los integrantes de la cascada de la coagulación. El objetivo es evaluar la tasa de complicaciones hemorrágicas en pacientes sometidos a angioplastia coronaria tratados con bivalirudina o heparina sódica, como asi también distintos factores epidemiológicos e inherentes al procedemiento.
Materiales y Métodos: Es un estudio retrospectivo, donde se incluyeron 292 pacientes (p) desde enero de 2007 a diciembre de 2011 mayores de 18 años que fueron sometidos a angioplastia coronaria de uno o multiples vasos a quienes se les administro bivalirudina o heparina sodica. Todos los pacientes recibieron como tratamiento aspirina y clopidogrel previo a la angioplastia, los cuales continuaron con aspirina 100 mg/dia y clopidogrel 75 mg/dia al menos por 30 dias.La bivalirudina fue administrada con un bolo de 0,75 mg/kg, seguida de una infusión continua con 1,75 mg/kg por el tiempo de duracion del procedimiento. En los pacientes que presentaron alteración en las cifras de creatinina se utilizo una dosis continua de 1,75 mg/kg/hora. La heparina sodica se indico en un bolo de 75 UI/kg, por única vez, una vez realizada la puncion arterial y colocado el introductor para realizar el procedimiento.
Resultados: Se incluyeron 292 pacientes con los siguientes datos epidemiológicos: tabaquistas 64%, dislipemicos 33%, hipertensos 66%, diabeticos 34%, obesidad 40%, sedentarios 55%, con stents farmacológico 42,25%, stents sin fármacos 40,85%, y el uso combinado de ambos solo el 7,04%, el 49,36% recibió bivalirudina y los restantes heparina sodica. La tasa de sangrado total fue de 2,4% (7 p) 6 para el grupo bivalirudina y 1 para el grupo heparina. Tanto la diabetes, la obesidad, el tipo de stents, la duración del procedemiento (promedio 52 minutos) como asi también el tipo de antitrombinico utilizado, no evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes con sangrado respecto de los que no tuvieron el evento.
Conclusiones: Tanto la heparina sodica como la bivualirudina son drogas seguras, que no muestran una diferencia significativa sobre la tasa de sangrado, como tampoco se evidencian factores predisponentes para el mismo, ya sea por las características epidemiologicas de los pacientes o de factores relacionados al procedimiento.

Trabajo Libre Nº10

ANGIOPLASTIA CAROTIDEA Y STENTING SIN LA UTILIZACIÓN DE DISPOSITIVOS DE PROTECCIÓN CEREBRAL - NUESTRA EXPERIENCIA EN 200 PACIENTES

DR. SAPINO, Roberto | DR. RODRIGUEZ SAAVEDRA, Aldo | DR. SAMAJA, Gustavo | DR. COSTELLO, Ramiro | Dra. ACOSTA, Marisa Malvina - **HOSP. DE ALTA COMPLEJIDAD JUAN DOMINGO PERON - FORMOSA - INSTITUTO CARDIOVASCULAR RAWSON**

Objetivos: Evaluar los resultados inmediatos y alejados obtenidos con el implante de stent carotídeo sin protección cerebral
Materiales y Métodos: Entre Enero de 2004 y Febrero de 2011 se trataron en forma consecutiva 200 pacientes (ptes.) con enfermedad carotidea obstructiva (ECO) y se implantaron 204 stents sin la utilización de sistemas de protección cerebral. Las indicaciones para el tratamiento fueron: Estenosis carotídea sintomática > al 50 % 137 ptes. y Estenosis carotídea asintomática > al 70 % 63 ptes. El 72 % de la población fueron hombres. La edad promedio fue 68 años (41-88). La enfermedad bilateral se presentó en 9 ptes. siendo tratados en tiempos diferidos. Se efectuaron además Angioplastias coronarias en 6 ptes. realizándose ambos procedimientos en el mismo acto. Los factores de riesgo cardiovasculares asociados se presentaron en los siguientes porcentajes: Tabaquismo 60%, Diabetes 50%, Hipertensión arterial 43%, Dislipidemia 42%, La vía de abordaje para la realización de este procedimiento fue: Femoral 185 ptes., Humeral 3 ptes., y Punción directa carotidea 12 ptes. Predilatación y/o postdilatación fue realizada en pocos casos especiales.
Resultados: El Éxito Técnico (definido como la posibilidad de desplegar el stent en el sitio de la estenosis y una lesión residual menor al 30%) fue del 100%. El Éxito Clínico (definido como el Éxito Técnico sin la presencia de Stroke, IAM o Muerte) fue del 97.2 %. La mortalidad hospitalaria fue de 1 pte. (0.5%) ocurrida al tercer día post angioplastia debido a un Infarto Agudo de Miocardio. En el seguimiento a 30 días y 12 meses, la mortalidad fue de 1 pte. (0.5%) y no estuvo relacionada al procedimiento. Por lo tanto la mortalidad total fue del 1%. No hubieron casos de Stroke Mayor y solo 4 ptes. (2%) presentaron Ataques isquémicos transitorios. Complicaciones vasculares mayores: 1 pte. (0.5%) quien presentó una disección y perforación de carótida común, en un caso de punción directa, resuelto satisfactoriamente con insuflaciones prolongadas y el implante de un stent adicional. La incidencia de Reestenosis en este grupo de ptes. entre el 3º y 6º mes fue del 1.65% y se trataron exitosamente con angioplastia con balón.
Conclusiones: El Éxito Técnico (definido como la posibilidad de desplegar el stent en el sitio de la estenosis y una lesión residual menor al 30%) fue del 100%. El Éxito Clínico (definido como el Éxito Técnico sin la presencia de Stroke, IAM o Muerte) fue del 97.2 %. La mortalidad hospitalaria fue de 1 pte. (0.5%) ocurrida al tercer día post angioplastia debido a un Infarto Agudo de Miocardio. En el seguimiento a 30 días y 12 meses, la mortalidad fue de 1 pte. (0.5%) y no estuvo relacionada al procedimiento. Por lo tanto la mortalidad total fue del 1%. No hubieron casos de Stroke Mayor y solo 4 ptes. (2%) presentaron Ataques isquémicos transitorios. Complicaciones vasculares mayores: 1 pte. (0.5%) quien presentó una disección y perforación de carótida común, en un caso de punción directa, resuelto satisfactoriamente con insuflaciones prolongadas y el implante de un stent adicional. La incidencia de Reestenosis en este grupo de ptes. entre el 3º y 6º mes fue del 1.65% y se trataron exitosamente con angioplastia con balón.

Trabajo Libre Nº11

ANGIOPLASTIA CORONARIA CON STENTS FARMACOLÓGICOS A MÚLTIPLES VASOS. NUESTROS RESULTADOS.

DR. GOMEZ MORENO, Jose | Dra. ACOSTA, Marisa Malvina | DR. MORENO, Norberto | DR. AGUIRRE, Atilio | DR. CASTRO, Guillermo | DRA. LÓPEZ, Gloria | DRA. GUASTALLA, Graciela | DR. QUINTANA, Luis
HEMOFOR SRL . SERVICIO PRIVADO DE HEMODINAMIA

Objetivos: Evaluar los resultados inmediatos y al año de angioplastia a vasos con stents farmacológicos, en servicio privado de Hemodinamia de Formosa.
Materiales y Métodos: Angioplastia con Stents farmacologicos a multiples vasos en pacientes con rechazo informado a la revascularizacion quirurgica, con enfermedad arterial coronaria severa de dos o más vasos principales con estenosis mayor al 70%, sintomáticos (Angor o equivalentes), pruebas evocadoras de isquemia positivas (Eco stress o perfusión miocárdica) con defectos de perfusión en dos o más segmentos. Se realizaron Score Syntax previo al Tto, prevención de NIC (N-A-Cisteina) desde 48 hs antes de la angioplastia (score Mehran elevado), AAS 100 mg y Clopidogrel Carga. 600mg, re-carga 600mg post- ptca, 150 mg /día por 7 días y 75mg / día por 1 año. Se trataron los ramos principales y ramos secundarios (de 2.5 mm o + de diámetro) con Stents farmacológicos liberados a alta presión (18 – 24 atmosferas), técnica de Stent directo y T-Stenting en los casos requeridos. Se realizo el seguimiento d los pacientes clínicamente por un año. La población fue:Hombres: 112 ptes; DBT II: 78 ptes. (12 insulino-requiriente.); Tabaquistas. 58 ptes; HTA: 121 ptes; DLP: 102 Ptes.; Edad promedio 58 años (32-84); Score Syntax Bajo. <23: 35 ptes, Intermedio: 75 ptes, Alto: 18. N° promedio de vasos tratados: 3; N°promedio de stents: 4 y un máximo de 5; Presión máxima de liberación: 24 atmósferas. (80% de los implantes). Volumen Promedio de Contraste por procedimiento: 225 ml (150-300)
Resultados: Éxito angiográfico primario: 100% (considerado con ausencia de complicaciones locales como disección, rotura, Flujo TIMI 0 al final del procedimiento y estenosis residual menor al 30 %
Éxito Clínico primario: 100% (considerado como ausencia de angor y/o equivalente, ACV, infarto)
Complicaciones: Hematoma en sitio de punción (femoral) 4. NIC: 3; HD: 0; ACV:0(al alta y al mes); IAM: intra-hospitalario0; Mortalidad hospitalaria:0; Trombosis aguda del Stent:0
En la evaluación al año: Mortalidad: 2 ptes (1 pte.fem. - ACV Isquémico ; 1 pte. masc.- muerte súbita ; Trombosis tardía: 2, hombres (suspensión del Clopidogrel por más de 10 días. 3 ptes (2.3%) necesitaron internación por evento cardiovascular (SCASEST) y de ellos sólo uno requirió nueva revascularización por progresión de la enfermedad distal a Stent previamente implantado. El 98,5 % de los pacientes cumplió el año de tratamiento con Clopidogrel 75 mg /día a pesar del nivel socio económico de los pacientes que se atribuye a la concientización del paciente de la importancia del tratamiento y el apoyo con provisión de medicación en aquellos con mayores dificultades económicas.
Conclusiones: La población de pacientes que correspondía al rango de score Syntax intermedio presentó resultados angiográficos y clínicos exitosos; y aquellos con Score Syntax elevado con severa calcificación de los vasos y lesiones de bifurcación no presentaron mayor índice de complicaciones a pesar de haber requerido técnicas más complejas como cutting balón, pre dilatación a alta presión, máx. presión de liberación del Stent y T-Stenting para lograr los resultados exitosos. La tasa de complicaciones menores y mayores fueron equiparables a los centros de terapéuticas Endovasculares de gran volumen de pacientes. Consideramos que asegurar una buena aposición del Stent con liberación a alta presión asegura la baja incidencia de re-estenosis intrastent sin aumento de la tasa de complicaciones locales en nuestra serie de ptes. El acompañamiento y seguimiento del paciente en el postoperatorio mediato y alejado asegura el cumplimiento de la terapéutica anti- agregante a largo plazo.

Trabajo Libre Nº12

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LOS ANEURISMAS TORACO-ABDOMINALES. EXPERIENCIA INICIAL CON ENDOPROTESIS FENESTRADAS

Dr. ESCORDAMAGLIA, Sergio Alejandro | Dr. FERREIRA, Luis Mariano | GARRIDO, Gustavo | ALLENDE, Jose | LA MURA, Antonio Ricardo | Dr. INGINO, Carlos A. | Dr. LOPEZ, Federico Daniel
CLÍNICA SAGRADA FAMILIA

Objetivos: Evaluar la factibilidad de tratamiento endovascular de aneurismas con anatomía compleja.
Materiales y Métodos: La anatomía desfavorable de un cuello aórtico proximal representa actualmente la principal causa de exclusión de paciente para la utilización de dispositivos estándar, el desarrollo de dispositivos endovasculares para tratar aneurismas de aorta que involucran ramas viscerales aparecen como una alternativa válida para reducir la morbi-mortalidad asociada con los procedimientos convencionales. Se presenta la experiencia inicial en la utilización de endoprótesis producidas a medida, construidas en base a información extraídas de imágenes de alta definición tomográfica. Los pacientes fueron evaluados clínicamente y con AngioTAC o Eco doppler previamente y luego de la implantación del dispositivo
Resultados: 7 pacientes con aneurismas supra/ yuxtarrenales fueron tratados en forma endovascular con injertos producidos a medida (ZENITH COOK) mediante fenestraciones (aberturas en la prótesis). No se registró mortalidad. Fue utilizada anestesia regional (con protección medular) en 6 pacientes y en el restante anestesia general. Todos los pacientes eran de alto riesgo para cirugía abierta con comorbilidades clínicas como EPOC, arritmias y enfermedad coronaria estable. Edad media 73.1 (65-85 años). Tamaño del aneurisma 60.5 (53-74 mm). Tiempo medio quirúrgico 340 minutos (270-450). Estancia hospitalaria 6.28 (3-11). Todas las endoprótesis fueron implantadas con éxito, excepto un paciente con imposibilidad de acceso por remplazo aortobifemoral previo. Fueron revascularizados 19 vasos viscerales. 10 arterias renales principales, 6 arteria mesentérica superior (AMS) y 2 Tronco celíaco. Sólo una arteria renal principal no pudo ser canulada y se optó por canular una acccesoria. El dispositivo mas comúnmente utilizado fue 2 fenestraciones para ambas renales y un "scalop" para la AMS. No se realizaron reintervenciones y en el seguimiento (8 meses) con controles tomográficos y ecográficos se constataron permeables los vasos involucrados y el aneurisma excluído. Se registraron complicaciones menores como IRC reagudizada e íleo prolongado, pero ambas revirtieron en los primeros días del postoperatorio.
Conclusiones: El tratamiento endovascular de los aneurismas de aorta yuxta- o suprarrenales es técnicamente factible, aunque requiere de una mayor tecnología, entrenamiento, materiales específicos y cuidados perioperatorios que superan al tradicional tratamiento endoluminal de los aneurismas de aorta.

Trabajo Libre Nº13

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LOS ANEURISMAS POPLITEOS

Dr. ESCORDAMAGLIA, Sergio Alejandro | Dr. FERREIRA, Luis Mariano | GARRIDO, Gustavo | ALLENDE, Jose | Dr. INGINO, Carlos A. | LA MURA, Antonio Ricardo | Dr. LOPEZ, Federico Daniel
CLÍNICA SAGRADA FAMILIA

Objetivos: Evaluar los resultados a largo plazo para REVAP.
Materiales y Métodos: Los Aneurismas de la arteria poplítea tradicionalmente han sido reparados mediante un procedimiento quirúrgico abierto. Sin embargo, la reparación endovascular arteria poplítea (REVAP) se ha utilizado en pacientes seleccionados debido a su naturaleza menos invasiva.
Se trata de una revisión retrospectiva de todos los pacientes que se sometieron a REVAP en una sola institución académica entre diciembre de 2008 a marzo de 2012. Estos pacientes fueron evaluados para determinar la permeabilidad de la endoprótesis, la presencia de endoleak, la necesidad de una intervención secundaria y la sobrevida global y libre de amputación.
Resultados: Un total de 23 miembros en 21 pacientes fueron tratados mediante REVAP durante el período de estudio. Todos los procedimiento se realizaron mediante la colocación de una endoprótesis Viabahn® (Gore, Flagstaff, AR, USA) con un promedio de 1.2 stents por extremidad. La edad media de los pacientes fue de 72 años (rango, 66-84). El éxito técnico se consiguió en el 100%. Los dos criterios de selección fueron al menos dos vasos de salida, y una diferencia del diámetro arterial de los sitios de anclaje proximal a distal no mayor del 30%. El tiempo medio de seguimiento fue de 22 meses. Dos pacientes fallecieron por causas no relacionadas a las 9 y 32 meses. No se detectaron endoleaks durante el seguimiento. La tasa de permeabilidad primaria es del 100%. No hubo casos de pérdida de miembro durante el período de seguimiento, dando tanto la sobrevida libre de amputación y las tasas de sobrevida general de 91.3%.

Conclusiones: Con adecuados resultados en el seguimiento a largo plazo el REVAP parece ser una alternativa adecuada en pacientes seleccionados, acompañada de excelentes tasas de permeabilidad y preservación de la extremidad. Es fundamental una correcta preselección anatómica para obtener buenos resultados.

Trabajo Libre Nº14

EL TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE LAS OCLUSIONES CRÓNICAS COMPLETAS DE LA ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL.

Dr. ESCORDAMAGLIA, Sergio Alejandro | Dr. FERREIRA, Luis Mariano | GARRIDO, Gustavo | ALLENDE, Jose | Dr. INGINO, Carlos A. | LA MURA, Antonio Ricardo | Dr. LOPEZ, Federico Daniel
CLÍNICA SAGRADA FAMILIA

Objetivos: Evaluar la factibilidad de tratamiento endovascular en oclusiones crónicas completas en el sector femoro-poplíteo.
Materiales y Métodos: Sobre un total de 44 pacientes, la técnica de angioplastia fue subintimal o intraluminal de acuerdo a preferencia del operador. Los pacientes fueron preseleccionados de acuerdo a los hallazgos angiográficos intra-operatorios. La ausencia de un segmento inicial de la AFS, la falta de recanalización a nivel poplíteo o la calcificación fueron criterios de exclusión.
Resultados: Veinte pacientes presentaban claudicación invalidante y el resto isquemia severa de MMII. Hubo 4 fallas iniciales (tres por imposibilidad de entrada y uno por imposibilidad de reentrada). En 11 pacientes el compromiso fue también de la arteria poplítea supra-articular. En 39 pacientes el abordaje fue contralateral. En todos los pacientes se usó stent auto-expandible. La longitud promedio de la lesión fue de 190.2mm, teniendo 7 pacientes tres vasos de salida, 18 pacientes 2 vasos y 19 1 sólo vaso de salida. Nueve pacientes (20.4%) desarrollaron una re-estenosis durante el seguimiento. Siete fueron reintervenidos (4 angioplastias y dos by pass) y dos permanecen asintomáticos.

Conclusiones: La angioplastia femoral en patología OCLUSIVA tiene una tasa de éxito técnico inicial cercana al 90%, si se preselecciona adecuadamente al paciente. Probablemente los sistemas de reentrada puedan aumentar la tasa de éxito. Este tipo de procedimientos requiere además de una importante inversión en tiempo y materiales. Por otro lado, nuevas tecnologías (stents recubiertos con heparina o stents farmacológicos) podrán ayudarnos a disminuir la tasa de re-estenosis cercana al 20%.

Trabajo Libre Nº15

DETERMINACIÓN DE LA FUNCIÓN ENDOTELIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PERIODONTAL SEVERA

Dra. RUBIO, Maria Del Carmen | COSTA, Osvaldo | NIETO, Mauricio | DE LA CRUZ, Gabriela | SARUDIANSHY, Andrea | NIOLOSI, Liliana
HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UBA

Introducción: Hay evidencia que permite establecer que la enfermedad periodontal (EP) podría desempeñar algún rol como factor de riesgo independiente de arterioesclerosis. Los mecanismos permanecen poco claros pero se ha demostrado que los procesos inflamatorios deterioran la función del endotelio vascular (FEV), siendo su disfunción uno de los mecanismos involucrados en el desarrollo de la placa de ateroma que conduce a la arteriopatía y compromete entre otras a las arterias coronarias. La EP es una patología infecciosa del periodonto (tejidos de sostén de las piezas dentarias) que genera una respuesta inflamatoria crónica que podría modificar la FEV con alto impacto epidemiológico por su elevada prevalencia en la población.
Objetivo: Establecer si la enfermedad periodontal deteriora la función del endotelio vascular
Materiales y Métodos: Se conformaron dos grupos: con EP severa (casos) y sin EP severa (controles). En el grupo con EP se incluyeron pacientes con un mínimo de 10 piezas dentarias donde al menos el 50% de estas cumplía con criterios diagnósticos de EP severa, (sangrado al sondaje positivo, profundidad al sondaje mayor a 5 mm y pérdida de inserción superior a 5 mm).
El grupo control incluyó individuos periodontalmente sanos. Se excluyeron pacientes con enfermedad cardiovascular conocida, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, tabaquismo, patología infecciosa aguda, procesos inflamatorios, neoplásicos, insuficiencia renal, mujeres embarazadas y todo aquel que estuviera recibiendo algún tipo de tratamiento farmacológico. A ambos grupos se les efectuó la medición basal de la FEV determinando el porcentaje de dilatación de la arteria humeral mediada por flujo post isquemia, en ayunas y en las primera horas de la mañana. Se realizó un análisis comparativo de la FEV entre ambos grupos en estudio.
Resultados: Ingresaron 43 pacientes. En el grupo con EP severa 21 paciente con edades de 50.11± 6.75 años, el 57.1% hombres, con una media de FEV de 11.87± 3.06 % (IC 10.47-13.26) y en el grupo sin EP severa 22 controles, con edades de 51.31 ± 7.84 años, 54% hombres, con una media de FEV de 16.98 ± 1.96 % (IC 95%, 16.11-17.84) . No hubo diferencias en cuanto a la edad y sexo. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la FEV entre ambos grupos (p< 0.0001).
Conclusiones: 1)Los pacientes con enfermedad periodontal severa presentaron un deterioro estadísticamente significativo de la función del endotelio vascular, al ser comparados con un grupo control sin enfermedad periodontal. 2) La función del endotelio vascular en los pacientes con enfermedad periodontal severa se encontraba el los límites inferiores de la normalidad.

Trabajo Libre Nº16

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN CABA Y CONURBANO

Dr. ACUÑA, Luciano Raul | GIMENEZ, Juan Carlos | GIMENEZ, Luisa | PIWEN, María Cristina | MITELMAN, Jorge - **INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD FUNDACIÓN H. A. BARCELO - LIGA DE LUCHA Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (LLUPRECA)**

Objetivos: Caracterizar cualitativamente y cuantitativamente los principales factores de riesgo cardiovasculares. Determinar su prevalencia de acuerdo a edad, sexo y estilos de vida. Constatar la asociación entre diversos factores de riesgo cardiovasculares. Identificar pautas de comportamiento y estilos de vida que aumenten el riesgo de enfermedad cardiovascular.
Materiales y Métodos: Se diseño un estudio epidemiológico a través de una encuesta de salud transversal, con diseño muestral aleatorio y estratificación proporcional al tamaño de la población por grupo etario, sexo y nivel socioeconómico. Para el registro de datos se utilizó el interrogatorio presencial realizado por docentes y alumnos de APS III de la Carrera de Medicina, Fundación H. A. Barceló. La población objetivo fueron individuos de ambos sexos residentes en CABA y Conurbano. El cuestionario comprendía preguntas sobre caracterización del entrevistado, nivel socioeconómico (NSE) del hogar, tabaquismo, actividad física y antecedentes mórbidos personales y familiares. Se constataron variables biológicas en el momento de la encuesta. Se dividieron subgrupos etarios por décadas con el mismo número de individuos en cada una y con un 50% de cada sexo. Las variables con distribución normal fueron analizadas con Test de ANOVA mientras que las no-normal se analizaron con test de Kruskal-Wallis.
Resultados: Se encuestó a 1026 individuos, con residencia en CABA 62%. Rango de edad: 17 a 92 años. Promedio 51,95 años. Hipertensión Arterial (HTA) prevalencia 28,75%. El 55,25% eran hombres. Ambos padres con HTA: hipertensos: 25,42%, Población general: 14,68%. El 55% de Hipertensos fumadores sigue fumando. Tabaquismo: prevalencia 28%. El 59% eran hombres. Promedio de edad de inicio: 18 años para ambos sexos. Consumo diario: 12,7 cig/día para ambos sexos. Fuma +20 cig/día el 28%. Ex fumadores 17,25%. El 8% de no fumadores es fumador pasivo. La clase social baja consume más tabaco que la población general 32,71% - 28% (p<0,02). Obesidad: prevalencia 22%. El 55,75% de sexo masculino. Actividad física en Obesos: 28,44% y población general 48,06% (p<0,01). En población de obesos la prevalencia de HC 28% y DBT 14,66% es mayor que la población general 16,82% y 7,85%, respectivamente (p<0,01). Hipercolesterolemia (HC) 28%. La asociación HC y Obesidad fue mayor en la década de los 50 años que 40 años: Obesidad 13,90%/11,90%. HC 17,39%/7,93% La asociación HTA y Obesidad se halló en el 6,03% de la población. La asociación de HTA, Obesidad y HC sólo se constató en el 2,52%. La HTA, la DBT y la HC aumentan su prevalencia con la edad. (p<0,01). El tabaquismo es inversamente proporcional a la edad: 35,71% <30años, 20,99% >60años. (p<0,01)
Conclusiones: La prevalencia de HTA, DBT y HC aumenta con la edad y el Tabaquismo y la Obesidad disminuye. Una de cada cuatro personas es obesa. En obesos existe el doble de porcentaje de DBT y HC que en la población general. Uno de cada cuatro hipertensos tiene padres hipertensos, en la población general uno de cada siete. El 55% de los hipertensos fumadores continúa su adicción. Entre los 40 y 60 años aumenta la Obesidad y se duplica la HC. La clase social de menos recursos tiene más prevalencia de tabaquismo. Hay más tabaquistas, hipertensos y obesos en el sexo masculino.

Trabajo Libre Nº17

INFLUENCIA DEL TIEMPO FRENTE AL TELEVISOR EN LA PREVALENCIA DE HÁBITOS NO SALUDABLES Y FACTORES DE RIESGO EN UNA POBLACIÓN DE DEPORTISTAS

Dr. GONZALEZ, Juan Martin | Dr. ROSENDE, Andres | KEMPNY, Pablo | FAILO, Matias | DUBINI, Federico | ESTIGARRIBIA, Manuel | CORTÍNEZ, Ernesto | IGLESIAS, Ricardo Mario
SANATORIO DE LA TRINIDAD MITRE

Objetivos: En nuestra sociedad se observa con creciente frecuencia una actitud sedentaria, asociada al consumo prolongado de programas de televisión. Este hábito se ha relacionado con un incremento en la morbimortalidad cardiovascular, debido a su asociación con una alimentación poco saludable y con el sobrepeso. Dicha asociación aún no ha sido estudiada en población que realiza actividad física en forma regular.

El objetivo del trabajo es evaluar la asociación entre el tiempo frente al televisor y la adopción de hábitos poco saludables junto a la prevalencia de otros factores de riesgo cardiovascular, en una población de deportistas.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, en una población de 625 individuos sin enfermedad cardiovascular que realizaban actividad física en forma regular. Se separaron en 2 grupos según el tiempo frente al televisor (mayor y menor a 4 horas/día). Se analizaron el IMC (índice masa corporal), la prevalencia de factores de riesgo vascular y de hábitos no saludables (tabaquismo y alimentación no saludable, definida como un consumo de comida chatarra y golosinas > 3 veces/semana). Se aplicaron el test de chi cuadrado y el test de Student según la variable considerada. Se estableció como diferencia estadísticamente significativa un valor de $p < 0.05$.

Resultados: Los individuos expuestos a la televisión más de 4 hs/día (n=260) tuvieron en forma estadísticamente significativa menor edad (35.0 vs 37.5 años, p<0.01) y mayor IMC (23.11 vs 22.87, p<0.01). En cambio, no se observaron diferencias significativas en cuanto a la prevalencia de tabaquismo (19.0% vs 21.0%, p 0.54), hipertensión arterial (4.2% vs 4.4%, p 0.92), dislipemia (4.6% vs 7.1%, p 0.19), diabetes (0.4% vs 0.8%, p 0.49) o alimentación no saludable (81.5% vs 81.0%, p 0.88).

Conclusiones: En contraste con los trabajos publicados en la literatura, en una población sin enfermedad cardiovascular y que realiza actividad física en forma regular, el nivel de exposición frente al televisor no se asoció en forma estadísticamente significativa con un incremento en la prevalencia de factores de riesgo y conductas no saludables.

Trabajo Libre Nº18

RELEVAMIENTO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN TRES CIUDADES DE LA PROVINCIA DE TUCUMÁN

Dra. DE LA VEGA, Bibiana Maria | PANTALENA, Silvia Patricia | Dr. TOLEDO, Ruben Arnaldo | Dr. ABDO, Leonardo Esteban
UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN- FACULTAD DE MEDICINA - DISTRITO SAC TUCUMAN

Objetivos: Determinar la prevalencia y control de los factores de riesgo cardiovascular en tres ciudades de la provincia de Tucumán.

Materiales y Métodos: Se relizaron 3 carpas saludables en la provincia de Tucumán entre los años 2010 y 2011, en conjunto con la Fundación Cardiológica Argentina. El acceso a los controles fue voluntario y espontáneo. Se realizó una encuesta diseñada por la fundación y se realizó medición de circunferencia abdominal, control de presión arterial en tres oportunidades y dosaje de colesterol total.

Se definió hipertensión arterial (HTA) a cifras > o= 140/90, hipercolesterolemia > 200mg/dl, sobrepeso a IMC 24,9 a 29,9 y obesidad 30 o más.

Resultados: Se encuestaron a 419 personas. La edad promedio fue de 51 años y el 65% eran mujeres. Sólo el 8,83% refirió tener antecedentes de enfermedad cardiovascular. Respecto a la prevalencia de factores de riesgo autoreferidos los resultados fueron: HTA 29,11% (realizan tratamiento el 68%), diabetes 9,78%, dislipemia 22,91% (el 24% realiza tratamiento), tabaquismo 23,86%. Desconocían sobre dichos factores el 12,41%, 15,75% y 19,33% respectivamente. Se calculó el Indice de Masa Corporal (IMC) con peso y altura referida por los individuos, hallándose un IMC promedio de 28,57, con una prevalencia de sobrepeso de 39,85% y de obesidad de 25%. El promedio de circunferencia abdominal fue de 97,83 cm. El 38,83% de la población tenía el colesterol por encima de 200 mg/dl. El promedio de presión arterila fue de 137/83, encontrándose valores de HTA en el 41%.

Conclusiones: En este estudio se encontró una alta prevalencia de los factores de rieso tradicionales para enfermedad cardiovascular. Si los comparamos con los datos nacionales obtenidos en la Encuesta Nacional de factores de riesgo del 2009, encontramos una prevalencia más elevada de HTA, hipercolesterolemia, sobrepeso y obesidad.

Es preocupante el bajo nivel de conocimiento y control de estos factores de riesgo de la principal causa de muerte en el mundo, sobre todo de aquellos que se encuentran directamente relacionados con el estilo de vida. Es imperativo diseñar medidas poblacionales para la promoción de hábitos saludables y para la prevención de esta enfermedad.

Trabajo Libre Nº19

NIVEL EDUCACIONAL Y CONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVACULAR EN MUJERES ARGENTINAS.

Dres. FAILO, Matías | TELLECHEA, Maria Fernanda | MASIELLO, Cecilia Paula | GRACIA, Mariana | ROLANDI, Florencia | SALVATI, Ana | HUERÍN, Melina | IGLESIAS, Ricardo Mario
PROGRAMA CORAZÓN Y MUJER - DIRECCIÓN GENERAL DE LA MUJER DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: AREA DE CAPACITACION Y PROMOCION COMUNITARIA
FUNDACIÓN CARDIOLÓGICA ARGENTINA

Objetivos: Determinar el grado de conocimiento que tienen las mujeres acerca de los factores de riesgo cardiovascular (FRC) y analizarlo según el nivel educacional alcanzado.

Materiales y Métodos: Estudio observacional de corte transversal realizado en mujeres mayores de 18 años argentinas sin enfermedad cardiovascular conocida, en la CABA, Misiones y Jujuy. Como instrumento se empleó una encuesta anónima y voluntaria para determinar si las mujeres conocían qué condiciones constituían FRC. Se compararon los resultados de acuerdo al nivel educativo alcanzado (primario vs universitario) con los test de chi cuadrado y de Student según la variable considerada. Se estableció como diferencia significativa un valor de p<0.05

Resultados: De un total de 397 mujeres, con edad promedio 46 años (18-85), el 82% consideró factor de riesgo de enfermedad cardiovascular a la hipertensión arterial, 70% al sobrepeso, 51% al sedentarismo, el 34% a la diabetes y el 56% al tabaquismo. La distribución según nivel educativo fue del 17% nivel educativo primario, 30% secundario, 35% terciario y 18% universitario. La edad de las mujeres universitarias y de aquellas con educación primaria fue similar (46 vs 52, p=0.19) Cuando se compararon las respuestas de las mujeres universitarias con aquellas con primaria como nivel educativo máximo alcanzado, se observó que las primeras tenían un mayor reconocimiento como FRC de hipertensión arterial (90% vs. 64 %, p <0.01), sobrepeso (77% vs. 58%, p=0.013) y sedentarismo (72% vs. 28%, p<0.01). No se observaron diferencias en relación al tabaquismo y la diabetes, cuyo

Considera FR cardiovascular	Universitario n (%)	Primario n (%)	P
Hipertensión arterial	65 (90)	43 (64)	<0.01
Sobrepeso	56 (77)	39 (58)	0.013
Sedentarismo	52 (72)	19 (28)	<0.01
Diabetes	27 (37)	24 (35)	0.83
Tabaquismo	48 (66)	34 (49)	0.056

grado de reconocimiento como FRC es muy bajo (ver tabla).

Conclusiones: En la población evaluada, el grado de reconocimiento de los FRC es disímil y varía según el nivel educativo. La mayoria de las mujeres, en especial las universitarias, reconocen a la hipertensión, el sedentarismo y el sobrepeso como FRC. Sin embargo, menos de 4 de cada 10 mujeres saben que la diabetes es un FRC y esto es independiente de la educación recibida.

Trabajo Libre Nº20

CONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES ARGENTINAS SEGÚN EL NIVEL EDUCACIONAL.

Dres. FAILO, Matías | TELLECHEA, Maria Fernanda | MASIELLO, Cecilia Paula | GRACIA, Mariana | ROLANDI, Florencia | KAZELIAN, Lucía | SALVATI, Ana | IGLESIAS, Ricardo Mario
PROGRAMA CORAZÓN Y MUJER - DIRECCIÓN GENERAL DE LA MUJER DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: AREA DE CAPACITACION Y PROMOCION COMUNITARIA -
FUNDACIÓN CARDIOLÓGICA ARGENTINA

Objetivos: Evaluar el grado de conocimiento que las mujeres tienen acerca de las principales causas de muerte en su propio género y analizar comparativamente si esto se ha modificado a través de los años.

Materiales y Métodos: Estudio observacional de corte transversal realizado enmujeres mayores de 18 años argentinas sin enfermedad cardiovascular conocida, en la CABA, Misiones y Jujuy. Como instrumento se empleó una encuesta anónima y voluntaria para determinar si las mujeres conocían las causas de muerte de la población femenina en nuestro país. Se compararon los resultados de acuerdo al nivel educativo alcanzado (primario vs universitario) con los test de chi cuadrado y de Student según la variable considerada. Se estableció como diferencia significativa un valor de p<0.05

Resultados: Se encuestaron 397 mujeres, con edad promedio 46 años (18-85 años). Casi la mitad de las mujeres (48%) respondió que el cáncer era la principal causa de muerte en las mujeres; 16% afirmó desconocer la respuesta, 8% contestó los accidentes de tránsito, el 1% infecciones y sólo el 26% reconoció a la enfermedad cardiovascular como primera causa. Cuando se compararon las respuestas de acuerdo al nivel educativo alcanzado; primario, con edad promedio 52 años (27-84 años),vs universitario, con 46 años promedio (22-76 años) (p 0,19); se observaron los resultados detallados en la tabla.

Consideran causa de muerte	Universitario n (%) 72 (18)	Primario n (%) 67 (17)	p
Cáncer	31 (43)	41 (61)	<0,05
Accidente de tránsito	7 (10)	2 (3)	0,10
Infecciones	2 (3)	1 (1)	0,60
Enfermedad cardiovascular	27 (37)	7 (10)	<0,01
Otras	4 (5)	1 (1)	0,19
Desconoce	6 (8)	14 (21)	<0,05

Conclusiones: A pesar de las campañas de educación llevadas a cabo en los últimos años globalmente 3 de cada 4 mujeres desconocen que la enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en la mujer. Este desconocimiento es aun mas pronunciado en las mujeres con menor nivel educativo, entre quienes solo reconocen esta realidad el 10%.

Trabajo Libre Nº21

CUIDADO DE LA SALUD CARDIOVASCULAR EN LA MUJER ARGENTINA SEGÚN NIVEL EDUCACIONAL

Dres. FAILO, Matias | TELLECHEA, Maria Fernanda | MASIELLO, Cecilia Paula | GRACIA, Mariana | VASINO, Cristina | SALVATI, Ana | IGLESIAS, Ricardo Mario - PROGRAMA CORAZÓN Y MUJER - DIRECCIÓN GENERAL DE LA MUJER DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: AREA DE CAPACITACION Y PROMOCION COMUNITARIA - **FUNDACIÓN CARDIOLÓGICA ARGENTINA**

Objetivos: Determinar si el nivel educativo influye en el cuidado de la salud cardiovascular de la mujer.

Materiales y Métodos: Estudio observacional de corte transversal realizado en mujeres mayores de 18 años argentinas sin enfermedad cardiovascular conocida, en la CABA, Misiones y Jujuy. Como instrumento se empleó una encuesta anónima y voluntaria para determinar si las mujeres tenían conocimiento de sus valores de tensión arterial (TA), glucemia y colesterol; y se registraron los hábitos alimentarios y la realización de actividad física regular. Se compararon los resultados de acuerdo al nivel educativo alcanzado (primario vs universitario) con los test de chi cuadrado y de Student según la variable considerada. Se estableció como diferencia significativa un valor de p<0.05.

Resultados: Se incluyeron 397 mujeres, con edad promedio 46 años (18-85) y con la siguiente proporción de nivel educativo: primario 17%, secundario 30%, terciario 35% y universitario 18%. No se observaron diferencias entre las mujeres universitarias y aquellas con educación primaria en cuanto a la edad (46 vs 52 años, p=0.19). Las mujeres universitarias tenían mayor grado de conocimiento de sus valores de tensión arterial (81% vs 59%, p<0.01), glucemia (75% vs. 35%, p<0.01) y colesterol (79% vs. 36%, p<0.01). Además, comparadas con las mujeres con instrucción primaria, las universitarias realizaban más actividad física (46% vs. 21%, p<0.01), y referían consumir menos sal (68% vs. 86%, p<0.01) y más comida saludable (83% vs. 54%, p<0.01). El IMC era menor en las universitarias si bien esta diferencia no fue significativa (24.7 ± 4.5 vs. 27.4 ± 4.8, p=0.34) como tampoco la proporción de mujeres que refirió consumir "comida chatarra" (8% vs 10%).

Conclusiones: En el grupo de mujeres estudiado se encontró una asociación entre el nivel educativo y el cuidado de la salud cardiovascular, entendiendose como tal al conocimiento de los propios valores de TA, glucemia y colesterol así como la realización de actividad física y el consumo de una dieta saludable.

Trabajo Libre Nº22

RIESGO QUIRÚRGICO CARDIOVASCULAR: ASOCIACIÓN ENTRE PREDICTORES MENORES Y EVENTOS POSTOPERATORIOS

Dr. CINTORA, Federico Matias | Dr. DI CIO GIMENA, Alejandro | Dr. SARDAN RENGEL, Omar Yerko | Dr. LOPEZ VILLANUEVA, Victor Hugo | Dra. CHAVIN, Carolina | Dra. NOWICKY, Sabrina Yael | Dr. DOMINGUEZ, Claudio Hugo | Dr. VAZQUEZ BLANCO, Manuel
HOSPITAL DE CLÍNICAS - JOSÉ DE SAN MARTÍN - UBA

Objetivos: evaluar si existe asociación entre la presencia los predictores menores (PM) de riesgo postulados en las "Guías de Evaluación Perioperatoria para Cirugía No Cardíaca" de American Heart Association de 2007 (BCRI, hipertrfia vetricular izquierda, alteraciones de la repolarización y ritmo no sinusal) y la ocurrencia de eventos cardiovasculares mayores (ECVM) o muerte en una población de pacientes internados para cirugía no cardíaca.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohortes, retrospectivo, mediante el registro de todos los riesgos quirurgicos (RQ) para cirugía no cardíaca consecutivos, realizados entre Mayo de 2008 a Junio 2010 en pacientes (P) internados en nuestra institución. Se dividió a la población en dos grupos según presencia de PM. Grupo 1: ausencia de PM y Grupo 2: presencia de 1 o más PM. Se evaluó la incidencia de ECVM (compuesto por IAM, insuficiencia cardíaca descompensada, ACV y shock cardiogénico), mortalidad hospitalaria postoperatoria y un punto final combinado de ECVM y muerte. Para el análisis estadístico de variables discretas se utilizó el Chi2 y se consideró significativo un valor de p<0,05.

Resultados: Se analizaron 420 pacientes, 42,4% sexo masculino, mediana de edad 70 (RIC 52-81), 320 pacientes (76,2%) pertenecieron al Grupo 1 y 100 (23,8%) al Grupo 2. La cirugía propuesta fue de alto riesgo en 28% y de moderado riesgo en 41%. La prevalencia individual de los PM fue: BCRI 4,3%, alteraciones de repolarización 8,9%, hipertrofia ventricular izquierda 9% y ritmo no sinusal 8,7%. La mortalidad hospitalaria en postoperatorio fue 5,2% (22P) y la incidencia de ECVM fue 3,8% (16 P). El punto final combinado de ECVM o muerte ocurrió en 30 P (7%). En el Gráfico 1 se muestra la incidencia de ECVM, muerte y punto final combinado en ambos grupos. La incidencia de ECVM fue significativamente mayor en el Grupo 2 [7,6 vs 2,5%; p=0,01; OR 3.4 (1,2-9,2)] y lo mismo sucedió con el punto final combinado de ECVM y muerte [11,4% vs 5,5%; p=0,03; OR 2,3 (1,1-4,9)]. La mortalidad hospitalaria fue mayor en el Grupo 2 aunque no alcanzó significación estadística.

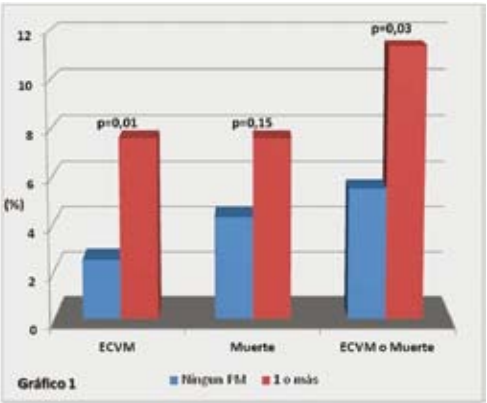


Gráfico 1

Conclusiones: La presencia de uno o más PM se asoció con mayor tasa de ECVM y muerte intrahospitalaria. Es necesario profundizar el estudio de estos predictores para definir su utilidad en la valoración del riesgo cardiovascular para cirugía no cardíaca.

Trabajo Libre Nº23

CALIDAD DE ATENCIÓN EN PREVENCIÓN SECUNDARIA EN CONSULTORIOS EXTERNOS DE CARDIOLOGÍA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Dr. CINTORA, Federico Matias | Dr. RISSO, Gustavo Daniel | Dr. DI CIO GIMENA, Alejandro | Dra. GRAGNOLATTI, Gilda Luciana | Dra. BUCAY, Claudia Gabriela | Dra. AQUIERI, Analia Beatriz | Dr. VAZQUEZ BLANCO, Manuel - **HOSPITAL DE CLÍNICAS - JOSÉ DE SAN MARTÍN - UBA**

Objetivos: describir las características clínicas y calidad del tratamiento de los pacientes atendidos para prevención secundaria de enfermedad aterosclerótica cardiovascular (EACV) en consultorios externos (CE) de un hospital universitario.

Materiales y Métodos: se realizo un estudio de corte transversal, mediante revisión de historias clínicas de todos los pacientes que consultaron en forma programada al CE vespertino de cardiología en un Hospital Universitario de la Ciudad de Buenos Aires durante el mes de Octubre de 2011. Se incluyó a los pacientes con evidencia de enfermedad aterosclerótica en al menos 1 territorio vascular y se evaluó la tasa de uso de fármacos y el cumplimiento de metas terapéuticas para colesterol LDL y tensión arterial (TA) en prevención secundaria. Se excluyeron los pacientes con valvulopatía severa, cardiopatías congénitas, miocardiopatía dilatada de causa no coronaria, oncológicos con pronóstico de sobrevida menor a 1 año y embarazadas.

Resultados: Se registraron 297 consultas programadas de las cuales 13 pacientes cumplían al menos 1 criterio de exclusión, 192 eran candidatos a prevención primaria y 92 a prevención secundaria. En la Tabla 1 se describen las características de la población respecto a factores de riesgo y EACV.

La tasa de uso de fármacos fue: AAS 88,8%, BetaBloqueantes: 93,5%, Estatinas: 87%, IECA o ARA2: 81,5% y Clopidogrel 4,3%. La dosis media de estatinas fue equivalente a 36,7mg (±20,1) de simvastatina. La tasa de cumplimiento de la meta de LDL<100mg/dl fue 67,7%, aunque solo 17,7% alcanzó el nivel de LDL <70mg/dl. Respecto a la TA, 73,6% de los pacientes tenían <140/90mmHg.

Tabla 1. Carácteristicas de la Población	N	%
Total	92	100
Edad [Media (DS)] 74,7 (±8,4)		
Edad >75 años	47	51
Sexo Masculino	52	56
Factores de Riesgo Cardiovascular	**N**	**%**
HTA	73	79,3
Dislipemia	45	48,9
Diabetes	27	29,3
Tabaquismo	8	8,7
Ex Tabaquista	41	44,6
Antecedentes de Enfermedad CV	**N**	**%**
Enfermedad Coronaria	70	76,1
Angina Cronica Estable	11	12
IAM o Angina Inestable	56	60,9
Angioplastia Coronaria	26	28,3
CRM	17	18,5
Enferedad Vascular Periferica	10	10,9
Enfermedad Carotidea	4	4,3
Aneurisma de Aorta	7	7,6

Conclusiones: En esta población predominantemente añosa, la tasa de uso de farmacos indicados en prevención secundaria de EACV fue elevada. A pesar de ello, un tercio de los pacientes tuvieron LDL mayor a la meta terapéutica y más del 25% de los pacientes persistían con HTA no controlada. Si bien comparado con registros internacionales estas cifras son satisfactorias, todavía es necesario profundizar la concientización de medicos y pacientes para obtener un óptimo nivel de control de estos factores de riesgo.

Trabajo Libre Nº24

EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS PARA PREVENCIÓN SECUNDARIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PLAN DE CIRUGÍA NO CARDIACA

Dr. SARDAN RENGEL, Omar Yerko | Dr. CINTORA, Federico Matias | Dr. LOPEZ VILLANUEVA, Victor Hugo | Dr. DI CIO GIMENA, Alejandro | Dra. NOWICKY, Sabrina Yael | Dra. CHAVIN, Carolina | Dr. DOMINGUEZ, Claudio Hugo | Dr. VAZQUEZ BLANCO, Manuel
HOSPITAL DE CLÍNICAS - JOSÉ DE SAN MARTÍN - UBA

Objetivos: evaluar la tasa de utilización de fármacos con indicación Clase I para prevención secundaria de enfermedad cardiovascular en una población de pacientes (P) internados en plan de cirugía no cardíaca referidos para evaluación cardiológica preoperatoria.

Materiales y Métodos: estudio descriptivo, de corte transversal, mediante el registro de todas las evaluaciones de riesgo quirúrgico cardiovascular (RQC) en P internados para cirugía no cardiaca, realizados entre Mayo de 2008 y Junio de 2010 en nuestra institución. Se evaluó mediante interrogatorio y revisión de la historia clínica la prevalencia de cardiopatía isquémica (CI), insuficiencia cardíaca (ICC) y accidente cerebrovascular (ACV) isquémico y se registró el tratamiento habitual previo a la internación. Se analizó tasa de utilización de fármacos con indicación Clase I en estas patologías en la población total y según sexo y edad (>75 años vs <75años). Para el análisis de variables categóricas se utilizó el Chi2 y se consideró significativo un valor de p<0,05.

Resultados: Se realizaron 796 evaluaciones prequirúrgicas, 44.6% sexo masculino, la mediana de edad fue 69 años (RIC 52-80), 37.1% mayores de 75 años. La prevalencia de CI fue 8,2% (66P), la de ICC 8,8% (70P) y la de ACV isquémico 7% (58P). En la Tabla 1 se resumen los resultados.

De los P con antecedente de CI, 60% recibía AAS, 63% betabloqueantes y 38% estatinas. En el grupo de P con antecedente de IC la tasa de uso de betabloqueantes fue 54% al igual que la de IECA o ARA2. De los P con antecedente de ACV 41% recibía AAS, 48% IECA o ARA2 y 19% estatinas. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la tasa de utilización de los distintos fármacos cuando se analizo por sexo y edad.

Conclusiones: En esta población de pacientes internados en plan de cirugía no cardíaca, referidos para evaluación del RQC, la tasa de uso de fármacos indicados para prevención secundaria de enfermedad cardiovascular estuvo por debajo de los valores deseables. La consulta cardiológica para RQC debe ser una oportunidad para la optimización del tratamiento en pacientes con patología cardiovascular a fin de disminuir el riesgo global y mejorar el pronóstico a largo plazo.

Tabla 1. Tasa de uso de fármacos en la población total y según sexo y edad			SEXO			EDAD		
			Masc	Fem		<75	>75	
	N	%	%	%	P	%	%	P
Cardiopatía Isquémica	**66**	**8,2**	**60**	**40**		**45**	**55**	
AAS	40	60	65	54	NS	70	53	NS
Beta-Bloqueantes	42	63	60	69	NS	67	61	NS
Estatinas	25	38	37	38	NS	47	31	NS
Insuficiencia Cardíaca	**70**	**8,8**	**40**	**60**		**34**	**66**	
Beta-Bloqueantes	38	54	68	45	NS	71	46	NS
IECA o ARA2	38	54	64	48	NS	71	46	NS
ACV Isquémico	**58**	**7**	**60**	**40**		**41**	**59**	
AAS	24	41	46	35	NS	46	38	NS
Estatinas	11	19	20	17	NS	29	12	NS
IECA o ARA2	28	48	51	43	NS	62	38	NS

Trabajo Libre Nº25

RIESGO CARDIOVASCULAR PARA CIRUGÍA NO CARDÍACA: COMPARACIÓN DE LA PREVALENCIA DE PREDICTORES DE RIESGO ENTRE ANCIANOS Y NO ANCIANOS

Dr. LOPEZ VILLANUEVA, Victor Hugo | Dr. CINTORA, Federico Matias | Dr. SARDAN RENGEL, Omar Yerko | Dr. DI CIO GIMENA, Alejandro | Dra. CHAVIN, Carolina | Dra. NOWICKY, Sabrina Yael | Dr. DOMINGUEZ, Claudio Hugo | Dr. VAZQUEZ BLANCO, Manuel - **HOSPITAL DE CLÍNICAS - JOSÉ DE SAN MARTÍN - UBA**

Objetivos: Evaluar si existen diferencias en la prevalencia de predictores de riesgo quirúrgico cardiovascular para cirugía no cardíaca en pacientes ancianos y no ancianos.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, mediante el registro de todos los riesgos quirurgicos (RQ) para cirugía no cardíaca consecutivos, realizados entre Mayo de 2008 a Junio 2010 en pacientes internados en nuestra institución. Se evaluó la prevalencia de los Predictores Mayores (PMy) y Menores (PMn) de Riesgo Perioperatorio establecidos en las Guías de Evaluación Perioperatoria para Cirugía No Cardíaca de American Heart Association de 2007. Se dividió a la población en dos grupos etarios: G1: no ancianos (<75años) y G2: ancianos (75 años o más). Para el análisis estadístico de variables categóricas se utilizó el Chi2 y se consideró significativo un valor de p<0,05.

Resultados: Se incluyeron 796 pacientes, 335 (44.6%) sexo masculino, 297 (37,1%) pertenecieron al G2, la mediana de edad fue 69 años (RIC 52-80), 50.4% eran hipertensos, 16.2% diabéticos, 33.5% tabaquistas y 13.4% dislipémicos. La cirugía planeada fue de riesgo bajo en 32.4%, intermedio en 34.5% y alto en 33%. En cuanto a la prevalencia de PMy se evidenció: cardiopatía isquémica 9%, insuficiencia cardíaca 9.5%, ACV 7.3%, diabetes insulinorequiriente 7.3%, Creatinina>2mg/dL 5,4% y cirugía de alto riesgo 33%. La prevalencia de PMn fue: hipertrofia ventricular izquierda 6.8%, BCRI 3.9%, alteraciones de la repolarización 8,2% y ritmo no sinusal 5.5%.

Al dividir la población según el grupo etario se obtuvieron los siguientes resultados: la capacidad funcional habitual (CFH) >4mets fue mas frecuente en el G1 [74.9% vs 46.1%; p<0,0001); OR:3.5 (2.6-4.7)], mientras que la prevalencia de CFH inevaluable fue mayor en el G2 [(39%% vs 16.2%; p<0,0001); OR:3.4(2.4-4.7)]. Los pacientes del G2 tuvieron más frecuentemente Score de Lee-Goldman 3 o 4 [(19.7 vs 11%; p<0,0001); OR 1.98 (1.3-2.9)]. La realización de cirugías de alto riesgo fue más frecuente en el G1 [38.5 vs 23,7%; p<0,002; OR: 1.6 (1.2-2.3)] y las cirugías de riesgo intermedio en el G2 [55.3% vs 22.4%; p<0.0001; OR 4.29 (3.1-5.8)].

Al analizar los PMy de forma individual, tanto cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y ACV fueron más frecuentes en el G2 [16,6 vs 7,2%; p<0,0001; OR 2.45 (1.5-4)], [16,6 vs 5,4%; p<0,0001; OR 3.5 (2.1-5.7)] y [11,2 vs 5%; p=0,0012; OR:2.4 (1.4-4.1)] respectivamente.

No hubo diferencias significativas en la prevalencia de diabetes insulinorequiriente ni de insuficiencia renal entre los 2 grupos.

Todos los PMn fueron significativamente más prevalentes en el G2: hipertrofia ventricular izquierda [9.5 vs 5.2%; p=0,019; OR 1.92 (1.1-3.3)], BCRI [7,5 vs 1.8%; p<0,0001; OR 4.41 (2.0-9.7)], alteraciones de la repolarización [11.5 vs 7%; p=0,034; OR 1.73 (1.1-2.87)] y ritmo no sinusal [11.9 vs 1.8%; p<0,0001; OR 7.39 (4.5-15.6)].

Conclusiones: La prevalencia de PMy de eventos perioperatorios fue distinta en ambos grupos, siendo significativamente mayor la prevalencia de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y ACV en los pacientes del G2. La presencia de todos los PMn fue significativamente mayor en los pacientes del G2.

Trabajo Libre Nº26

PREDICTORES DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN EL SEGUIMIENTO POST SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Dr. CAMPOS, Roberto Carlos | PEDERNERA, Gustavo | IRIBARREN, Ana | COSTABEL, Juan Pablo | GONZALEZ, Miguel | LAVALLE COBO, Augusto | TRIVI, Marcelo | BELARDI, Jorge
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA

Objetivos: Los pacientes (PTs) que presentan síndromes coronarios agudos con elevación del segmento ST (SCACEST) presentan una incidencia alta de eventos en los primeros meses de seguimiento. Por otro lado está demostrado que la adherencia a los tratamientos farmacológicos varía en las distintas poblaciones, y su suspensión podría tener efectos negativos en la salud cardiovascular. La identificación de los PTs que tendrán eventos cardiovasculares es de utilidad para el manejo de los mismos durante la internación. El objetivo del trabajo consiste en identificar variables clínicas y angiográficas durante la internación por un SCACEST y la adherencia al tratamiento médico luego del evento, buscando identificar su correlación con puntos finales como muerte, reinfarto o reinternación cardiovascular en un seguimiento a 6 meses.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, en el que se incluyeron en forma consecutiva PTs con SCACEST de menos de 12 hs de evolución tratados con angioplastia (ATC) primaria, ingresados entre enero 2009 y Diciembre de 2010, en un centro cardiologico de alta complejidad. El seguimiento se realizó en forma telefónica a través de un cuestionario preformado a los 6 meses del alta. 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. Fue considerado significativo un valor de p < 0,05.

Resultados: 182 PTs fueron incluídos en el registro. La edad media fue 61.7 (±10.9) años, 76.4% eran hombres. En cuanto a los factores de riesgo el de mayor prevalencia fue DLP 48.4% seguido por HTA 37.3 % y DBT 13.7%. El 10.4% tenía antecedentes de un IAM previo y 14% habían sido revascularizados previamente por cirugía o ATC. La mayoría de los PTs ingresaron con Killip y Kimball I/II (92.3%), 53,3% de los PTs tenían Función sistólica del ventrículo izquierdo (FSVI) normal o con deterioro leve, y la presencia de enfermedad de múltiples vasos (ECMV) fue de 42.9%. La mortalidad intrahospitalaria fue del 3.3%. Al egreso y a los 6 meses los PTs recibían respectivamente AAS 98.2% / 90.7% (reducción 7.6% p=NS), beta bloqueantes 94.6% / 85.8% (reducción 9.3% p=NS), estatinas 96% / 86.7% (reducción 9.7% p=NS), IECA- ARA II 82.7% / 78.2% (reducción 5.5% p=NS).

33 PTs (18.7%) presentaron un evento en el seguimiento a 6 meses. La mediana de tiempo al evento fue de 144 días (26-203). No hubo mortalidad, y fueron reinternados por angina inestable (AI) 18 PTs (10.2%), infarto de miocardio 1 paciente, insuficiencia cardíaca 8 PTs (4.5%) y necesidad de revascularización electiva por ATC o cirugía 4 pacientes (2.27%). De los predictores analizados, el único que presentó significación estadística para eventos cardiovasculares en el seguimiento fue la presencia de ECMV (p =0,03). No hubo diferencias significativas entre los PTs identificados con ECMV y aquellos PTs con enfermedad de un sólo vaso en el estudio multivariado, excepto en la necesidad de realizar otra coronariografía en el seguimiento (p< 0.003) y una nueva ATC coronaria (p < 0.01) (58% a enfermedad coronaria diferente del vaso culpable inicial).

Conclusiones: La población analizada presentó una baja tasa de eventos cardiovasculares intrahospitalarios y en el seguimiento a 6 meses. La principal causa de reinternación fue la AI. La única variable predictiva de reinternación fue la presencia de ECMV. La suspensión de la medicación no provocó un incremento de los eventos cardiovasculares observados en el seguimiento.

Trabajo Libre Nº27

EL TRATAMIENTO DEL SHOCK VASOPLEJICO CON VASOPRESINA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR SE ASOCIA A MEJORÍA HEMODINÁMICA Y DE LA PERFUSIÓN TISULAR.

CATURLA, Nicolas | Dr. SAN MIGUEL, Lucas | Dra. CARNEVALINI, Mariana | OVEJERO, Rodrigo | FALCONI, Estela | ZAREBA, Natalia | SEROPIAN, Ignacio Miguel | COHEN ARAZI, Hernan
FLENI - HOSPITAL LARCADE

Objetivos: El shock vasopléjico es una complicación grave del postoperatorio de la cirugía cardíaca. La noradrenalina (NA) es la droga más utilizada para el soporte hemodinámico. La vasopresina (VP), actuando por diversos mecanismos, podría derivar en potenciales ventajas sobre la perfusión tisular. Nuestro objetivo fue evaluar la respuesta clínica, hemodinámica y el impacto esplácnico del agregado de VP al tratamiento habitual del shock vasopléjico en el postoperatorio de cirugía cardíaca.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de 17 pacientes (p) sometidos a cirugía cardíaca que evolucionaron con shock vasopléjico y disfunción de al menos un órgano, requiriendo soporte con NA en altas dosis. En 7p se realizó revascularización miocárdica (RM) y reemplazo valvular (RV), en 5 p RV, en 2 p RM, RV y reemplazo de aorta ascendente, en 2 p RM aislada y en 1p trasplante cardíaco. Las variables continuas se evaluaron con Wilcoxon o T- test según correspondiera y las categorías por chi cuadrado. La sobrevida se evaluó con regresión logística.

Resultados: Edad 66 ± 13 años, sexo masculino 82%, hipertensos 65%, diabéticos 29%, disfunción ventricular severa 35%, reoperación 35%, tiempo bomba medio 181 ± 54 minutos, Euroscore medio 11. La variación de los parámetros hemodinámicos se muestran en la tabla. 16 p presentaban niveles elevados de ácido láctico antes del inicio de la VP y solo 8 p a las 24 horas (p< 0,05). El mejor punto de corte de ácido láctico para predecir mortalidad definido por curva ROC fue 2,5 (área bajo la curva = 0,84; sensibilidad 87,5% y especificidad 66,7%). Los pacientes que a las 24 horas permanecían con niveles por encima de este valor tuvieron una mortalidad 10 veces mayor (OR 10; p = 0,04). Las dosis medias de NA fueron 27 y 16 µ/minuto antes del inicio de VP y a las 24 horas respectivamente (p = 0,04). La incidencia de complicaciones fue: insuficiencia renal 100%, requerimiento de diálisis 47%, infarto de miocardio 23,5%, y fibrilación auricular 47%. La mortalidad fue de 47%.

VARIABLE	Pre inicio VP	3 horas post VP	24 horas post VP	p
Frecuencia cardiaca (latido/minuto)	117	110	97	0,0088
Presión arterial sistólica (mmHg)	93	100	106	0,05
Presión arterial media (mmHg)	68	75	79	0,11
Resistencias sistémicas (dynas/seg.cm-5)	841	935	1104	0,11
Resistencias pulmonares (dynas/seg.cm-5)	182	142	158	0,13
Indice cardiaco (l/m/m2)	2,8	2,76	2,66	0,52
Acido láctico (mmol/l)	5	4	2,5	< 0,05
pH	7,32	7,35	7,40	0,4

Conclusiones: El uso de VP en el tratamiento del shock vasopléjico postoperatorio se asoció a una mejoría de los parámetros hemodinámicos analizados y a un descenso en la dosis de NA requerida. La variación en los niveles de ácido láctico y pH permiten inferir una mejoría en la perfusión tisular.

Trabajo Libre Nº28

EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PREOPERATORIO SE ASOCIA A SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA Y VASOPLEJÍA EN EL POST-OPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Dra. ZAREBA, Natalia | FALCONI, Estela | SEROPIAN, Ignacio | SAN MIGUEL, Lucas | CARNEVALINI, Mariana | CATURLA, Nicolás | COHEN ARAZI, Hernán - **FLENI - LARCADE**

Objetivos: El SIRS se asocia con complicaciones y mortalidad en cirugía cardíaca.

El tratamiento farmacológico pre-operatorio puede influir en el desarrollo de SIRS y de vasoplejía periférica. Algunos fármacos predisponen al desarrollo de esta complicación. Las estatinas mejoran el pronóstico en cuadros de SIRS por sepsis. El objetivo del trabajo es analizar la asociación del tratamiento farmacológico preoperatorio con el desarrollo de SIRS y vasoplejía.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional. Se incluyeron pacientes sometidos a cirugía CV entre abril 2007 y diciembre 2010. Se excluyeron procedimientos de emergencia/urgencia. Se analizó por wilcoxon, t test o chi2 según correspondiera. Se realizó regresión logística con STATA 9.0.

Se incluyeron 270 pacientes sometidos a CCV: 100 (37%) CRM, 91 (34%) valvulares, 49 (18%) combinadas, 31 (11%) otras.

Las características poblacionales se observan en *Tabla 1*.

Resultados: Ciento cincuenta y cuatro pacientes (57%) desarrollaron SIRS con vasoplejía definido por la presencia de dos o más de los siguientes criterios: temperatura mayor a 38°C o menor a 36°C, taquicardia (FC > 90 l/min), taquipnea (FR > 20/ min) con hipocapnia (PCO2 < 32 mmHg) y alteraciones del recuento leucocitario (GB > 12000/ mm3 ó < 4000/mm3 ó 10% de formas inmaduras). asociado a requerimiento de noradrenalina > 0.5 mcg/kg/min.

El tratamiento preoperatorio de los pacientes se observa en *Tabla 2*.

35 pacientes evolucionaron al shock (12%). 15 pacientes murieron (5.5%). SIRS se asoció a shock postquirúrgico, con OR=7 (2.4-20-6) p<0.001. SIRS se asoció a muerte, con OR=5.3 (1.2-23.9), p=0.03. El tratamiento previo con AAS (p=0.7) ni estatinas (p=0.2) previno SIRS + vasoplejía. No hubo asociación entre SIRS + vasoplejía y tratamiento con BB (p=0.47), IECA (p=0.56), nitratos (p=0.3), vancomicina (p=0.8). SIRS + vasoplejía se asoció a t´CEC. Cada minuto de aumento se asoció a 0.7% más de SIRS (OR=1.007 (1.002-1.01, p=0.003).

Los Bloqueantes cálcicos aumentaron la incidencia de SIRS + vasoplejía: OR=2.16 (1.07-4.5) p=0.031, independientemente del tiempo de CEC.

Edad	61 + 15 años
Sexo	M: 23%, H: 77%
Parsonnet	12 (RIC 6-21)
EUROS	4.5 (RIC2-9)
Diabetes, Insulino-requiriente	43 (16%), 7 (3%)
Dislipemia	159 (59%)
Tabaquismo	36 (13%)
Hipertensión	176 (65%)
IAM previo	52 (19%)
Cirugía cardíaca previa	27 (10%)
IRC	34 (13%)

AAS	109 (40%)
IECA	99 (37%)
BB	146 (54%)
BCa (incluye diltiazem y amlodipina)	43 (16%)
Estatinas	145 (54%)
Profilaxis ATB con Vancomicina	11 (4%)
Nitratos	24 (9%)

Conclusiones: El tratamiento con bloqueantes cálcicos antes de una CCV aumenta el riesgo de desarrollar SIRS con vasoplejía, independientemente del tiempo de CEC. Las estatinas ni AAS previenen esta evolución.

Trabajo Libre Nº29

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO MÉDICO AMBULATORIO SEGÚN LAS GUÍAS INTERNACIONALES EN PACIENTES QUE INGRESAN EN SALA DE HEMODINAMIA PARA ANGIOPLASTIA

Dr. PUCHETA, Fernando Daniel | WIRZ, Fabricio | GUIROY, Juan | TERCELAN, Ariel | CRAVZOV, Ricardo
CENTRO CARDIOLOGICO DEL NORDESTE (SANATORIO GÜEMES)

Objetivos: Evaluar el tratamiento médico según las normas internacionales en pacientes con angina crónica estable que ingresan al laboratorio de hemodinamia para la realización de angioplastia
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional que evaluó en forma consecutiva todos los pacientes derivados para la realización de angioplastia en un centro de la Ciudad de Resistencia, desde Septiembre de 2010 a Octubre de 2011. Los criterios de selección que fueron los utilizados son (estenosis del 70 % en al menos 1 arteria arteria coronaria epicardica asociado a síntomas de angina de pecho típicos, clase funcional II/III) agregado a la indicación de angioplastia. Se definió tratamiento médico optimo según las guías internacionales. (tratamiento antiagregante plaquetario con aspirina o clopidogrel, anti-isquémico con B bloqueantes, bloqueantes cálcicos, o nitritos, combinados o solos, IECA/ARAII, hipolipemiante con estatinas solas o combinadas con ezetimibe o fribratos y ejercicio físico, parámetros clínicos y de laboratorio TA menor o igual a 140/80 mmHg, FC menor o igual a 65 lat/min, colesterol <200mg/dl). Se interrogo a todos los pacientes sobre sus factores de riesgo cardiovascular y antecedentes cardiovasculares, tratamiento médico actual.
Resultados: Se reclutaron 275 pacientes, el 24,36% fueron mujeres y la edad media fue de 61 años. La prevalencia de factores de riesgo en la población fue de: hipertensión 85,45 %, tabaquismo 57,81% , diabetes 26,9 % , dislipemia 85,45% , antecedentes heredofamiliares 11,66%. Los antecedentes de la población fueron: Infarto de miocardio 24,72% , angioplastia previa 34,9%, accidente cerebrovascular 4,71% e insuficiencia cardiaca 11,63% . La mayoría de la población se encontraba sintomática en clase funcional II/III. El tratamiento previo a la intervención fue: Aspirina 76%,Beta Bloqueantes 64%,IECA 48,36%,Estatinas 60.72%,Clopidogrel 55,27%, Nitratos 21,45%. Los parámetros clínicos y de laboratorio fueron: TA menor de 140/80mmHg 15%, FC menor o igual a 65lat/min 18%, colesterol<200mg/dl 23%. Solo el 8% se encontraba cumpliendo un tratamiento farmacológico optimo.

Conclusiones: En un gran porcentaje de los pacientes con que son derivados para la realización de una angioplastia no tienen sus factores de riesgo controlados, o no se encuentran cumpliendo un tratamiento médico optimo, e igualmente son derivados al laboratorio de hemodinamia.

Trabajo Libre Nº30

EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES PREVALENTES EN PACIENTES JÓVENES EN RELACIÓN A LOS AÑOSOS CON ANGINA CRÓNICA ESTABLE QUE INGRESAN EN SALA DE HEMODINAMIA PARA ANGIOPLASTIA PROGRAMADA

Dr. AREVALO, Mauro Gabriel | Dr. PUCHETA, Fernando Daniel | WIRZ, Fabricio | GUIROY, Juan | TERCELAN, Ariel | CRAVZOV, Ricardo - **CENTRO CARDIOLOGICO DEL NORDESTE (SANATORIO GÜEMES)**

	Sin Enf. Coron.	Enf. Coron	p
Edad	66 ± 11	73 ± 7	0,02
Mujeres	21 (47%)	10 (27%)	0,004
DBT	4 (9%)	6 (16%)	0,37
HTA	23 (54%)	29 (81%)	0,016
TBQ	6 (13%)	2 (6%)	0,28
Peso	74±2,1	77±15	0,35
LDL	127±4	111±7	0,053
HDL	49±2	46±3	0,19
Placa	14 (32%)	32 (89%)	<0,0001
EIM max	1,16±0,4	1,99±0,7	0,004
IAM previo	0	12 (33%)	
Revascularíz. Previa	0	3 (8,5%)	

Objetivos: Analizar los factores de riesgo y antecedentes cardiovasculares predominantes en pacientes jóvenes en relación a los añosos con angina crónica estable que ingresan al laboratorio de hemodinamia para la realización de angioplastia
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional que evaluó en forma consecutiva dos grupos de pacientes Grupo 1 (Mujeres<60 Años; Hombres<55 Años) y Grupo 2 (Mujeres>60 Años; Hombres>55 Años), derivados para la realización de angioplastia en un centro de la Ciudad de Resistencia, desde Octubre de 2010 a Febrero de 2012. Los criterios de selección que fueron los utilizados son: pacientes con (estenosis del 70 % en al menos 1 arteria arteria coronaria epicardica asociado a síntomas de angina de pecho típicos, clase funcional II/III) agregado a la indicación de angioplastia. Se evaluaron los siguientes factores de riesgo: Hipertención arterial (TA >140/80mmHg), Dislipidemia (Colesterol <200mg/dl), Diabetes mellitus (previamente diagnosticada y en tratamiento), Habito tabaquico (al momento del procedimiento). Asi como tambien los siguientes antecedentes cardiovasculares: Insuficiencia Cardiaca, Accidente cerebro vascular previo, Infarto Agudo de miocardio sin elevación del ST previo, Infarto Agudo de miocardio con elevación del ST previo en los 2 grupos . Se interrogo a todos los pacientes sobre sus factores de riesgo cardiovascular y antecedentes cardiovasculares.
Resultados: Se reclutaron 244 pacientes, el 38.58% fueron mujeres y la edad media Grupo1 fue de 53 años, Grupo2 69,37 años Con respecto a los hombres la edad media fue Grupo1 fue de 49,97 años, Grupo2 64,04 años La prevalencia de factores de riesgo en la población fue de: Hipertención arterial (TA >140/80mmHg) Grupo1 M 100% / H 83,82% Grupo2 M 100% / H 83,82% Dislipidemia (Colesterol <200mg/dl) Grupo1 M 47% / H 77,94% Grupo2 M 59.38% / H 54.3%, Diabetes mellitus (previamente diagnosticada y en tratamiento) Grupo1 M 17.6% / H 32.35% Grupo2 M 25% / H 24.4%, Habito tabaquito (al momento del procedimiento) Grupo1 M 52.9% / H 67.65% Grupo2 M 25% / H 61.4% Asi como tambien los siguientes antecedentes cardiovasculares: Insuficiencia Cardiaca Mujeres Grupo1 M 11.76% / H 5.88% Grupo2 M 9.4% / H 9.4%, Accidente cerebro vascular previo Grupo1 M 0% / H 1.47% Grupo2 M 9.4% / H 5.5%, Infarto Agudo de miocardio sin elevación del ST previo Mujeres Grupo1 M 17.6% / H 5.88% Grupo2 M 18.8% / H 4.5%,Infarto Agudo de miocardio con elevación del ST previo Grupo1 M 0% / H 27.94% Grupo2 M 15.62% / H 15.7 %
Conclusiones: No se observo una diferencia significativa en relación con los factores de riesgo y antecedentes cardiovasculares en los grupos de estudio. Si se observo un diferencia significativa en lo que refiere al sexo para pacientes mujeres en el Grupo 1 donde no se registraron Infarto Agudo de miocardio con elevación del ST previo.

Trabajo Libre Nº31

FIBRILACIÓN AURICULAR Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN ASOCIADOS A MEJORES RESULTADOS EN LA TROMBOLISIS EN EL ACV AGUDO.

Dr. MOLTRASIO, Luis Martin | OBREGÓN, Cristian | DOMENECH, Victor | CEDROLLA, Martin | DELLERA, Christian | DURE, Miguel | NADELMAN, Mariana | ROLON, Ignacio - **HOSPITAL JULIO C. PERRANDO**

Objetivos: Dar a conocer los primeros resultados obtenidos con la Unidad de Ataque Cerebral del Hospital Julio C. Perrando
Materiales y Métodos: Durante el periodo de febrero del 2011 hasta Marzo del 2012 la unidad a funcionado en forma organizada y sin interrupciones, con una incidencia de 0,9 pacientes con stroke por día que consultan al Servicio de Emergencias se ha detectado 11 pacientes con stroke isquémico agudo que entraron dentro del periodo de ventana de 4,5 hs y no presentaron contraindicaciones para la administración de Alteplasa. A los 11 pacientes se les realizo infusión de rTPA en una hora con una dosis de 0,9 mg/kg de peso actual con el 10% de la dosis en bolo con un máximo de 90mg. Se controlo el score de NIHS al ingreso y a las 24hs junto con la TAC de control. Se documentaron los datos de los pacientes, junto con los factores de riesgo y las complicaciones propias del procedimiento.
Resultados: De los 8 hombres y tres mujeres tratados, el promedio de edad fue de 57 años con un máximo de 72 y un mínimo de 35, el tiempo de comienzo de los síntomas hasta el primer contacto con el servicio de Guardia y Emergencias fue en promedio de 105´, con un máximo de 230´ y un mínimo de 35´(NIHS 0, a las 24 hs.). 10 fueron traídos por el servicio de ambulancias 107 y uno por demanda espontánea. El Promedio del NIHS al ingreso fue de 14.1. El NIHS a las 24 hs fue en promedio de 10.2. Con respecto a las complicaciones propias del tratamiento 1 paciente presento un hematoma en el hombro, 1 paciente gingivorragia, 2 pacientes extrasístoles ventriculares, 1 sensación nauseosa, ninguno evidencio sangrado intracerebral en la TAC de 24hs y toda una imagen hipodensa compatible con ACV isquémico que no se veía en la previa. Cuatro pacientes presentaron deterioro neurológico a las 24 hs, tres por edema maligno por oclusión de la cerebral media (2 fallecieron) y uno se asumió por reestenosis. Con respecto a los factores de riesgo HTA 55%, FA 33% (NIHS a las 24 hs 3.6), TQ 11%, MD 11%, ACV previo 11%, dislipidemia 11%.
Conclusiones: Por la organización sanitaria de la ciudad de resistencia, casi el 100% de la emergencias son captadas por servicio 107 y traídas al hospital (el único de la ciudad) y de ahí derivados a centros privados en caso de que los paciente posean cobertura social, eso permitió que la UAC pueda captar casi la totalidad de los pacientes con ACV agudo. En esta pequeña serie de pacientes el menor tiempo de evolución y la fibrilación auricular (ACV de posible causa cardioembólica se asociarón a mejores resultados).

Trabajo Libre Nº32

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN LA MUJER: ANÁLISIS DE UNA POBLACIÓN

Dres. Silveiro, Sandra; Caprini, Romina; Cainzo, Christian; Faure,,Aguda; Cortes Gonzales, Yudi; Meza,Magali

Objetivo: Evaluar las características epidemiológicas y clínicas de las mujeres que ingresan a la Unidad Coronaria en nuestra Institución por Síndrome Coronario Agudo. Analizar las diferencias existentes entre ambos sexos
Material y Métodos: Fueron analizados en forma retrospectiva pacientes que ingresaron a Unidad Coronaria con Síndrome Coronario Agudo desde diciembre 2008 hasta enero 2011.
Se dividió a la población en dos grupos: Grupo A (Hombres) y Grupo B (Mujeres).
Se evaluaron las características epidemiológicas y clínicas en ambos grupos y se analizaron las diferencias existentes entre los mismos.

Resultados N 480

	Grupo A	Grupo B	p
n	332 (69.10%)	148 (30.84%)	0,000
Edad	68.19 +-11.8	75.87+-10.58	0,000
Diabetes	79 (23.79%)	35 (23.64%)	ns
Hipertensión Arterial	290 (87%)	132 (89.18%)	ns
Tabaquismo	64 (19%)	16 (10.8%)	0,02
Ex tabaquismo	149 (44.8%)	31 (20.94%)	0,000
Insuficiencia renal crónica	17 (5.12%)	5 (3.37%)	ns
Accidente Cerebrovascular	20 (6.02%)	7 (4.73%)	ns
Antecedentes de Cardiopatía isquémica	112 (33.73%)	58 (39.19%)	ns
Antecedentes de Cirugía de	46 (13.85%)	8 (5.4%)	0,006
Revascularización Miocárdica			
Antecedentes de Angioplastia Coronaria	29 (8.77%)	8 (5.4%)	ns

Conclusiones:
En la población analizada observamos una mayor hospitalización por coronariopatía en hombres. Las mujeres que fueron internadas por igual afección resultaron ser mas añosas teniendo esto significancia estadística.
A excepción del tabaquismo, más frecuente en el varón, no se hallan diferencias entre género en los factores de riesgo coronario.
La cardiopatía isquémica previa y los antecedentes de enfermedad cerebrovasculares presentaron igual incidencia entre ambos grupos
Si bien no se hallaron diferencias en la presencia de enfermedad coronaria previa entre ambos sexos, es estadísticamente mayor la cirugía de revascularización miocárdica en el hombre.

Trabajo Libre Nº33

INFLUENCIA DE LOS NIVELES DE GLUCOSA AL INGRESO Y EL FLUJO TIMI EN PACIENTES TRATADOS CON ANGIOPLASTIA EN EL INFARTO CON SUPRADESNIVEL DEL ST

Dra. BLANCO CERDEIRA, Patricia
HOSPITAL NAVAL BUENOS AIRES

Objetivos: Evaluar en pacientes cursando IAMCEST sometidos a angioplastia primaria (ATC1) la relación entre la glucemia de ingreso y el flujo TIMI inicial.

Materiales y Métodos: Estudio observacional de 143 pacientes consecutivos cursando IAMCEST dentro de las 12 hs tratados con ATC1, ingresados a Unidad Coronaria. La glucemia fue medida a la admisión, y definida según criterios de AHA/ACC (≥ 140 mg/dl). Mediante curva ROC, se determinó el mejor valor de corte para nuestra población.

Resultados: La edad de los pacientes es de 63±13.6 años, 70% de sexo masculino. El 60% eran tabaquista, 59% hipertensos, 43% dislipémicos y el 22% eran diabéticos (DBT) conocidos. El 9.8% tenía como antecedente infarto y el 7% revascularización previa. La mediana de glucemia a la admisión fue 139 mg/dl. Al ingreso el 50% tenían hiperglucemia (HG), el 33,8% eran DBT no conocidos (p=0.002) (OR 4,08: IC 95%1.68-9,80). El flujo TIMI <2 inicial (n:111) entre aquellos con o sin HG a la admisión fue de 84,5% vs 71,8% (p= 0.07) OR 2,1 (0,94-4,88). Según valor de corte por curva ROC (127 mg/dl) (sensibilidad 67% y especificidad del 58%) aquellos con flujo TIMI inicial < 2 fue 85.1% vs 67.3% (p= 0.02) OR 2.77 (1.13-6.84). La mortalidad hospitalaria fue de 2.8%, sin diferencia significativa entre aquellos que ingresan con o sin HG (OR 0.9: IC 0.1-7.4)

Conclusiones: La mitad de los pacientes ingresados con diagnóstico de IAMCEST sometido a ATC1 presentaban HG al ingreso, siendo solo un 35% de ellos diabéticos conocidos. Se observó una tendencia significativa a menor flujo inicial en aquellos ingresados con HG (según criterios AHA/ACC), mientras que por curva ROC se observa sí un menor flujo TIMI inicial, sin evidencia de mayor mortalidad intrahospitalaria.

Trabajo Libre Nº34

ECOCARDIOGRAMA STRESS EN UNA POBLACIÓN DE MUJERES DIABÉTICAS

Dr. BAUK, Lucas | COSTA, Hector | SAPINO, Roberto | RULL, Daniel | SARRIES, Alejandro
CENTRO DE ESTUDIOS CARDIOVASCULARES (CECVA) - SANATORIO DE LA CIUDAD

Objetivos: La enfermedad coronaria es la principal causa de muerte en mujeres, su diagnóstico es un desafío para la cardiología a pesar de los progresos tecnológicos actuales. Debido a que existen pocos datos sobre el rol del ecocardiograma stress con dobutamina (ESD) en la población femenina, nuestro objetivo fue evaluar los resultados de dicho método entre pacientes con y sin diabetes.

Materiales y Métodos: Entre abril de 2007 y mayo de 2010 fueron evaluadas con ESD en forma consecutiva 214 mujeres, referidas a nuestro centro por: dolor precordial, valoración prequirúrgica, screening de isquemia, ECG anormales, pruebas ergométricas no concluyentes, evaluación post-revascularización, disnea de esfuerzo.
Se usaron dosis crecientes de dobutamina hasta 40 mcg/kg/min, mas el uso de atropina en aquellas que no alcanzaban la FC submaxima. El analisis de motilidad parietal se realizo en base al esquema de 16 segmentos de la American Society of Echocardiography.
El score de motilidad global fue definido como la suma segun el esquema clasico de motilidad de 16 segmentos, mientras que el índice de motilidad parietal se obtuvo al dividir el score de motilidad global por 16. Por lo tanto un índice motilidad al pico de la dosis y/o FC mayor de 0.125 (2 de 16 segmentos) en relación al índice de motilidad basal fue considerado isquemia miocárdica.

Resultados: El ESD fue positivo en 26 pacientes diabéticas y 32 no diabéticas (34,7% vs 23,02%), lo cual no alcanzo significación estadística (p= 0.09) .Cuando dividimos la población en grupos etarios se evidencio asociación entre las mujeres diabéticas del grupo etario entre 50-69 años y la positividad del ESD (odd ratio 2,51 [IC95% 1,18-5,34]).
Al evaluar la extensión de la isquemia observamos que, 18,6% de las diabéticas presentaban alteraciones en más de tres segmentos vs 19,8% en las no diabéticas (odd 1.15 IC: 0.55-2.41).
Dentro de los síntomas referidos durante el estudio, el angor (20% vs 8,6% p= 0.017) y la disnea (10,7% vs 9,4% p=0.75) fueron más frecuente en la población diabética, mientras que el dolor torácico incaracterístico (5,3% vs 15,1% p=0.034) predomino entre las no diabéticas. A nivel electrocardiográfico, el infradesnivel del segmento ST no presento diferencias significativas entre uno y otro grupo (20% vs 17,3% p=0.62);sin embargo la presencia de arritmia ventricular compleja(8% vs 2,2%) fue mas frecuente en las mujeres diabéticas (p=0.042).
Las pacientes diabéticas presentaron ESD positivo con menor doble producto (odd ratio 1,12 IC: 0.73-3.39 p=0.44) y menor porcentaje de frecuencia cardiaca submaxima (odd ratio 1.0 IC: 0.35. 2.84 p=0.99) que las no diabéticas, aunque sin signficancia estadística.
Cuando se evaluó el motivo por el cual se les había solicitado el estudio, encontramos que en la población diabética el screening de isquemia (30,7% vs 23 % p= 0.22) y control posrevascularización (14,7% vs 5% p=0.01) fueron las principales indicaciones, mientras que el otro grupo el dolor precordial (20% vs 8,56% p=0.01) fue el principal indicador del método.

Conclusiones: El ESD es una herramienta importante en el estudio de la enfermedad coronaria en la mujer y en la población diabética podría ser de gran utilidad ya que existe una asociación significativas entre el ESD positivo y las mujeres diabéticas.

Trabajo Libre Nº35

EFECTOS DE LA EXPOSICIÓN A LA ALTURA SOBRE LA FUNCIÓN VENTRICULAR, NT PRO BNP Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA.

Dr. FERNANDEZ, Alberto Alfredo | Dra. CONOSCIUTO, Maria Victoria | Dr. HRABAR, Adrian Demetrio | Dr. FRANCESE, Marcelo Gabriel | Dr. LUGO, Matias Nicolás | Dr. DE BENEDETTI, Leonardo Hugo | OLIVERI, Pedro Vicente | BUZZURRO, Mabel
SANATORIO MODELO QUILMES

Objetivos: La exposición a la altura, genera alteraciones específicas hemodinámicas, metabólicas y en la capacidad funcional. Los pacientes con cuadro de Insuficiencia cardiaca crónica (ICC), dadas sus especiales características clínicas y hemodinámicas, podrían verse más afectados.
Nuestro objetivo fue evaluar la respuesta a la exposición a una altura simulada de 3000 metros, en cámara hipóbarica, en comparación a altitud 0, en pacientes con ICC, en cuanto a parámetros de función ventricular (VFDVI , VFSVI, Volumen sistólico y FEY);,NT pro BNP ; signos vitales (Frecuencia cardiaca, Tensión arterial media (TAM) y saturación de O2) y prueba de 6 minutos.

Materiales y Métodos: Se analizaron 20 pacientes portadores de ICC, estables clínicamente realizandose, a altitud 0 (FIO2 21%) y 3000 mts (FIO2 13,1%), los estudios enunciados previamente. Los índices de función ventricular se obtuvieron por ventriculograma radioisotopico con Tc 99 sestamibi en Spect gatillado y el NT pro- BNP(analizador Roche systems). Se establecieron las medianas de los valores obtenidos, siendo comparadas mediante test de Wilcoxon.

Resultados: 20 pacientes con ICC: 90% sexo masculino, edad media 65±11 años, FEY mediana 25%, tratamiento con B bloqueantes 90%, IECA/ARB 100%, Espironolactona 40%, en clase funcional NYHA II 75%, III 25%.
Los parámetros obtenidos a altitud 0 y 3000 mts fueron: TAM mmHg 100 vs 100, p= ns; frecuencia cardiaca (lat/min) 70 vs 72, p=0,04; SatO2 %, 98 vs 90, p=0,0001; Caminata de 6 minutos (mts) 255 vs 250, p=0,06; NT pro BNP (pg/dl) 1235 vs 2132, p=0,0006; VFDVI ml 233 vs 207,p=0.06; VFSVI ml 116 vs 228, p=0,001; Volumen sistólico ml 53 vs 49, p=0,009; FEY % 25 vs 18, p=0,005.

Conclusiones: La exposición a la altura genera en los pacientes con ICC, depresión de la función contráctil del VI, definido por el aumento del VFSVI, la caída del volumen sistólico y de la FEY y un aumento significativo de la expresión de NT pro BNP, sin impacto en la capacidad funcional.
Si bien, en nuestro estudio el n de pacientes es pequeño, estos hallazgos nos plantearían la necesidad de evaluar más intensivamente a los pacientes con ICC previo a la exposición a una altura mayor o igual a los 3000 metros.

Trabajo Libre Nº36

RESULTADOS DE LA ABLACIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES AÑOSOS

Dr. SORIANO, Lisandro | VENTURA, Alejandro | LOPEZ, Marisa | ENCISO, Elizabeth | MENESES, Rafael
INSTITUTO DEL CORAZÓN CORDIS

Objetivos: Evaluar los resultados de la ablación de fibrilación auricular (FA) en pacientes (p) añosos, en el instituto Cordis (Resistencia-Chaco).

Materiales y Métodos: Se evaluaron prospectivamente p ≥65 años sometidos a ablación de FA entre enero de 2010 y enero de 2012. Se analizaron datos clínicos, ecocardiograficos y Holter.

Resultados: Se incluyeron 12 p. Edad 70±5 años. Mujeres 8 p (66%). FA paroxística 8 p (66%), FA persistente 4 p (34%), todos sintomáticos y refractarios al tratamiento antiarrítmico. Duración de la FA 38±18 meses. Cardioversión eléctrica previa: 6p (50%). Cardiopatía: 9 p (75%), en su mayoría hipertensiva. CHADS: 1: 2p; 2: 3 p, 3; 4 p. Ecocardiograma: Diámetro diastólico VI: 50±3, sistólico 34±5, Septum 12±2, Aurícula izquierda (AI): 42±2,2 mm; área AI 23±2,6 cm2, FEVI 55±8%.
Al final de la Ablación se logro el aislamiento de todas las venas pulmonares en 10 p (83%). No se realizaron líneas. En 11p (92%) se utilizaron catéteres irrigados.
Complicaciones: 2 p(16%). 1p: embolia coronaria que obligo a suspender el procedimiento. 1p: taquicardia auricular(TA) asociada a reconexión de venas pulmonares derechas a los 45 dias del procedimiento.
El seguimiento promedio fue de 8±6 meses. Tres p (25%) presentaron recurrencia de FA, el resto (9 p; 75%) permanecieron asintomáticos y con ritmo sinusal.

Conclusiones: En esta población añosa la ablacion de FA fue segura con una buena tasa de éxito (75%). La ablación de FA persistente fue igualmente efectiva.

Trabajo Libre Nº37

INDICACIÓN DE ANTICOAGULANTES ORALES EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y TERCERA EDAD

Dr. ROEL, Valentin Claudio | BARRETO MANCERA, Ramiro | KATIB, María Cristina | PEREZ NUÑEZ, Hernán | LOPARDO, Cesar | SILBERSTEIN, Mario Alejandro | GARCÍA LODIFÉ, Fernando | RUBIO, Edgardo - **HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND**

Objetivos: El uso de Antagonistas de la vitamina K (AVK) ha demostrado eficacia en la prevención de eventos tromboembólicos en pacientes portadores de fibrilación auricular no reumática (FANR). El objetivo del presente estudio fue evaluar las variables clínicas asociadas a la indicación de AVK y la influencia de la edad avanzada en pacientes portadores de FANR al momento del alta de la unidad de cuidados intensivos coronarios (UCIC).

Materiales y Métodos: Se seleccionaron de manera retrospectiva pacientes hospitalizados en la UCIC portadores de fibrilación auricular no reumática desde noviembre 2010 a enero 2012. Para la estratificación de riesgo tromboembólico se utilizó el score CHADS2, mientras que para el riesgo de sangrado el score HAS-BLED. Se analizó la influencia de los componentes del score CHADS2 (insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, edad, diabetes, y accidente cerebrovascular) en relación a la indicación de AVK. En segundo término se evaluó la indicación de AVK en el subgrupo de pacientes con alto riesgo tromboembólico (CHADS2 > 3) y bajo riesgo de sangrado (HAS-BLED < 3) en función de la edad. El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando tablas de contingencia y test de chi cuadrado Fisher.

Resultados: Se analizaron 89 pacientes. La edad media fue de 71.5 años (± 12.7 años) con predominio del sexo masculino (58.4%). El 41.6% presentaba edad avanzada (> 75 años) y la edad media de anticoagulación fue de 70 (± 13.5) años. El riesgo de eventos tromboembólicos fue moderado con una media de CHADS2 = 2.16 (± 1.13), mientras que el riesgo de sangrado fue bajo, con una media de HAS-BLED = 1.77 (± 0.78). Recibió tratamiento con AVK el 27%, mientras que el 76.4% recibió ácido acetil salicílico como profilaxis antitrombótica. En el subgrupo de pacientes con CHADS2 > 3 y HAS-BLED < 3, recibieron AVK el 7.7% de los pacientes >75 años vs. el 87.5% de los < 75 años (p< 0.0001).

	Pacientes anticoagulados (%) n=24	Pacientes no anticoagulados (%) n=65	Valor p
Hombres	66.7(16)	55.4 (36)	0.47
HTA	87.5 (21)	75.4 (49)	0.34
DBT	20.8 (5)	15.4 (10)	0.54
ACV	41.7 (10)	4.6 (3)	<0.0001
IC	41.7 (10)	26.2 (17)	0.24
Fey < 40%	70.8 (17)	47.7 (31)	0.08
≥ 75 años	29.2 (7)	46.2 (30)	0.22

Conclusiones: En nuestra población el antecedente de ACV isquémico se asoció de manera estadísticamente significativa con la indicación de AVK. En el subgrupo de pacientes con alto riesgo de eventos tromboembólicos (CHADS2 >3) y bajo riesgo de sangrado (HAS-BLED < 3) la indicación de AVK fue significativamente menor en pacientes de edad avanzada, respecto de aquellos con edad < 75 años.

Trabajo Libre Nº38

INCIDENCIA DE FALLAS EN EL SENSADO AURICULAR EN PACIENTES CON MARCAPASOS VDD

Dra. CARO, Maria de Los Milagros | Dra. SAMMARTINO, Maria Victoria | ALBINA, Gastón | SCAZZUSO, Fernando | GOMEZ, Luis | 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 con función sinusal conservada y trastorno de la conducción auriculo ventricular (A-V), ya que conserva la sincronía A-V y requiere sólo un catéter endovascular, 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 marcapasos (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 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 p (22,38%) presentaron complicaciones en la evolución, de los cuales 10 (14,92%) fueron fallas en el sensado auricular, 3 (4,47%) elevación patológica del umbral de estimulación; 1 (1,49%) sufrió desplazamiento del catéter y 1 p (1,49%) hematoma del bolsillo. De estos, 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 10 p con falla de sensado auricular, en 9 (11,94%) la reprogramación de los parámetros del dispositivo fue suficiente para corregirla 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.

Trabajo Libre Nº39

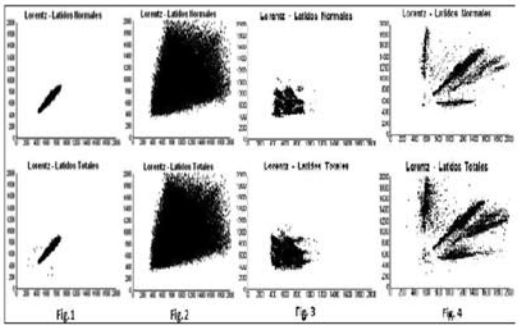
SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LAS CURVAS DE LORENZ PARA EL DIAGNÓSTICO DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN HOLTER

Dr. LAIÑO, Ruben | Dr. MASCOLO, Pablo Damián | Dr. GINIGER, Alberto Germán | Dr. SCAZZUSO, Fernando Adrian | Dr. ALBINA, Gaston | Dra. SAMMARTINO, Maria Victoria | Tec. LADO, Maria Rocio | Tec. SERPA, Mariana Vanesa - **INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA**

Objetivos: Frecuentemente el diagnóstico de fibrilación auricular (FA) se realiza mediante holter electrocardiográfico (HE). Al recibir el informe del HE observamos sólo una pequeña proporción del total de latidos, aproximadamente 300 de 100.000 en 24 horas. Esto último dificulta el diagnóstico de FA en determinadas circunstancias como la presencia de ondas P de bajo voltaje, extrasístoles supraventriculares frecuentes (ESV) y aleteo auricular (AA).

Las curvas de Lorenz (CL) son gráficos de dispersión de todos los latidos registrados en el que cada punto representa un QRS colocado en la intersección del intervalo RR precedente (eje X) y el siguiente (eje Y). Si bien es de apreciación subjetiva, los diferentes ritmos cardíacos presentan distribuciones características: Ritmo sinusal: torpedo a 45º (Fig. 1); FA: distribución anárquica (Fig 2); AA: línea horizontal y otra vertical al inicio de la figura (Fig. 3); ESV: múltiples líneas (Fig. 4).

Se desconoce la potencia diagnóstica de la CL para diagnóstico de FA. El objetivo de este estudio es evaluar la sensibilidad y especificidad de la CL para diagnóstico de FA.



Materiales y Métodos: Se obtuvieron de manera retrospectiva los informes de los HE efectuados entre enero y marzo de 2012, todos realizados con grabadoras y programa Eccosur HT 103. Se excluyeron los pacientes con marcapasos. Se tomaron los resultados de los HE y se estableció el diagnóstico final: Ritmo sinusal (menos de 500 ESV), FA, AA ó ESV frecuentes (más de 500).

Un electrofisiólogo experimentado analizó las CL, que incluyen una figura de latidos normales y otra de latidos totales, y evaluó la presencia o no de FA. Se comparó la interpretación de la CL (método a evaluar) con el informe final del HE (método de referencia). Se analizó sensibilidad, especificidad y ambos valores predictivos.

Resultados: Se recolectó un total de 650 HE, de los cuales 631 no tenían colocado marcapasos. La edad media fue de 62 años (Rango: 18 - 92). Los HE informaron 43 FA (prevalencia 6.6%), 72 ESV frecuentes y 10 AA. En la Tabla se expresa el diagnóstico de FA por HE (columnas) vs CL (filas). Globalmente se detectó una sensibilidad del 98%, especificidad del 97%, valor predictivo positivo del 70% y negativo del 99%. Con respecto a los falsos positivos 15 (83 %) eran pacientes con ESV frecuentes. Éstos últimos tenían mayor variabilidad del RR y mayor número de ESV. Sólo 3 pacientes con AA fueron catalogados como FA por CL. Ningún paciente con ritmo sinusal fue interpretado como FA por CL.

	HE: FA +	HE: FA -	Total
CL: FA +	42 (6.6%)	18 (2.8%)	60 (9.4%)
CL: FA -	1 (0.2%)	570 (90.4%)	571 (90.6%)
Total	43 (6.8%)	588 (93.2%)	631 (100%)

Conclusiones: La CL es un recurso que permite diagnosticar rápidamente FA con alta sensibilidad y especificad. La marcada variabilidad del RR asociado a una gran cantidad de ESV fue causante de la mayor parte de falsos positivos.

Trabajo Libre Nº40

ELECCIÓN ENTRE CARDIODEFIBRILADORES UNI O BICAMERALES PARA PREVENIR LAS DESCARGAS INAPROPIADAS: ¿HAY ALGUNA REGLA ESTABLECIDA?

Dra. SAMMARTINO, Maria Victoria | CARO, María de Los Milagros | GOMEZ, Luis | ALBINA, Gastón | SCAZZUSO, Fernando | FORTI, Luján | LAIÑO, Ruben | GINIGER, Alberto
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA

Objetivos: Las descargas inapropiadas ocurren en una determinada proporción de pacientes portadores de CDI y representan un desafío permanente. Las arritmias supraventriculares son la causa principal en los cardiodefibriladores unicamerales (CDI-VVI). Con el advenimiento de los cardiodefibriladores bicamerales (CDI-DDD) se creyó que su incidencia se reduciría. Este estudio evaluó si la tasa de descarga inapropiada fue menor en los pacientes con dispositivos bicamerales.

Materiales y Métodos: Se revisaron datos demográficos, etiología y número de descargas apropiadas e inapropiadas en los pacientes que recibieron un cardiodefibrilador implantable (CDI) independientemente de su etiología. El seguimiento se realizo durante 3 años.

	Prevención Primaria (PP)	Prevención Secundaria (PS)
CDI VVI	59%	41
CDI DDD	61,5%	38,5%

Resultados: De los 150 pacientes (pts.) analizados, (edad media fue 61 años +/- 12.58, 87% hombres), 42 recibieron 97 descargas apropiadas (DA) y 9 recibieron 12 descargas inapropiadas (DI). 80 individuos (53%) recibieron un CDI-VVI y 70 (47%) recibieron un CDI-DDD (tabla). En el grupo CDI-VVI 31 pts. (39%) presentaron descarga y 20 pts. en el grupo CDI-DDD (29%). Se observaron DI en 6 pts del grupo CDI-VVI (19,5%) y en 3 del grupo CDI-DDD (15%) (p=0,27). Las causas fueron fibrilación auricular, taquicardia auricular, taquicardia sinusal, aleteo auricular y ruido. De los pts en PP, 7 (34%) presentaron DI mientras que en PS solo 2 (7%) presentaron DI (p=0,00001).

Conclusiones: Los cardiodefibriladores bicamerales no aportaron protección adicional para prevenir DI. Criterios de selección para identificar pacientes que puedan beneficiarse con el agregado del sensado auricular todavía no se han definido.

	Fibrilación Auricular (FA)	Taquicardia Auricular (TA	Taquicardia Sinusal (TS)	Aleteo Auricular (AA)	Ruido en canal ventricular
CDI VVI	1	2	2	0	1
CDI DDD	1	1	0	1	0

Trabajo Libre Nº41

SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON CARDIODEFIBRILADOR IMPLANTABLE EN PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA DE MUERTE SÚBITA.

Dra. SAMMARTINO, Maria Victoria | CARO, María de Los Milagros | GOMEZ, Luis | ALBINA, Gastón | SCAZZUSO, Fernando | LAIÑO, Rubén | GINIGER, Alberto
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA

Objetivos: Los efectos beneficiosos de los cardiodefibriladores implantables (CDI) en prevención secundaria (PS) son indiscutibles. En los últimos años su uso se ha extendido hacia la prevención primaria (PP). En países desarrollados la mayoría de los implantes son debidos a PP pero información sobre las potenciales diferencias entre ambos grupos durante el seguimiento es escasa. El objetivo de este estudio fue evaluar etiología, tasa de descarga y mortalidad entre los dos grupos.

Materiales y Métodos: Todos los pacientes, independientemente de la etiología, a los que se le colocó un CDI entre el año 2006 y 2010 fueron incluidos. Fueron agrupados según el tipo de prevención. Se definieron cuatro categorías: 1) MCPD IN (miocardiopatía dilatada isquémico necrótica), 2) MCPD no IN, 3) cardiopatías estructurales no dilatadas (miocardiopatia hipertrofica, Fallot, restrictiva) ,4) enfermedades eléctricas primarias. Se recopilaron datos demográficos, etiología, fracción de eyección (FEY), tasa de choque y mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 165 pacientes. 10% se perdió en el seguimiento. De los 144 restantes 83 (58.8%) recibieron el CDI por PP y 58 (41.13%) por PS. La mediana de seguimiento fue 50 y 51 meses respectivamente p=0.29. La edad media fue 61 años (+/- 12.58). 87% fueron hombres y la MCPD IN fue la etiología mas común en ambos grupos (53.9%). La FEY fue menor en PP tanto en MCPD IN (24.8 +/- 7 vs. 32.8 +/-10 p= 0.003), como en MCPD no IN (24.8+/- 8 vs. 32 +/-7, p=0.01). Los pacientes en PS exhibieron una mayor tasa de descarga apropiada que en PP (48.28% vs 12.05%, p= 0.0001) con diferencias ostensibles en MCPD IN (45.4 % vs 18.6%, p= 0.01), MCPD no IN (46,7% vs 4%, p=0.001), y cardiopatías no dilatadas (66,6% vs 0%), p=0.008). No hubo diferencias en la tasa de descarga inapropiada entre PP y PS (9.64% vs 5,17%, p=0.5). Tampoco se encontraron diferencias en morbilidad (42% vs 29%) ni mortalidad (6% vs 6.9%).

Conclusiones: A pesar de la menor FEY de los pacientes en PP, la incidencia de descargas apropiadas fue significativamente menor con una tasa similar de descargas inapropiadas. Sin embargo la mortalidad fue comparable en ambos grupos.
Se observó una mayor proporción de CDI colocados por PP que por PS.

Trabajo Libre Nº42

ABLACIÓN DEL NODO AURICULO VENTRICULAR EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR.

Dra. SAMMARTINO, Maria Victoria | CARO, María de Los Milagros | LAMELAS, Pablo | ALBINA, Gastón | SCAZZUSO, Fernando | GOMEZ, Luis | LAIÑO, Rubén | GINIGER, Alberto
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA

Objetivos: La ablación del nodo aurículo ventricular (NAV) y estimulación en ápex de ventrículo derecho se ha convertido en una alternativa válida en el tratamiento de la fibrilación auricular refractaria. Existe evidencia de que la estimulación ventricular permanente puede deteriorar la fracción de eyección (FE). El objetivo del trabajo fue evaluar la evolución de la FE en pacientes con fibrilación auricular crónica o paroxística que recibieron un marcapasos VVI tomando en cuenta el porcentaje de estimulación ventricular.

Materiales y Métodos: Se analizaron de manera retrospectiva pacientes (PTs) con fibrilación auricular (FA) crónica o paroxística a los que se les implantó un marcapasos definitivo en la modalidad VVI (MP VVI) durante los últimos 4 años, asociados o no a ablación del NAV.
Se realizó un ecocardiograma basal previo al implante y uno control por lo menos 6 meses después del mismo. Se consideró deterioro de la FE cuando se redujo 7 puntos o más durante el seguimiento.
El seguimiento clínico y control de marcapasos fue cada 4 meses con medición del porcentaje de estimulación ventricular.

Resultados: De un total de 69 PTs a los que se les coloco un MP VVI, se pudieron recolectar datos de 50. 29 PTs (58%) fueron implantados por FA baja respuesta ventricular y 21 (42%) por FA alta respuesta ventricular con ablación del NAV.
Todos los PTs sometidos a ablación del NAV quedaron con un porcentaje de estimulación del 100%. De los 29 PTs con FA crónica y paroxística sin ablación del NAV, el 60.6% tenían un porcentaje de estimulación > 80%.
Se observo que 5 PTs (23,8%) del grupo ablación sufrieron caída de la FE comparado con 4 PTs (13,8%) del grupo no ablación (p=0.46). Estos últimos tenían un porcentaje de estimulación mayor al 80%.

Conclusiones: La FE de los pacientes con ablación del NAV no se redujo de manera significativa durante el seguimiento. Sin embargo es posible que la estimulación ventricular permanente se asocie a disfunción ventricular sistólica ya que todos los pacientes que deterioraron la FE poseían por lo menos un 80% de estimulación.

Trabajo Libre Nº43

TRATAMIENTO EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA. GUÍAS MEDICAS-REALIDADES MEDICAS

Dra. SILVEIRO, Sandra Edith | Dra. CAPRINI, Romina Laura | DIAZ SEOANE, Diego | Dra. FAURE, Agueda Romina - **POLICLÍNICA BANCARIA**

Objetivos: Evaluar el tratamiento para la insuficiencia cardíaca (ICC) y su optimización a lo largo de los años según los lineamientos establecidos por las guías médicas.

Materiales y Métodos: Se analizaron en forma restrospectiva pacientes (pts) con antecedentes de ICC que fueron hospitalizados por un episodio de ICC descompensada desde enero 2006 a diciembre 2010. Se evaluaron las características epidemiológicas y la medicación que venían recibiendo al momento de su internación: inhibidores de la enzima de conversión (IECA), antagonistas de los receptores de la aldosterona (ARAII), espironolactona, beta bloqueantes (BB) y digoxina (D). Se analizaron cambios en las conductas terapeúticas a lo largo de los cinco años.

Resultados: n=429

	2006	2007	2008	2009	2010	p
n	95	61	91	86	96	
Edad	75.81±10.33	74.78±9.64	77.32±11.5	78.65±7.64	78.42±10.2	0.07
Hombres	61(64.21%)	41(67.21%)	51(56.04%)	42(48.83%)	52(54.16%)	ns
IECA	36(37.89%)	23(37.7%)	31(34.06%)	36(41.86%)	40(41.66%)	ns
BB	29(30.52%)	23(37.7%)	39(42.86%)	34(39.53%)	42(43.75%)	ns
ARA II	13(8.42%)	7(11.47%)	15(16.48%)	10(11.63%)	37(38.54%)	0.000
Espironolactona	8(8.42%)	11(18.03%)	8(8.7%)	10(11.63%)	9(9.37%)	ns
Digoxina	9(9.47%)	2(3.27%)	7(7.69%)	10(11.63%)	5(5.2%)	ns

Conclusiones: 1) A pesar de lo evidenciado en las diversas guías observamos que menos del 50% de nuestra población recibe IECA y BB no hallándose cambios significativos o tendencia al aumento de estas drogas a lo largo del tiempo.
2) Asimismo se halló un aumento estadísticamente significativo en la indicación de inhibidores del sistema renina angiotensina aldosterona a expensas de un incremento de los ARAII en el año 2010.
3) En nuestra población hallamos una baja indicación de espironolactona que se mantuvo estable a lo largo del período analizado.

Trabajo Libre Nº44

INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA - INHIBIDORES DEL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA ALDOSTERONA

Dres. Silveiro, Sandra; Cainzo, Christian; Faure, Agueda; Cortes Gonzalez, Yudi
POLICLÍNICA BANCARIA

Objetivo: Evaluar el uso de inhibidores del sistema renina angiotensina aldosterona (ISRAA) en pacientes con Insuficiencia Cardiaca Crónica (ICC).Determinar que familia de fármacos es la mas utilizada en la práctica diaria

Materiales y metodos: Se analizaron retrospectivamente pacientes con antecedentes de ICC y deterioro moderado a severo de la función ventricular, hospitalizados por un nuevo episodio de ICC descompensada.
Se evaluaron características epidemiológicas , la función ventricular izquierda (FEVI), mediante un ecocardiograma trastoráccico. Se analizó el uso de ISRAA que venían recibiendo antes de su internación: Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), Antagonistas de los receptores de angiotensina (ARAII) , Antagonistas de aldosterónicos (AA).

Resultados

	Resultados	%
n = 413		
Edad	76,49 ± 11.62	
FEVI	32 ± 18.88	
Hombres	237	57.38%
IECA	161	38.98%
ARA II	77	18.64%
AA	33	7.99%

Conclusiones: En la población analizada se observa una baja indicación de ISRAA, a pesar de tratarse de pacientes con severo deterioro de la función ventricular y antecedentes de ICC.
De este grupo de drogas la mas utilizada son los IECA . Asimismo menos del 40% de la población venían recibiendo dicha medicación. A pesar de la FEVI hallada, la espironolactona solo es recibida por un 8 % de la población.

Trabajo Libre Nº45

¿EXISTEN DIFERENCIAS, EN LA FUNCIÓN VENTRICULAR, ANTE LA EXPOSICIÓN A LA ALTURA, ENTRE PACIENTES CON FUNCIÓN SISTÓLICA DEPRIMIDA Y PRESERVADA?

Dr. FERNANDEZ, Alberto Alfredo | Dra. CONOSCIUTO, Maria Victoria | Dr. FRANCESE, Marcelo Gabriel | Dr. LUGO, Matias Nicolás | Dr. HRABAR, Adrian Demetrio | Dr. DE BENEDETTI, Leonardo Hugo | OLIVERI, Pedro Vicente | BUZZURRO, Mabel
SANATORIO MODELO QUILMES

Objetivos: Los pacientes con Insuficiencia cardiaca crónica (ICC) presentan alteraciones hemodinámicas, y de la función ventricular, que los coloca en un probable grupo de mayor riesgo ante la exposición a la altura. Comparar a un grupo de pacientes portadores de ICC con función sistólica deprimida (FSD), estables clínicamente, en cuanto a sus parámetros de función ventricular, a altitud 0 y ante la exposición a una altura simulada de 3000 metros (cámara hipobárica); con un grupo de pacientes con función ventricular preservada (FSP) en iguales condiciones.

Materiales y Métodos: Se evaluaron dos grupos de pacientes , grupo A, con función sistólica deprimida (FSD) y grupo B con función sistólica preservada (FSP), estableciéndose como punto de corte de FEY mayor o igual a 40%, determinándose: FEY de ventrículo izquierdo, VFDVI, VFSVI a altitud 0 y 3000 mts (cámara hipobarica), mediante ventriculograma radioisotopico con Tc 99 sestamibi en Spect gatillado.
Se compararon la mediana de cada parámetro en cada etapa para cada grupo (test de Wilcoxon) y posteriormente se las comparó entre grupos (test de Mann Whitney).

Resultados: Grupo A: 20 pacientes, estables clínicamente , 90% sexo masculino, edad media 65±11 años, FEY mediana 25%, en tratamiento con B bloqueantes 90%, IECA/ARB 100%, Espironolactona 40%, en clase funcional de la NYHA II 75%, III 25%; Grupo B con FSP: 20 pacientes, edad media 50.7 ±7 años, 70% sexo masculino, con mediana FEY de 54%; en tratamiento con B bloqueantes 30% e IECA/ARB 40%.
Grupo A: altitud 0 vs 3000 mts; VFDVI (ml) 233 vs 207, p=0,06; VFSVI (ml) 116 vs 228, p=0,001; FEY (%) 25 vs 18, p=0,005.
Grupo B: altitud 0 vs 3000 mts; VFDVI (ml) 100,5 vs 103,5, p=0,005; VFSVI (ml) 45 vs 48,5, p=0,01 y FEY (%) 54 vs 53, p=ns.
Comparación entre grupos IC con FSD y FSP:VFDVI: p=0,07; VFSVI : p=0,02 y FEY:p= 0,06.

Conclusiones: Ante la exposición a una altura simulada, los pacientes con FSD en relación a los de FSP, presentan mayor deterioro de su función contráctil, evidenciada en una caída de la FEY (tendencia) y un aumento del VFSVI, sin diferencias significativas en el VFDVI.

Trabajo Libre Nº46

COMPOSICIÓN CORPORAL Y GASTO CALÓRICO DE ESFUERZO EN UN EXAMEN DE APTITUD FÍSICA DE HIPERTENSOS TRATADOS.

Dr. MOTTA, Domingo Agripino | ANGELINO, Arnaldo | MERBILHAA, Raul | SMODALKA, Sonia | PAOLINI, Julieta | BIANCO, Raul | BRANDANI, Laura | RODRIGUEZ CORREA, Carlos
FUNDACIÓN FAVALORO

Objetivos: evaluar composición corporal y gasto calórico de esfuerzo en hipertensos tratados respecto a un grupo control.

Materiales y Métodos: se evaluaron 35 pacientes hipertensos (HTA) tratados (grupo A), de 51+/-14 años, 54 % masculinos, y 35 pacientes control (C) no hipertensos (grupo B), de 54+/-16 años, 66 % masculinos (pNS). Se excluyeron pacientes con EPOC, IAM, APTC, CRM, Valvulopatías, Arritmias y Miocardiopatías. A todos se les realizó medición del índice de masa corporal (IMC), perímetro de cintura abdominal (PCA), y prueba ergométrica máxima en cinta con protocolo Bruce y registro de 12 derivaciones electrocardiográficas con consumo directo máximo de oxígeno (VO2MX). Se registraron frecuencia cardiaca máxima (FCMx), presión arterial sistólica máxima (PASMx) y de recuperación al primer minuto (PASR1), gasto calórico máximo de esfuerzo (Kcal/h), VO2Mx, pulso de oxígeno (PO2) y METs. Para el análisis estadístico de resultados, se efectuaron pruebas t Student con una significancia de p<0,05 (IC 95%).

Resultados: Tabla

Grupo	A) HTA	B) C	P/
IMC talla/peso2	27 +/- 4	24 +/- 3	<0,05
PC cm	98 +/- 12	88 +/- 11	<0,05
FCMx latidos/min	157 +/- 25	163 +/- 17	NS
PASMx mmHg	181 +/- 27	168 +/- 26	<0,05
PASR1 mmHg	175 +/- 29	153 +/- 26	<0,05
Kcal/h	741 +/- 277	722 +/- 282	NS
VO2Mx ml/kg/min	32 +/- 11	33 +/- 12	NS
PO2 mlO2/latido	14 +/- 5	15 +/- 6	NS
METs	9 +/- 3	10 +/- 3	NS

Conclusiones: nuestra población de HTA tratados presentaron mayor IMC, PCA, y respuesta presora de esfuerzo y recuperación a igual Kcal/h, VO2Mx y METs que el grupo C, lo que indicaría la necesidad de incrementar su actividad física y gasto calórico de esfuerzo para optimizar su composición corporal y probable mejora en la respuesta presora de esfuerzo

Trabajo Libre Nº47

INTERVENCIÓN MÉDICA EN PACIENTES OBESOS HIPERTENSOS EN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DERIVADOS PARA LA REALIZACIÓN DE UNA PRESUROMETRÍA DE 24 HS.

Dr. CAISSON, Alejandro Miguel | GARCÍA, Pablo | MOYANO, Omar | ISOLA, Federico | BIGLIA, Nancy | GILARDENGHI, Gimena | RADOLCI, Verónica | ROLDÁN, Soledad
HOSPITAL NACIONAL DR. BALDOMERO SOMMER

Objetivos: La modificación de los hábitos higiénico-dietéticos, constituye un pilar importante del tratamiento de pacientes (p) hipertensos. En p obesos, a pesar de no existir estudios que evalúen cambios en la morbimortalidad relacionada con el descenso de peso, si está demostrado que el descenso de peso se relaciona con el descenso de la tensión arterial (TA). Evaluar la intervención médica en relación a la disminución de peso de p obesos hipertensos a los que se les realiza una presurometría de 24 hs (MAPA). Evaluar el grado de control de la TA de los pacientes obesos.

Materiales y Métodos: Fueron registrados en forma prospectiva todos los p obesos hipertensos bajo tratamiento farmacológico derivados para la realización de un MAPA de 24 hs. entre noviembre de 2009 y enero de 2012. Se les realizó una encuesta para evaluar el grado de intervención del profesional derivador, en relación con el descenso de peso y se colectaron datos sobre el tratamiento farmacológico recibido. Definimos obesidad leve a p con IMC entre 30 y 35, moderada entre 35 y 40 y severa cuando es mayor a 40. Los estudios fueron realizados con equipos Cardiovex.
Fueron clasificados según los valores presurométricos promedios de 24 hs de la siguiente manera.
<125/75 OPTIMO
125-129/75-79 NORMAL
130-135//80-85 LÍMITE
136-140/86-90 HTA LEVE
141-150/91-95 HTA MODERADA
>150/95 HTA GRAVE

Fueron excluídos los estudios que no tuvieran controles horarios las 24 hs, obteniéndose un promedio de 48 tomas, siendo la menor de 36 y la mayor de 60. En todos los casos el porcentaje de tomas efectivas fue superior al 85%.

Resultados: De un total de 662 MAPA realizados entre noviembre de 2009 y enero de 2012, fueron registrados en forma prospectiva 119 estudios realizados a P obesos hipertensos, 59 hombres, 60 mujeres, con un promedio de edad de 54,4 años (límites extremos 19-77)
El 77,31% (92) de los p recibía tratamiento farmacológico.
De los 92 p tratados farmacológicamente, el 48,91% (45) recibía 1 droga, el 30,43% (28) 2 drogas, el 15,21% 3 drogas y el 5,43% (5) 4 drogas.
Con respecto a los fármacos utilizados el 58,69% (54) recibían Inhibidores de la enzima convertidora, el 45,65% (42) recibía beta bloqueantes, el 33,69% (31) recibía bloqueantes AT II, el 25% (23) recibía diuréticos y el 15,21% (14) recibía bloqueantes cálcicos.
Se encontraban con niveles de TA óptimo el 34,45% (41), con TA normal el 19,23% (23), con TA limítrofe el 10,08% (12), con HTA leve el 10,08% (12), con HTA moderada el 15,12% (18) y con HTA severa el 11,76% (14).
Al 84,87% (92) los profesionales a cargo les informaron sobre la relación entre la obesidad y la HTA y se les aconsejó bajar de peso.
Al 18,48% (22) se les brindó un plan nutricional y de actividad física.
El 35,29% (42) fue derivado a un nutricionista.

Conclusiones: Casi la mitad de los p obesos hipertensos (47,05%) se encuentra en rango de TA limítrofe o HTA leve, moderada o severa, pudiendo beneficiarse con el descenso de peso, a pesar de ello existiría una mayor predisposición a tratar farmacológicamente que a indicar medidas higiénico dietéticas.

Trabajo Libre Nº48

¿EXISTE DIFERENCIA EN EL RENDIMIENTO EN EL EXAMEN DE RESIDENCIA SEGÚN LA UNIVERSIDAD DE FORMACIÓN?

Dra. PALACIO, Roxana Edith | MANENTE, Diego | GUERRICO, Fernando | RODRIGUEZ, Sebastián | QUATTROPANI, Daniel | BARRERA, Elio | CALVO, Fanny | DOVAL, Hernan
SANATORIO OTAMENDI Y MIROLI

Objetivos: Analizar si existe diferencia estadísticamente significativa en el rendimiento del examen de residencia de acuerdo a la universidad de formación.

Materiales y Métodos: En abril de 2011 se realizó la selección de ingreso en una institución privada de la Ciudad de Bs.As. Se analizó la universidad de graduación y el desempeño en el examen (20 preguntas elección múltiple, otorgándole un punto a cada respuesta correcta) y la correlación entre ambos.

Resultados: Se inscribieron 204 médicos (M) y rindieron 138. Egresados Universidad de Buenos Aires (UBA) (grupo 1) 31 M, egresados de universidades del resto del país (grupo 2) 41 M y egresados de universidades extranjeras (grupo 3) 66 M. Cuando se analizó el puntaje del examen con el método de ANOVA el resultado fue 11,61 DS 2,58; 9,63 DS 2,41 y 7,22 DS 2,92 respectivamente, con una diferencia estadísticamente significativa (p <0.00005). Utilizando un análisis "post hoc" con el metodo de Tukey existen diferencias significativas entre los 3 grupos. Cuando se reanalizó con el método de Kruskall-Wallis también fue altamente significativo (p<0.00005); pero no se observa diferencia estadística entre el grupo 1 con el 2 , pero si de estos dos con respecto al grupo 3.

Conclusiones: Se observó una diferencia significativa en el desempeño del examen entre los tres grupo universitarios. Fue más marcada entre las universidades nacionales y extranjeras.

Trabajo Libre Nº49

¿EL PROMEDIO DE LA CARRERA SE RELACIONA CON EL EXAMEN DE INGRESO A LA RESIDENCIA?

Dra. PALACIO, Roxana Edith | MANENTE, Diego | GUERRICO, Fernando | VITA, Darío | QUATTROPANI, Daniel | BARRERA, Elio | CALVO, Fanny | DOVAL, Hernan
SANATORIO OTAMENDI Y MIROLI

Objetivos: Analizar si existe correlación entre el promedio de la carrera de medicina y la nota del examen de ingreso a la residencia y cual es el grado de relación; si esta fuera positiva nos permitiría ampliar los ítems a considerar para la selección de los residentes.

Materiales y Métodos: En abril de 2011 se realizó la selección de ingreso en una institución privada de la Ciudad de Buenos Aires. Se analizó el promedio general de la carrera, el desempeño en el examen (20 preguntas de elección múltiple, otorgándole un punto a cada respuesta correcta) y la correlación entre ambos.

Resultados: Se inscribieron 204 medicos, de los cuales rindieron el examen 169. Se analizó el promedio de la carrera con una mediana de puntaje de 7,91 con intervalo intercuartilo (IIC) (7,45 a 8,42).
La mediana en el puntaje del examen de residencia fue de 9 con (IIC) (6 a 11).
La correlación entre ambos fue de 0.3292, con un coeficiente de determinación (R^2) 0,108, que indica que la varianza del examen de ingreso se asocia en un 10,8% a la variación de la nota de la carrera universitaria.

Conclusiones: Si bien se observa una correlación significativa en el puntaje obtenido durante la educación universitaria y el puntaje del examen escrito para ingreso a la residencia. Este grado de asociación es de una influencia menor.

Trabajo Libre Nº50

ARRITMIAS MÁS FRECUENTES DIAGNOSTICADAS POR HOLTER DE 24 HS. EN PACIENTES CON PALPITACIONES SIN DIAGNÓSTICO

Dr. CAISSON, Alejandro Miguel | GARCÍA, Pablo | ISOLA, Federico | MOYANO, Omar | BIGLIA, Nancy | GILARDENGHI, Gimena | RADOLCI, Verónica | ROLDÁN, Soledad
HOSPITAL NACIONAL DR. BALDOMERO SOMMER

Objetivos: Evaluar las arritmias más frecuentemente observadas en pacientes con palpitaciones derivados para la realización de Holter de 24 hs.

Materiales y Métodos: Revisión retrospectiva de la base de datos de holters de 24 hs. realizados a pacientes con palpitaciones.
Fueron excluidos aquellos con ECG patológico y aquellos con diagnóstico de arritmias y/o que recibían tratamiento antiarrítmico.
Evaluamos la presencia de ESV (extrasístoles supraventriculares) frecuentes, TPSV (taquicardia paroxística supraventricular) , FA (fibrilación auricular), AA (aleteo auricular) , EV (extrasístoles ventriculares) frecuente y muy frecuentes, formas repetitivas (duplas, tripletas), TVNS (taquicardia ventricular no sostenida) y TVS(taquicardia ventricular sostenida), pausas mayores a 2,00 seg. Y cambios dinámicos del segmento ST.

Resultados: Sobre un total de 564 holter de 24 hs realizados entre enero de 2010 y noviembre de 2011, 215 (38,12%) fueron solicitados por palpitaciones. Luego de descartar aquellos con ECG previo patológico, diagnóstico previo de arritmia y/o tratamiento antiarrítmico, 156 fueron seleccionados para este análisis.
La realización del holter permitió detectar 56 estudios patológicos (35,89%)
Se observó la presencia de 12 estudios con ESV frecuentes (7,69%), 13 con TPSV (8,33%), 4 con FA (2,56%), 0 con AA, 13 con EV frecuentes o muy frecuentes (8,33%), 14 con EV polimorfas (8,97%), 7 con EV con formas repetitivas (duplas) (4,48%), 1 con TVNS (0,64%), 0 con TVS, 4 con pausas mayores a 2,00 seg. (2,56%) secundarias a bloqueo sinoauricular 2º grado y 2 con cambios dinámicos del segmento ST (1,28).
De los 56 estudios patológicos, en 28 los pacientes (50%) refirieron palpitaciones durante la realización del estudio estando en el 100% de ellos correlacionados con eventos arrítmicos.
Dentro de los 100 estudios normales, en 37 los pacientes (37%) refirieron haber sentido palpitaciones durante la realización del estudio, no correlacionándose con eventos arrítmicos en el 100%.

Conclusiones: La realización del holter permitió diagnosticar estudios patológicos con potencial tratamiento en el 35,89%.
Se observó una frecuencia similar de arritmias de origen supraventricular 29 (18,58%) y ventricular 21 (14,10%), además de 4 trastornos de conducción SA y 2 de isquemia silente.

Trabajo Libre Nº51

ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR Y TROMBOEMBOLISMO (CHA2DS2-VASC) EN PACIENTES SOMETIDOS A CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA ELECTIVA.

Dra. PALACIO, Roxana Edith | MANENTE, Diego | RODRIGUEZ PAGANI, Carlos | BARRERA, Elio | CARRASCO, Eduardo | ALLENDE, Norberto | PEREZ DE LA HOZ, Ricardo | DOVAL, Hernan
SANATORIO OTAMENDI Y MIROLI

Objetivos: Comparar la estratificación de riesgo de accidente cerebrovascular y tromboembolismo (CHA2DS2-Vasc) y la ecocardiografía transesofagica (ETE) en relación con la presencia de trombo en la aurícula izquierda.

Materiales y Métodos: Se extrajeron las variables clínicas (que conforman la estratificación CHA2DS2-Vasc) y eco cardiográficas (velocidad en la orejuela de la aurícula izquierda y contraste espontaneo) de 95 pacientes sometidos a ETE previo a la cardioversión eléctrica entre Mayo de 2005 y Marzo de 2011 y se la analizó en forma retrospectiva.

Resultados: De los 95 pacientes evaluados se halló que 18 pacientes tenían trombo en aurícula izquierda, de los cuales 3 (16,7 %) tenían puntuación de CHA2DS2-Vasc 0-1 y 15 (83 %) tenían una puntuación mayor o igual a 2; (P=NS). La presencia de contraste espontaneo fue significativamente mayor en los pacientes que tenían un CHA2DS2-Vasc mayor o igual a 2; (P=0,02). La velocidad en la orejuela estaba disminuida en 13 pacientes (15.6%) que tenían un CHA2DS2-Vasc de bajo riesgo, y en 51 pacientes (48.3%) con CHA2DS2-Vasc de alto riesgo (P= 0.13). La velocidad en la orejuela de la aurícula izquierda fue normal en 32 pacientes (30,2%) en los cuales no se halló trombo y estaba disminuida en todos los pacientes (18) en quienes si se halló imagen trombotica (p=0,01). Entre los pacientes que no tuvieron "humo", 14 pacientes (51 %) tuvieron velocidades en la orejuela normal y 45 pacientes (86,6 %) con "humo" de cualquier grado presentaron velocidades bajas.

Conclusiones: La puntuación CHA2DS2-Vasc de bajo riesgo no se asocia a la ausencia de trombo. Mientras que la velocidad disminuida en la orejuela es muy frecuente en presencia de contraste espontaneo (humo) de cualquier grado, en pacientes con CHA2DS2-Vasc mayor o igual a 2.

Trabajo Libre Nº52

PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR ATENDIDOS EN CONSULTORIOS EXTERNOS DE CARDIOLOGÍA GENERAL

Dra. GOROCITO, Marta Gloria | Dr. AUGER, Sergio Ricardo | Dra. MARSILIO, Monica R. | Dra. PAEZ, Olga Beatriz Liliana | Dra. LOPEZ, Adriana Cristina | LUVERA, Veronica | Dra. CARNERO, Gabriela Susana | Dr. ACCERBONI, Gabriel Oscar
HOSPITAL DE AGUDOS FRANCISCO SANTOJANNI

Objetivos: Identificar las características clínicas los pacientes con fibrilación auricular (FA) atendidos en consultorios externos de cardiología genral, estimar su prevalencia.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, transversal, que fue dividido en 2 partes: A y B simultaneamente:
A) Proporción de pacientes (ptes) atendidos con FA en consultorios externos de cardiologia consecutivamente desde el 02/01/12 al 02/03/12 documentado mediante electrocardiograma.
B) Perfil clínico y manejo de ptes con FA.
Se realizo un único control en la que se recopilaron datos clínicos y pruebas complementarias realizadas en los 6 meses anteriores al estudio. Se clasifico el tipo de FA.

Resultados: El gpo A representa 32 ptes.con FA sobre un total de 1630 ptes, atendidos en consultorios externos, con un frecuencia del 1,9%, varones 79%, Se observo mayor incremento de la arritmia con la mayor edad de los ptes.
El gpo B elevada proporción de FRC, alta incidencia de hipertensión arterial (HA , 100%), presente en forma importante a partir de los 70 años, sedentarismo y diabetes en menor porcentaje. El tipo de FA mas frecuente fue la permanente. Las drogas mas utilizadas en el tratamiento medico fueron digoxina, anticoagulantes y diuréticos.
La relación entre FA e hipertensión arterial es muy estrecha, ya que esta ultima produce cambios estructurales que predisponen a la arritmia.
La anticoagulación no estaba correctamente indicada en todos los pacientes.

Conclusiones: Uno de los principales objetivos del presente estudio es estimar la prevalencia de la FA en el consultorio externo de cardiología general.
Los pacientes atendidos con FA representan el 1,9% en el periodo establecido, porcentaje que aumenta con la edad, sexo masculino y presencia de hipertensión arterial en todos los pacientes.

(Trabajo basado en el estudio VAL-FAAP, España, 2011)

Trabajo Libre Nº53

ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA CON MAPEO ELECTROANATÓMICO DE TAQUICARDIA AURICULAR ORIGINADA EN LA VENA CAVA SUPERIOR.

Dr. GOMEZ MACIAS, Luis Alberto | Dr. SCAZZUSO, Fernando Adrian | Dr. GINIGER, Alberto Germán | ALBINA, Gaston | LAINO, Ruben | RIVERA, Santiago
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA

Objetivos: La taquicardias auriculares son arritmias infrecuentes (10% de las arritmias supraventriculares) y de difícil manejo. El tratamiento mediante ablación por radiofrecuencia es una estrategia con resultados aceptables (73%) si bien la tasa de recurrencias es elevada (27%). La ubicación en la Vena Cava Superior, es excepcional y el mapeo electroanatómico ha mejorado sensiblemente su eficacia en la localización de las mismas. Desde septiembre de 2009 a diciembre de 2011, de un total de 160 ablaciones con mapeo electroanatómico, 23 correspondieron a taquicardias auriculares. En 4 de ellas se constató el origen en la VCS.

Materiales y Métodos: Pacientes referidos para la ablación de taquicardia auricular focal (n=23). En todos la ablación se realizó con sistema de mapeo electro anatómico Ensite. Se determinó el mecanismo de la arritmia un protocolo de estimulación programada y encarrilamiento para determinar las características electrofisiológicas: focal, automática de la arritmia y descartar circuitos macro o microrrentrantes.

Resultados: Los pacientes ingresaron en taquicardia auricular sostenida al momento del estudio. Con respecto a la morfología de la onda p: los 4 presentaban P+ en II-III-AVF, con P isoeléctrica en DI y AVL, y bifásica +/- en V1. El sitio de activación mas precoz fue la vena cava superior. La localización del potencial guiado por sistema Ensite fue: anteroseptal 2 pacientes, anterior 1 y posterior 1. El ciclo de activación auricular promedio fue de 252 +/- 10msg. La precocidad del catéter de ablación con respecto a la onda P fue de 32.5 +/- 5msg. La aplicación de radiofrecuencia sobre el sitio más precoz fue efectiva logrando la terminación de taquicardia en todos los casos. No se presentaron complicaciones durante el procedimiento. En el seguimiento a 12 meses los pacientes están libres de arritmias.

Conclusiones: La taquicardia auricular focal originada en la vena cava superior es poco frecuente. Los criterios morfológicos de la onda P son útiles para la localización del sitio de activación en conjunto con el mapeo electroanatómico. El procedimiento sobre la vena cava es seguro y efectivo y no se registraron complicaciones al año de seguimiento.

Trabajo Libre Nº54

ÁREA AURICULAR IZQUIERDA E INCIDENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES CON ABLACIÓN POR ALETEO AURICULAR TÍPICO. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE ALTO VOLUMEN

Dr. GOMEZ MACIAS, Luis Alberto | Dr. SCAZZUSO, Fernando Adrian | Dr. GINIGER, Alberto Germán | ALBINA, Gaston | LAINO, Ruben | RIVERA, Santiago
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA

Objetivos: La ablación por radiofrecuencia del aleteo auricular istmo dependiente (AA) ha sido demostrada como un tratamiento efectivo. La tasa de éxito en el corto plazo reportada en diferentes series es del 91% El objetivo del presente trabajo es demostrar la relación entre el tamaño de la aurícula izquierda y la ocurrencia de fibrilación auricular en el seguimiento a largo plazo.

Materiales y Métodos: Se analizaron 148 pacientes con aleteo auricular típico recurrente y refractario al tratamiento farmacológico referidos para tratamiento con ablación por radiofrecuencia entre 2001 y 2011. Se descartaron 30 pacientes por presentar antecedentes de fibrilación auricular en la evaluación preprocedimiento. Los pacientes fueron divididos para su posterior análisis en dos grupos: Grupo A (pacientes que presentaron FA en el seguimiento) y Grupo B (pacientes libres de FA en el seguimiento).

Resultados: De los 118 pacientes, admitidos para la ablación de un aleteo auricular, 85 pacientes (72%) presentaron FA (grupo A) en el seguimiento y 33 pacientes (28%) permanecieron en ritmo sinusal (grupo B). El 76% eran varones y la edad promedio de la población analizada fue de 58+/- 5años. El área auricular izquierda en el Grupo A fue de 23.33 +/- 2 cm2 y de 19.9 +/- 2 cm2 para el grupo B. La tasa de éxito fue del 89% con 11% de recurrencia en el primer año para aleteo auricular sin diferencia entre los grupos (p=0.6). Todos los casos de recurrencia fueron re-ablacionados utilizando un sistema de mapeo electro-anatómico con 100% de éxito y no presentaron complicaciones.

Conclusiones: El área de la aurícula izquierda guarda estrecha relación con la incidencia de fibrilación auricular en pacientes tratados mediante ablación por aleteo auricular típico.

Trabajo Libre Nº55

LA PUNCIÓN TRANSEPTAL EN EL TRATAMIENTO POR ABLACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR Y OTRAS ARRITMIAS IZQUIERDAS.

EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE ALTO VOLUMEN.

Dr. GOMEZ MACIAS, Luis Alberto | Dr. SCAZZUSO, Fernando Adrian | Dr. GINIGER, Alberto Germán | ALBINA, Gaston | LAINO, Ruben | RIVERA, Santiago
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA

Objetivos: Tanto en el aislamiento de las venas pulmonares como tratamiento invasivo de fibrilación auricular (FAP), como en la ablación de las vías anómalas y taquicardias auriculares izquierdas está establecida la punción transeptal como una vía de elección para la manipulación de los catéteres adecuada. El objetivo es demostrar la experiencia en un solo centro (ICBA).

Materiales y Métodos: Desde marzo de 2009 a diciembre de 2011 se realizaron 1093 procedimientos. De los cuales 213 (edad promedio 58 años) fueron realizados con la punción transeptal como parte del protocolo de ablación.

Resultados: En 163 (77.9%) se utilizó para el aislamiento de venas pulmonares por FAP, en 36 (16.9%) para ablación de vías anómalas izquierdas y en 11(5.1%) de taquicardias o aleteos auriculares (TA/AA). Ocurrieron 12 (5.63%) complicaciones en total: 5 pacientes (2.34%) presentaron derrame pericárdico moderado, 1 (0.46%) taponamiento cardíaco. El 100% fueron drenados durante el procedimiento. 5 pacientes (2.34%) presentaron un supradesnivel del segmento ST (4 en derivaciones relacionadas con la cara inferior, 1 con la cara anterior) resueltas con infusión de fenilefrina, 1 (0.46%) seudoaneurisma femoral que resolvio con compresion mecanica.

Conclusiones: La punción transeptal es una técnica que permite un acceso directo y una fácil manipulación de los catéteres para la ablación exitosa de arritmias localizadas en la cavidad auricular izquierda. La tasa de complicaciones son bajas y pueden utilizarse con seguridad en centros de alto volumen de trabajo y con experiencia en el manejo de esta

Trabajo Libre Nº56

USO DEL DABIGATRAN POST ABLACIÓN EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR. ICBA

Dr. GOMEZ MACIAS, Luis Alberto | Dr. GINIGER, Alberto Germán | Dr. SCAZZUSO, Fernando Adrian | LAINO, Ruben | ALBINA, Gaston | RIVERA, Santiago
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA

Objetivos: Los estudios randomizados han demostrado la efectividad de Dabigatran como anticoagulante oral (ACO) para la prevención de accidentes cerebrovasculares y embolias sistémicas relacionados a la fibrilación auricular (FA). La información en nuestro medio sobre el uso del dabigatran post ablación de FA es escasa.
Objetivos: Reportar la experiencia de nuestro centro con el uso de Dabigatran en pacientes con FA sometidos a ablación por radiofrecuencia y aislamiento de venas pulmonares (ARDVP).

Materiales y Métodos: Material y métodos: De un total de 310 pacientes sometidos a ablación por radiofrecuencia desde junio a diciembre del 2011, 64 fueron derivados para ablación de arritmias auriculares y anticoagulados posteriormente con Dabigatran, 43 de ellos para ARDVP. En todos los casos se indicó la suspensión del anticoagulante 36 horas previas al procedimiento. El ARDVP se realizó bajo anticoagulación con heparina sódica según peso logrando un ACT> 300, y posteriormente, ante la ausencia de complicaciones, se reinició la heparina sódica durante 12 horas seguida de la anticoagulación oral con Dabigatran.

Resultados: Resultados: De los 43 pacientes, 31(73%) eran de sexo masculino, 32(74.6%) con diagnóstico de FA paroxística, Fey promedio de 61.18%, área auricular izquierda de 20±2cm2, 41(93%) presentaban un CHADS2 menor o igual a 2. 32(74%) pacientes estaban anticoagulados previamente con Dabigatran 150 mgs cada 12 horas, 4(9%) con acenocumarol según RIN, y 7(17%) no estaban anticoagulados previo al procedimiento. 31(73%) ingresaron en ritmo sinusal, 10(23.%) en FA y 2(4%) en aleteo auricular. El uso de dabigatran no registró muerte, hemorragia mayor ni menor y tampoco ACV. 4 (9.3%) presentaron rash cutáneo 2 (4.65%) TVP de rápida resolución, 1 (2.32%) TEP que se resolvió con anticoagulación endovenosa y 1(2.32%) seudoaneurisma femoral que requirió compresión mecánica.

Conclusiones: El uso de dabigatran en pacientes sometidos a ARDVP con CHADS2 igual o menor a 2, es seguro, no presenta complicaciones hemorrágicas en el post procedimiento y es bien tolerado por los pacientes.

Trabajo Libre Nº57

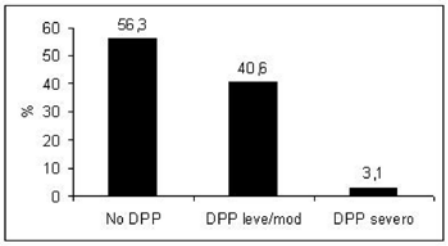
PREVALENCIA DE DESPROPORCIÓN PRÓTESIS PACIENTE EN LA CIRUGÍA VALVULAR AORTICA

Dr. CONTRERAS, Alejandro Ernesto | BRENNA, Eduardo
HOSPITAL PRIVADO CÓRDOBA

Objetivos: La desproporcion protesis paciente (DPP) en el reemplazo de valvula aortica se da cuando el area del orificio efectivo (AOE) de la protesis es menor a la de una valvula normal. Cuando esta discordancia es severa (AOE menor a 0,65 cm2/m2) interfiere en los resultados postoperatorios (ausencia de mejoria en los sintomas, menor regresion de la hipertrofia ventricular y mayor mortalidad).
El objetivo fue conocer la prevalencia de desproporcion protesis paciente en la cirugia valvular aortica segun el metodo de AOE proyectado.

Materiales y Métodos: Se evaluaron de forma consecutiva pacientes operados de reemplazo de valvula aortica solo o combinado con cirugia de revascularizacion miocardica entre enero 2010 y diciembre 2010. En cada paciente se calculo el indice de AOE proyectado. El AOE indexado de cada valvula se deriva de valores normales previamente publicados dividido por la superficie corporal del paciente, dicho metodo ha sido validado por Pibarot et al. La DPP fue definida como: severa (AOE menor a 0,65 cm2/m2), leve a moderada (AOE entre 0,65 y 0,85 cm2/m2) y ausente (AOE mayor a 0,85 cm2/m2). Las variables categoricas se expresan en porcentaje y las variables continuas en promedio y desviacion estandar.

Resultados: Se operaron 32 pacientes, 31,3% mujeres, edad promedio 65 ± 10,9 años, 34,4% fueron cirugias combinadas con cirugia de revascularizacion miocardica. El 37,5% recibio protesis mecanicas y el resto protesis biologicas con stent. La superficie corporal fue 1,96 ± 0,18 m2. El 21,9% recibio protesis numero 21 y el resto fueron protesis 23 a 27. El AOE promedio fue 0,87 ± 0,12 cm2/m2. El 56,3% no tuvo DPP, el 40,6% tuvo DPP leve a moderada y el 3,1% tuvo DPP severa.



Conclusiones: La DPP es un problema frecuente, aunque no tan comun el grado severo que es el mas relevante desde el punto de vista clinico. El AOE proyectado deberia ser tenido en cuenta previo a la cirugia para la toma de decisiones.

Trabajo Libre Nº58

EVOLUCIÓN DE LA TETRALOGÍA DE FALLOT CORREGIDA EN UNA POBLACIÓN ADULTA.

Dra. VEGA, Betina | MAISULS, Héctor | ALDAY, Luis | JUANEDA, Ernesto | CABRERA, Marcelo
HOSPITAL DE NIÑOS CÓRDOBA - SANATORIO ALLENDE

Objetivos: La Tetralogía de Fallot (TF) es la cardiopatía congénita cianosante más frecuente y constituye el 10% de todas las cardiopatías congénitas. La cirugía correctiva en edad pediátrica ha mejorado el pronóstico de manera significativa. La presencia de complicaciones tardías secundarias a lesiones anatómicas residuales es importante en la evolución de los pacientes.El propósito de este trabajo es descubrir las lesiones residuales y secuelas de TF en una población adulta.

Materiales y Métodos: Se estudió una cohorte retrospectiva de 47 pacientes (p) adultos con TF corregida de un registro de 587 adultos con cardiopatía congénita seguidos por 12 años.Se analizó edad de corrección, paliación previa ,reoperaciones, lesiones residuales ,arritmias, duración de QRS en ECG del último año, mortalidad ,y descendencia. Además se describen los hallazgos de resonancia magnética cardíaca(RMC)en un subgrupo de 13 p.

Resultados: De un total de 47 p con TF corregida , 27 fueron sexo masculino (57,5%) . La edad media fue 27,5 años (17-53).La edad media de correción fue 3,9 años (1-12). Un 68,5% de los p presentaron paliación previa .Las lesiones residuales fueron comunicación interventricular :11/39 p (28,2%), insuficiencia pulmonar moderada a severa: 25/39 (64,1%), insuficiencia tricuspídea 2/39, estenosis pulmonar: 2/39 y bloqueo auriculoventricular completo postquirúrgico (BAVC postquir):1/39 . Hubo 7 reoperaciones para corregir comunicaciones interventriculares residuales y a 5 p se les efectuó reemplazo de valvula pulmonar. Hubo 12 arritmias sintomáticas (25,5%):fibriloflutter 4 p ,taquicardia ventricular 3 p,taquicardia supraventricular 4 p y BAVC postquir 1 p.En 8/29(27,5%) el QRS fue igual o mayor de 180 ms.Falleció un p por comunicación interventricular residual grande e hipertensión pulmonar severa .Once p (9 femeninos) tuvieron 21 hijos sanos y 1 fallecido con Sindrome de Edwards y canal AV. De los 13 p con RMC 2 tuvieron volumen de fin diástole de ventrículo derecho(VD) mayor a 170ml/m2 de SC y 8 un volumen de fin de sístole de VD mayor a 85ml/m2 de SC. 13 p (100 %) presentaron deterioro de la fracción de eyección de VD y 4 p(30,7 %) deterioro de fracción de eyección de ventrículo izquierdo.

Conclusiones: La TF en esta población adulta presenta una alta incidencia de Insuficiencia Pulmonar moderada a severa con aumento de los volúmenes diastólicos y sistólicos de VD . Un cuarto de esta población presenta arritmias sintomáticas. Si bien es importante el número de p con QRS mayores a 180 ms no hubo ninguna muerte súbita. La mortalidad fue muy baja en esta población.Se requiere un manejo más adecuado de las lesiones residuales para evitas complicaciones tardías.

Trabajo Libre Nº59

ESTRATEGIA TRANSFUSIONAL CONSERVADORA EN EL POSTOPERATORIO DE LA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Dr. SMITH, Christian Adolfo | AVACA, Horacio Alberto | MACHAIN, Alejandro | SORENSEN, Pablo | GINGINS, Mauro | BRUNEL, Eduardo | TENORIO, Osvaldo | MANUALE, Osvaldo
HOSPITAL BRITÁNICO

Objetivos: Históricamente la transfusión de glóbulos rojos en cirugía de revascularización miocárdica varía entre un 25% a 95% en los países desarrollados, con fuerte asociación en el incremento de la morbi-mortalidad y los costos hospitalarios. La estrategia restrictiva (Hb igual o menor a 7 g/dl para indicar el soporte transfusional) ha demostrado ser segura en pacientes sometidos a cirugía de revascularización miocárdica con tendencia favorable a la disminución de las complicaciones a corto y largo plazo. El objetivo de este trabajo es demostrar la seguridad de la estrategia conservadora en el postoperatorio de la cirugía cardiovascular en términos de morbimortalidad y estadía hospitalaria.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, observacional. De una población de 109 pacientes sometidos a cirugía cardiaca, se excluyeron aquellos que recibieron soporte transfusional debido a sangrado tanto médico como quirúrgico. Se llevo a cabo seguimiento por consultorios externos hasta 30 días postoperatorio.

Resultados: Se analizaron 96 pacientes: 55% cirugía de revascularización miocárdica (CRM), 23% reemplazo valvulares (RV), 18% cirugías combinadas (CC) y 4% de misceláneas (CM). La edad media fue de 65±11 años, la mayoría de sexo masculino (79%), presentaban los siguientes factores de riesgo cardiovasculares: HTA 61,5%, DM 19,8%, DLP 51%, TBQ 17,7%, EXTBQ 38%. Un 27,1% tenían antecedentes de IAM, 11,5% ATC previa, 4,2% insuficiencia renal crónica, 9,4% FA crónica. Se transfudieron un total de 17 pacientes (17,7%), la media de hemoglobina para la indicación de transfusión fue de 7,1 g/dl. Presentaron como intercurrencias: FA 21,9%, IAM perioperatorio 2,1%, insuficiencia renal aguda 3,2%, síndrome de bajo volumen minuto 8,3%, respuesta inflamatoria sistémica 5,2%, BAV completo 2,1%, delirio 5,2%, infección del tracto urinario 3,1%. La mortalidad intrahospitalaria fue del 1% (1), no se observo mortalidad a los 30 días. Las medianas de estadía en la unidad de recuperación cardiovascular y hospitalaria fueron de 3 y 4 días respectivamente. Se reinternó el 1% (1) a los 30 días del postoperatorio a consecuencia de un decalage esternal traumático.

Conclusiones: La aplicación de una estrategia transfusional conservadora en pacientes sometidos a cirugía cardiaca no presento mayor número de complicaciones, no prolongo la estadía hospitalaria ni se asoció a un incremento de la mortalidad global.

Trabajo Libre Nº60

FIBRILACIÓN AURICULAR Y USO DE BETABLOQUEANTES EN EL POST-OPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Dr. BILBAO, Andres Jose | Dr. CIBALERIO, Mariano Roberto | DAMIANICH, Guido | DEGRANGE, Marcela
HOSPITAL NAVAL BUENOS AIRES

Objetivos: Conocer la incidencia de FA en el postoperatorio de cirugía cardíaca en nuestro centro hospitalario y determinar el efecto del uso del betabloqueante en la prevención de dicha arritmia.

Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente 88 historias clínicas de pacientes sometidos a cirugía cardíaca (de revascularización miocárdica, valvulares o ambas) entre Febrero del 2011 y Enero del 2012. El punto final evaluado fue la incidencia de FA en el post-operatorio en pacientes con y sin tratamiento con betabloqueantes. Se excluyeron 14 pacientes por presentar antecedentes de FA, arritmias supraventriculares, y presencia de aurículas fuera del rango normal establecido por la Sociedad de Ecocardiografia de la Argentina. Se realizó análisis estadístico descriptivo uni y bivariado. Se utilizo X2 ($p < 0,05$) software Stata/SE 10.0

Resultados: En los 74 pacientes que se incluyeron en el estudio la edad media fue de 65,5 ± 15 años, con predominio del sexo masculino n=59 (79%). En el post-operatorio presentaron FA 32 pacientes (43%). Recibieron betabloqueantes en el post-operatorio a partir del 4to día de la cirugía 53 pacientes (71%), de los cuales hicieron FA un n=14 (26 %). Entre los pacientes que no recibieron Betabloqueantes en los primeros 4 dias presentaron FA 18 pacientes (85%).Encontramos una significativa reducción de FA en los pacientes al inicio de la administración de los betabloqueantes (p=0,00034).

Conclusiones: En nuestra serie hemos evidenciado el beneficio del uso de betabloqueantes, idealmente en forma precoz, para poder reducir la aparición de FA en el postoperatorio de cirugía cardiovascular.

Trabajo Libre Nº61

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA EN UN CENTRO DEL CHACO. NUESTRA EXPERIENCIA

Dra. LOPEZ, Gladys Marisa | D`ALESSANDRO, Silvana | ARGAÑARAZ, Emanuel | RIOS, Natalia | Dra. CORREA, Mariana
INSTITUTO DEL CORAZÓN CORDIS

Objetivos: Determinar las características poblacionales y valorar las complicaciones y mortalidad en pacientes sometidos a cirugía de revascularización miocárdica sin circulación extracorpórea.

Materiales y métodos: Se incluyeron de manera consecutiva y prospectiva 64 pacientes(pac), en el periodo desde el 01 de diciembre de 2010 a diciembre de 2011 con enfermedad coronaria severa que fueron admitidos en nuestro centro y a quienes se realizo Cirugía de Revascularización Miocardica sin utilización primaria de Circulación Extracorpórea.

Resultados: De los 64 pac Incluidos el 26 % (17 pac) eran mayores de 70 años, con edad promedio de 62 +/- 15 años, el 33 % (21 pac) eran diabéticos, 56 % (36 pac) eran tabaquistas, 48 % (31 pac) eran dislipémicos, el 94 % (60 pac) eran hipertensos, 28% (18 pac) presentaban FEVI menor del 35 %.
El 54 % (35 pac) tenia como indicación enfermedad coronaria severa de 3 vasos y el 15 %(1 pac) Presentaba lesión de tronco de coronaria izquierda como única lesión.
Al 5 % de los pacientes se les realizo doble puente mamario, presentando edad menor de 60 años. Durante la cirugía el 3,1% (2 pac) requirieron conexión a Bomba de Circulación Extracorpórea por presentar inestabilidad hemodinámica.
Durante el post operatorio inmediato, 3.1 % (2 pacientes) presento sangrado medico y 3.1 % (2 pacientes) sangrado quirúrgico, 3,1% (2 pac) presentaron infección de herida quirúrgica sin dehiscencia, 3,1% (2 pac) presentó fibrilación auricular, 6,25% (4 pac) presentaron neumonía y 1,5 % (1 pac) presento ACV isquémico secuelar. El porcentaje de mediastinitis fue del 1,5 %, 1 pac que tenia como factor de riesgo DBT. La mortalidad fue del 4,6 % (3 pac.)
El promedio de días de internación fue de 6 días +/- 2.

Conclusiones: Nuestra experiencia en cirugías cardiacas sin circulación extracorpórea tiene baja tasa de complicaciones y baja mortalidad; así como los disminuyo los días de internación, resultados comparables a los descriptos en la literatura actual.

Trabajo Libre Nº62

DISECCIÓN DE AORTA TIPO A CON COMPROMISO VALVULAR: PRESERVACIÓN VERSUS REEMPLAZO VALVULAR AORTICO

Dra. ORTIZ, Maria Jose | DR. BENITEZ, Guillermo | DR. CRAVZOV, Ricardo | DR. TERCELAN, Ariel | DRA. MERELES, Laura
CENTRO CARDIOLÓGICO DEL NORDESTE (SANATORIO GÜEMES)

Objetivos: Evaluar los resultados intrahospitalarios de los pacientes (ptes) con diagnostico de disección de aorta Tipo A e insuficiencia valvular aórtica (IAo), a quienes se le efectuó cirugía con preservación versus reemplazo de válvula aortica.

Materiales y Métodos: Entre junio del 2002 y diciembre del 2011 se realizo cirugía de reemplazo de aorta ascendente, en 14 ptes con diagnóstico de disección de aorta tipo A e IAo. Se valoró tipo de cirugía (urgente o electiva) y el tipo de proceder que se utilizó. En el postoperatorio, se valoró la estadía hospitalaria, así como las complicaciones que se presentaron y la mortalidad observada. Se realizó ecocardiograma transtorácico (ETT) prealta y a los 6 meses.

Resultados: En 9 ptes intervenidos quirúrgicamente se pudo preservar la válvula aortica (64.2%), en los 5 restantes la reparación se realizó mediante colocación de conducto valvulado más reimplante de arterias coronaria (35.7%). La cirugía electiva prevaleció sobre la de urgencia, en el 57.1% y el 42.8% respectivamente. Las complicaciones cardiovasculares fueron las más frecuentes (57%), 3 ptes presentaron Fibrilación Auricular Aguda (21.4%), uno presento Fibrilación Ventricular (7.1%) y 4 evolucionaron con Shock Cardiogenico (28.5%). Solo un paciente requirió reexploración quirúrgica por sangrado en las primeras horas postoperatorias. Un paciente fue reintervenido por presentar IAo severa. La mortalidad total fue del 28.5%, la cual estuvo en correspondencia con el deterioro hemodinámico prequirúrgico de los ptes. En los ETT previo al alta ningún paciente mostró IAo, mientras que a los 6 meses un paciente presentaba IAo leve.

Conclusiones: La preservación de la válvula aórtica mediante reimplante valvular ha mostrado buenos resultados. Evita las complicaciones tromboembólicas y hemorrágicas derivadas de las prótesis y de la anticoagulación crónica. Si la válvula aórtica reimplantada mantiene una funcionalidad adecuada a largo plazo, debería considerarse como técnica quirúrgica en la diseccion de aorta tipo A.

Trabajo Libre Nº63

RESULTADOS DE LAS CIRUGÍAS CARDIACAS EN NUESTRO CENTRO Y LA RELACIÓN DE LAS COMPLICACIONES CON EL USO DE CIRCULACIÓN EXTRACORPOREA.

Dra. LOPEZ, Gladys Marisa | D`ALESSANDRO, Silvana Gisella | RIOS, Natalia | Dra. CORREA, Mariana
INSTITUTO DEL CORAZÓN CORDIS

Objetivos: Se evaluaron las características demográficas, los resultados y las complicaciones de las cirugías cardiacas admitidas en nuestro centro y su relación con la utilización de circulación extracorpórea.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 108 pacientes (pac), de manera consecutiva y prospectiva en el periodo desde el 1 de agosto de 2010 al 1 de diciembre de 2011, admitidos en el Servicio de Cirugía Cardiovascular

Resultados: De los 108 pac incluidos, el 59, 2 % (64 pac) se realizó Cirugía de revascularización miocardica, 12% (13 pac) Cirugía combinada, 25% (27 pac) cirugía de reemplazo valvular, 2.7% (3 pac) cirugía de corrección de defecto congénito y 2.7% (3 pac) cirugía de disección de aorta tipo A. La edad promedio fue de 62 +/- 16 años, siendo el 25 % mayores de 70 años. De los factores de riesgo que se presentaron el 82.40 % (89 pac) eran hipertensos, 50.92% (55 pac) eran tabaquistas, 35.18% (38 pac) eran dislipémico y 25 % (27 pac) eran diabéticos, la FSVI era menor a 35 en el 8.9% (9 pac.). De las valvulopatías, la cirugía de la válvula Aortica (estenosis e insuficiencia) fue la más frecuente (22.2% ,24 pac). De los pacientes sometidos a cirugía con Circulación extracorpórea (42.59%; 46 pac), el 29.6 % (32 pac) tuvieron una duración mayor a 60 minutos con un 2.7 % (3 pac) de sangrado medico, frente a los que tuvieron una duración menor, los cuales no presentaron dicha complicación (p=0.25). Las complicaciones arrítmicas más frecuentes fueron en un 8.3 % (9 pac) la Fibrilación Auricular, seguida del 4.6% (5 pac) Bloqueo AV completo. Dentro de las infecciosas, la Neumonía se presento en el 3.7% (4 pac) y 0.92% (1 pac) presento infección de la herida quirúrgica sin dehiscencia. Se observo ACV isquémico, en 4 pacientes (3,7%). La mortalidad hallada fue del 3,7 % (4 pac).

Conclusiones: Las características demográficas observadas fueron comparables a los descriptos en la literatura. Observamos una tendencia mayor de complicaciones con la utilización de circulación extracorpórea y con su duración, sin significancia estadística.

Trabajo Libre Nº64

TAQUICARDIA AURICULAR EN HOLTER AMBULATORIOS COMO PREDICTOR DE FIBRILACIÓN AURICULAR

Dr. IVANOVICH, Vladimir | TORRES, Yenifers | FIAMENGO, Martín | VILLAMIL, Alejandro | VARINI, Sergio
CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Si bien se ha considerado a la Taquicardia Auricular Autolimitada (TAA) como un ritmo precursor de Fibrilación Auricular (FA), la evidencia bibliográfica no aporta datos suficientes en cuanto a esta asociación.
Enfocar la vista en el estudio del significado clínico de la TAA puede ayudar a seleccionar pacientes de riesgo que deberían ser tratados.
El objetivo de este estudio es evaluar si la TAA en Holter de pacientes (p) ambulatorios del Centro Gallego de Buenos Aires es predictor de FA en un seguimiento a 4 años, y si existe relación con algunas condiciones clínicas.

Materiales y Métodos: Fueron evaluados 126 p sometidos a holters consecutivos por arritmia, palpitaciones o síncope durante Marzo y Abril de 2007. Fueron excluidos 13 p por presentar FA, AA o poseer implantado MPD, y 12 p perdidos en el seguimiento. Los restantes 101 p representan la población en estudio. Se definió TAA a salvas mayores de 3 latidos auriculares no mayor de 30 segundos. Fueron analizados los datos epidemiológicos (edad, sexo, HTA, DBT, IAM) el ECG y la relación cardiotorácica (RCT), en la población con y sin TAA y entre los que permanecieron en RS y los que evolucionaron a FA en un seguimiento mediante evaluación de sus historias clínicas e interrogatorio telefónico al cumplirse 4 años. Se comparó la incidencia de aparición de FA, síncope, internaciones por causa cardíaca y óbitos durante dicho período entre la población sin y con TAA.

Resultados: De los 101 p 39 presentaron episodios de TAA. Comparando las características de las poblaciones sin y con TAA, se desprende que: la población con TAA presentó una tendencia a ser más añosa (77,41 vs 73,36 años), con mayor predominio del sexo masculino (48 vs 38%), más hipertensos (51,28 vs 37,1%) y con un ICT mayor (46,54 vs 40,2%) sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas. En el seguimiento a 4 años, 14 de los p con TAA evolucionaron a FA (37,84%), mientras que en el grupo sin TAA 17 (30,36%) presentaron dicha arritmia (OR 1.39 IC 0,29-1,7 P 0,45). Comparando la población que evolucionó a FA con la que permaneció en RS en el seguimiento, se observó que la primera fue más añosa (75,54 vs 73 años), más HTA (45,16 vs 38,34%) y con mayor RCT (54,67 vs 33,87%).

	RS	TA	Intervalos de Confianza	Odds Ratio	Valor de p
Ritmo FA en 2011	17 (30.36%)	14 (37.84%)	0.29-1.71	1.39	0.45
Internaciones en Cardiología	10 (16.13%)	11 (28.21%)	0.77-5.39	2.04	0.14
Síncope	8 (12.9%)	7 (17.95%)	0.48-4.45	1.4	0.49
Muerte	6 (9.68%)	2 (5.13%)	0.09-2.6	0.5	0.41

Tabla 3. Eventos en el seguimiento a 4 años

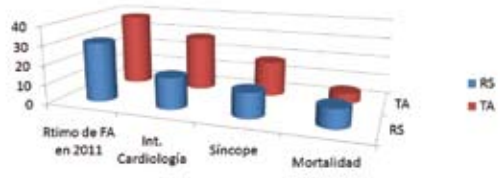


Gráfico 1. Porcentaje de eventos en el seguimiento a 4 años.

Conclusiones: Si bien la población que presentó TAA tuvo una ligera tendencia a evolucionar a ritmo de FA respecto a los que no la presentaron en el seguimiento a 4 años, dicha diferencia no alcanzó significación estadística. Un número mayor de p con mayor tiempo de seguimiento podría definir la tendencia. La población que evolucionó a FA presentó mayor promedio de edad, HTA e ICT aumentado.

Trabajo Libre Nº65

CONTROL DE LA FRECUENCIA CARDÍACA EN LA FA PERMANENTE, EN PACIENTES AÑOSOS.

Dr. FRANCHI, Victor Marcelo de Jesus | RUBIO, Maria | NICOLOSI, Liliana
HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES

Objetivos: Es frecuente la necesidad de controlar la frecuencia cardiaca en pacientes con FA permanente, mediante el empleo de drogas cronotrópicas negativas, teniendo en cuenta la labilidad del sistema de conducción en los pacientes añosos.
Se planteó evaluar los distintos esquemas farmacológicos utilizados, en esta población añosa, para control de frecuencia cardiaca

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo, en pacientes con fibrilación auricular permanente, realizados en el Hospital Español, CABA en consultorios externos. Se analizaron los distintos esquemas terapéuticos para control de la frecuencia cardiaca.
Se excluyeron pacientes con valvulopatías, cardiopatías isquémicas inestables, insuficiencia cardíaca CF III y IV y marcapaso. Se tuvieron en cuenta las características clínicas, frecuencia cardíaca (FC), ecocardio- grama doppler. Se documentó el tratamiento concomitante con anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios, el riesgo cardioembólico mediante el score CHADS2VASC y riesgo hemorrágico con el score de HAS-BLED.

Resultados: ingresaron 60 pacientes con edad promedio de 77.44 ± 13.73 años. Sexo femenino 52.5 %, masculinos 47,5%. Como factor de riesgo mas importante se hallo a la HTA en un 87%. La FC promedio fue de 74,69 ± 13.73 latidos por minuto (IC 95 %, 71.17- 78.20). El 100% presentó dilatación de aurícula izquierda 45 ± 9.6mm (IC 95%, 42.68- 50.31). Utilizaron el 64% betabloqueantes (BB) para el control de la FC. En el 30% de los pacientes tratados con BB fue necesario asociar digoxina para el control de la FC , en un 5% amiodarona y un 15% bloqueantes cálcicos (BC). El 50% de los pacientes controló la FC con monodrogas siendo en el 14% BB, 12% BC y 24% digoxina.
El 63% se encontraba anticoagulado, el 26% antiagregado con ac. Acetilsalicilico (AAS) y un 2% tenían un doble esquema con AAS más clopidogrel. El scores CHADS2VASC entre 3 -6 incluyó el 72% de los pacientes y el score de HAS- BLED entre 2 - 3 incluyó el 75% de los pacientes.

Conclusiones: El 50% de los pacientes con fibrilación auricular permanente requirieron para el control de la frecuencia cardiaca la asociación de dos drogas. Tratamiento con anticoagulantes orales recibío el 63% de los pacientes analizados

Trabajo Libre Nº66

EFICACIA DEL ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO PARA SELECCIÓN DEL MODO DE ESTIMULACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DEL NODO SINUSAL.

Dra. ALMIRON, Yesica Pamela | PARRA PAVICH, Miguel Angel | WIRZ, Fabrizio | TERCELAN, Ariel | CRAVZOV, Ricardo | MERELES, Laura - **CENTRO CARDIOLOGICO DEL NORDESTE (SANATORIO GÜEMES)**

Objetivos: La superioridad del modo de estimulación AAI/AAIR respecto del modo DDD/DDDR y VVI/VVIR se ha demostrado, con menor incidencia de tromboembolias, accidentes cerebrovasculares, fibrilación auricular, insuficiencia cardiaca y mortalidad. En los últimos años, el número de implantes AAI/R es mínimo (1.3% frente al 56.9% de DDD y 41.8% en modo VVI), ya que la tendencia es implantar un modo de estimulación bicameral. El objetivo del trabajo es: 1. Evaluar la eficacia del Estudio Electrofisiológico para la selección del modo de estimulación en pacientes (ptes) con Enfermedad del Nodo Sinusal (ENS). 2. Determinar el número de implantes de marcapasos AAI/R en ptes con ENS comparado con otros modos de estimulación durante un periodo de 12 años y 11 meses en la Unidad de Arritmias de nuestra institución.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los registros de Estudios electrofisiológicos (EEF) e implantes de marcapasos definitivos AAI/R en ptes con ENS que no presentaban trastornos de conducción auriculo-ventricular ni taquiarritmias auriculares en la Unidad de Arritmias de nuestra institución desde el 13/02/1999 hasta el 26/01/2012. Se observó la evolución de estos ptes durante una media de 78.5 meses y la necesidad de cambio de modo de estimulación. El control fue mediante telemetría semestral.

Resultados: Un total de 1186 pacientes requirieron marcapasos definitivo. El 9,1% presentaban ENS en ritmo sinusal, de los cuales 67 (5.64% del total de implantes y 62,3% de ptes con ENS) fueron AAI/R y 41 (3,45% y 37,7%) fueron DDD/R. Edad promedio 66.9+-10 años. 62.68% mujeres y 37.31% hombres. La media de seguimiento fue 78.5 meses. Solo 1 (1.49%) de estimulación auricular, requirió recambio de modo a DDD, actualmente estimulando como VVI por presentar Fibrilación auricular.

Conclusiones: El método de selección del modo de estimulación unicameral a través de los datos de EEF, en ptes con ENS en nuestro centro, fue adecuado; reportándose sólo el 1.46% de necesidad de recambio de modo de estimulación. De acuerdo a nuestros resultados, el modo AAI/R es la primera opción de tratamiento en pacientes con ENS en ritmo sinusal y conducción auriculo-ventricular normal.

Trabajo Libre Nº67

TASA DE IMPLANTES DE MARCAPASOS AAI/R EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DEL NODO SINUSAL EN RITMO SINUSAL EN NUESTRO CENTRO, EN COMPARACIÓN CON REGISTROS INTERNACIONALES.

Dra. ALMIRON, Yesica Pamela | PARRA PAVICH, Miguel Angel | WIRZ, Fabrizio | TERCELAN, Ariel | CRAVZOV, Ricardo - **CENTRO CARDIOLOGICO DEL NORDESTE (SANATORIO GÜEMES)**

Objetivos: La estimulación auricular (AAI) es el modo de estimulación recomendado como el más adecuado en pacientes con enfermedad del nodo sinusal (ENS), incluso las indicaciones del grupo de Trabajo de Marcapasos de la Sociedad Española de Cardiología y las guías del American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) eligen como primera opción de tratamiento la estimulación auricular en pacientes con conducción auriculoventricular (AV) normal sin riesgo de aparición futura de Bloqueo AV, a pesar de esto, la estimulación auricular unicameral es el menos empleado (1,3%).
El objetivo del trabajo es: Determinar el número de implantes de marcapasos AAI/R en ptes con ENS en ritmo sinusal en la Unidad de Arritmias de nuestra institución en comparación con el Registro Español de Marcapasos. VIII Informe Oficial de la Sección de Estimulación Cardiaca de la Sociedad Española de Cardiología (2010)

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los registros de implantes de marcapasos definitivos AAI/R en ptes con ENS que no presentaban trastornos de conducción AV ni taquiarritmias auriculares en la Unidad de Arritmias de nuestra institución desde el año 2001 hasta el 2010. Se compararon los resultados con los obtenidos en el mismo periodo de tiempo en el VIII Informe Oficial de la Sección de Estimulación Cardiaca de la Sociedad Española de Cardiología (2010). Se observó la evolución de estos ptes durante una media de 60 meses y la progresión a Bloqueo AV. El control fue mediante telemetría semestral.

Resultados: En 10 años, se implantaron 995 marcapasos definitivos (DDD/R, VDD/R, VVI/R y AAI/R). El 8,34% de estos pacientes presentaban ENS en ritmo sinusal, de los cuales 48 (57,83%) fueron AAI/R y 35 (42,17%) fueron DDD/R, en contraposición a los centros españoles, cuyo porcentajes fueron 6,1% y 67,1% respectivamente. Edad promedio 64,4+-10 años. 60,41% mujeres y 39,59% hombres. La media de seguimiento fue 60 meses; en dicho período, no se registraron progresión a Bloqueo AV.

Conclusiones: La experiencia en nuestro centro de estimulación auricular unicameral en pacientes con ENS en ritmo auricular, fue positiva y con porcentajes mayores a lo reportado en centros españoles, durante el mismo periodo de tiempo; no reportándose progresión a Bloqueo AV. De acuerdo a nuestros resultados, el modo AAI/R es la primera opción de tratamiento en pacientes con ENS en ritmo sinusal y conducción AV normal.

Trabajo Libre Nº68

LA PUNCIÓN TRANSEPTAL EN EL TRATAMIENTO POR ABLACIÓN DE VIAS ACCESORIAS IZQUIERDAS.

Dr. SCAZZUSO, Fernando Adrian | Dr. GOMEZ MACIAS, Luis Alberto | Dr. GINIGER, Alberto Germán | ALBINA, Gaston | LAINO, Ruben - **INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA**

Objetivos: La ablación de las vías anómalas izquierdas ha sido descripta como el procedimiento de elección para su tratamiento. Habitualmente el abordaje para la ablación es retrógrado o transeptal, lo que depende de la ubicación del haz anómalo y de la práctica en la realización del procedimiento. El objetivo es comparar las dos tecnicas en el tratamiento de las vias accesorias izquierdas. Se describe la experiencia en un centro de alto volumen (ICBA).

Materiales y Métodos: Desde marzo de 2009 a diciembre de 2011 se realizaron 154 ablaciones de vías anómalas por taquicardia por reentrada AV, en 96 pacientes consecutivos con diagnóstico de vía accesoria izquierda. El abordaje de la vía fue decidido por el operador y se dividió en dos grupos: puncion transeptal (grupo A) o acceso retrogrado aórtico (grupo B). Se compararon la tasa de éxito post ablación, recurrencia y complicaciones en ambos grupos. La ablación se consideró exitosa ante la inducibilidad de taquicardia retroconducción centrica con diversos protocolos de estimulación programada.

Resultados: Sobre 96 pacientes 36(37%) correspondieron al grupo A, y 60(63%) al grupo B. El 71% eran varones y la edad promedio de la poblacion analizada fue de 48+/-5 años. La tasa de éxito fue del 94%(34) en el grupo A y del 95% (57) en el grupo B sin diferencias significativas. La tasa de recurrencia fue similar en ambos grupos con 6%(2) en grupo A vs 5%(3) grupo B. No se registraron complicaciones.

Conclusiones: La punción transeptal es una técnica que permite un acceso directo y fácil manipulación de los catéteres para la ablación exitosa de las vias anómalas izquierdas. La tasa de complicaciones es baja y puede utilizarse con seguridad en centros de alto volumen y con experiencia en esta técnica.

Trabajo Libre Nº69

INCIDENCIA DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO POST ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA DE ALETEO AURICULAR TÍPICO.

Dr. SCAZZUSO, Fernando Adrian | Dr. GOMEZ MACIAS, Luis Alberto | Dr. GINIGER, Alberto Germán | ALBINA, Gaston | LAINO, Ruben | RIVERA, Santiago
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA

Objetivos: Las guías actuales establecen la ablación del istmo cavo tricuspídeo como el tratamiento de elección (Clase I) en pacientes con aleteo auricular típico. Nunca antes se había reportado una alta incidencia de fibrilación auricular en pacientes con ablación de un aleteo auricular típico.
El propósito del este estudio fue es evaluar la presencia de fibrilación auricular (FA), en pacientes a los que se les realizó una ablación por radiofrecuencia del ICT y sin antecedentes de FA.

Materiales y Métodos: De 179 pacientes que fueron seleccionados para la ablación del ICT por presentar un aleteo auricular típico (AAT), 61 pacientes presentaron como antecedente con historia de FA quienes fueron excluidos para el presente análisis, y 118 sin historia de fibrilación auricular. Los pacientes fueron seguidos mensualmente con ECG de 12 derivaciones durante un año. Se realizó un monitoreo cada 2 meses con Holter para determinar la presencia de episodios de FA asintomática posterior a la ablación. El diagnóstico de fibrilación auricular incluyó al menos un episodio de 30 segundos de duración. Las drogas antiarrítmicas fueron descontinuadas y se mantuvo la anticoagulación por el término de un mes.

Resultados: Un total de 118 pacientes (77.09% hombres, 66 +/- 8 años de edad) fueron analizados. El bloqueo bidireccional del ICT fue obtenido en todos los pacientes. Ningun paciente presento AAT durante las maniobras de estimulación o durante los test farmacológicos con isoproterenol. 85 pacientes (72%) presentaron registros de FA durante el seguimiento.Las variables fueron analizadas en ambos grupos, Los predictores de recurrencia de FA posterior a una ablación fueron: Hipertensión (p=0.003) y área de la AI ≥ 23.3 +/- 2cm2.

Conclusiones: La ablación del ICT en pacientes con AAT no es curativa dado que en un gran porcentaje de los pacientes presentan FA durante el seguimiento.La ablación del ICT en pacientes con AAT no es curativa dado que en un gran porcentaje de los pacientes presentan FA durante el seguimiento.
El área de aurícula izquierda fue un predictor independiente para presencia de fibrilación auricular en pacientes con AAT. La Hipertensión puede ser la causa de este aumento del área auricular.
La utilidad de asociar al tratamiento de ablación el aislamiento de las venas pulmonares como terapia adjuvante debe determinarse en trabajos prospectivos y randomizados. La decisión de suspender la anticoagulación en este grupo de pacientes debe ser revisada y quizás incluir el área de AI como un criterio de riesgo para embolia.

Trabajo Libre Nº70

ABLACION DE VENAS PULMONARES COMO TERAPIA ADJUNTA EN PACIENTES CON ALETEO AURICULAR TIPICO.

Dr. SCAZZUSO, Fernando Adrian | Dr. GOMEZ MACIAS, Luis Alberto | Dr. GINIGER, Alberto Germán | ALBINA, Gaston | LAINO, Ruben | RIVERA, Santiago
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA

Objetivos: Una alta proporción de pacientes con aleteo auricular típico (AAT) luego de la ablación del istmo cavo tricuspídeo presentan episodios recurrentes de fibrilacion auricular. El beneficio de la ablacion de venas pulmonares en pacientes con AAT y agrandamiento auricular izquierdo no ha sido determinado. El objetivo de este estudio es evaluar el beneficio del aislamiento de venas pulmonares en los pacientes citados para ablación del ICT por AAT.

Materiales y Métodos: Dicho protocolo fue aprobado por el comité de ética de nuestra institución. En todos los casos se obtuvo el consentimiento médico firmado. Se incluyeron 70 pacientes con AAT refractario al tratamiento antiarrítmico y con área de aurícula izquierda mayor a 23.33cm2 (77.09% masculinos; 66+/-8 años de edad) quienes fueron randomizados a ablación del ICT (Grupo A n=35) o ablación del ICT + aislamiento de venas pulmonares (Grupo B n= 35). El seguimiento promedio fue de 14 +/-2meses. Los pacientes fueron controlados mensualmente con un Holter de 24 horas y ECG de 12 derivaciones.

Resultados: El bloqueo bidireccional del ICT fue alcanzado en todos los pacientes. Todos los pacientes del grupo B se realizó el aislamiento eléctrico de las venas pulmonares. La duración del procedimiento, el tiempo de flouroscopía, y el número de lesiones fue significativamente diferente en ambos grupos. 4 pacientes del grupo A desarrollaron hematoma en el sitio de punción, y 2 pacientes del grupo B presentaron derrame pericárdico moderado. No se observaron complicaciones (mayores) en ambos grupos. La recurrencia del AAT en el grupo A fue del 8,5% y no hubo recurrencia en el grupo B. En 15 pacientes (42.8%) en el grupo A y en 30 (85,7%) del grupo B estuvieron libres de arritmias y no recibieron medicación al final del seguimiento (p=<0.05).

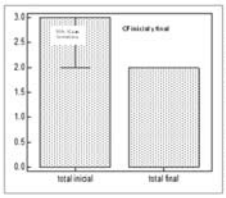
Conclusiones: El aislamiento de las venas pulmonares al momento de la ablación del ICT logra mantener el ritmo sinusal a un número significativamente mayor de pacientes. Esta estrategia demostró una mejor evolución libre de arritmias a largo plazo. Es razonable pensar que la ablación del AAT pueda desenmascarar la presencia de FA. El hecho de que ninguna recurrencia de aleteo ocurrió en el grupo con aislamiento de las venas pulmonares demuestra la dependencia del AAT de la fibrilación auricular. Finalmente la ablación de venas pulmonares puede ser realizada de manera segura en el momento de la ablación del ICT.

Trabajo Libre Nº71

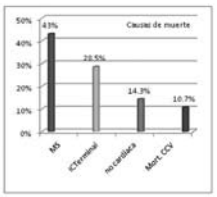
INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA. ANÁLISIS DE BASE DATOS.

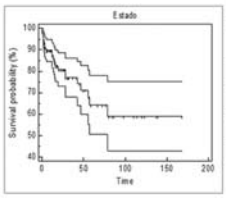
Dr. BONAFEDE, Roberto Jorge - **HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA**

Objetivos: Observar y describir información de la base de datos.
Materiales y Métodos: Desde el 10/06/1996 al 25/09/2011 se incluyeron 207 pacientes en 2 períodos: 02-94/04-08 (170 meses) y 04-08/10-11 (42 meses). Se evaluó principalmente etiología, evolución clínica, ecocardiográfica y drogas utilizadas. Es un análisis descriptivo, donde los resultados se expresan como porcentajes para variables categóricas y como media con su desvío estándar para las continuas y mediana para edad y seguimiento. La CF se analizó con Wilcoxon pair test para comparar datos pareados y Kruskal-Wallis Test (ANOVA –No paramétrico) con postest de Dunn para comparar más de dos grupos entre sí. El DVI se procesó estadísticamente con Paired t test y Fey con Wilcoxon pair test y finalmente se realizó análisis de sobrevida con método de Kaplan Mier
Resultados: La edad media fue de 56±11 años, la mediana 57, 82% masculino y 18% femenino. Las etiologías más frecuentes fueron las isquémica e hipertensiva no asociadas: 21.25% y 20.7% respectivamente. El síntoma de inicio más frecuente fue disnea (53%). La CF media al comienzo del seguimiento fue de 2.6±0.85 y a la última consulta de 2.21±0.75 (p=0.0001). La media de seguimiento fue de meses 19±30. El 83% fue tratado con BB, 81% con IECA y 64% con antialdosteronicos. Son más las internaciones previas al inicio del seguimiento que las posteriores al mismo (49 vs. 11 pacientes).



ECG	%
Arritmia ventricular (EV)	25
BCRI	23
fibrosis	21
HVI	16.8
BCRD	16.7
HIA	11.3
Isquemia IE	9
FCAI	9
FCVI	7.5
BAV 1°	5
Trastr. Incom. Cond. IV	3.8
ZBV	1.6
Repolarización normal	1.6
TS	1.6
FCVD	1
ZBA	1
Paro sinusal	0.5





DD/VI inicial	65.7±8.7
DD/VI final	63.4±10.75
p	0.75
Fey inicial	39.35±13.40
Fey final	38±13.75
p	0.38

Conclusiones: Se observó buena evolución clínica y estabilidad ecocardiográfica. Hubieron menos internaciones, sumando los dos períodos, posteriores al inicio del seguimiento que previas al mismo. La participación de los chagásicos en el grupo de los fallecidos aumentó de 25 a 37%. Los pacientes con serología para enfermedad de Chagas positiva y clínica de miocardiopatía chagásica fueron más del doble que en otras series (esperable en zona endémica), todos los pacientes de nacionalidad boliviana (8%), son chagásicos. El abandono del seguimiento fue menor en el segundo período (35% vs. 52%). Hubo mejoría significativa de la CF al final del seguimiento.

Trabajo Libre Nº72

RIESGO DE HEMORRAGIA EN PACIENTES MAYORES DE 85 AÑOS ANTICOAGULADOS POR FIBRILACIÓN AURICULAR

Dr. CONTRERAS, Alejandro Ernesto | REVIGLIONO, Jose | AMUCHASTEGUI, Tomas | AMUCHASTEGUI, Marcos - **HOSPITAL PRIVADO CÓRDOBA**

Objetivos: La fibrilación auricular es la más común de las taquiarritmias y es un importante factor de riesgo independiente para sufrir accidente cerebrovascular. A medida que se incrementa la edad de los pacientes, tienen mayor beneficio con anticoagulacion oral, pero con incremento de riesgos de sangrados. El objetivo de este trabajo fue, comparar la tasa anual de eventos hemorrágicos entre pacientes mayores y menores de 85 años de edad, con diagnóstico de fibrilación auricular no valvular y anticoagulados con warfarina.
Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo. Se evaluaron a todos los pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular del Servicio de Cardiología de nuestra institución y monitorizados a través del Sistema informatizado de Anticoagulación (SIA). Se incluyeron pacientes entre octubre 2004 y noviembre 2008. Se dividió a la población en dos grupos de acuerdo a la edad, 85 años o mayores y menores de 85 años. Los puntos finales fueron, eventos hemorrágicos mayores y menores, según los criterios propuestos en ACTIVE W. Las variables categóricas se expresaron en porcentaje y las continuas en promedio y desviación estándar. Para la comparación de las variables categóricas se uso Chi cuadrado y para la comparación de las variables continuas Test T.
Resultados: El estudio tuvo un seguimiento de 28,2 ±17,5 meses, 24 pacientes (20,3%) tenían más de 85 años de edad. El porcentaje de sangrados mayores fue 4,62%/anual (85 años o mas) vs 0,95%/anual (< a 85 años); p= 0,05, OR 6,57 (IC 95% 1,04-41,8) y de sangrados menores 4,62%/anual (85 años o mas) vs 5,2%/anual (< a 85 años), p=0,99; OR 1,08 (IC 95% 0,28-4,21). No hubo diferencias en el Tiempo en Rango Terapéutico entre ambos grupos (56,4 ± 16,3% vs 60,5 ± 17,7%, p=0,30).

	Mayores 85 años	Menores 85 años	Valor p
Edad	87,9 ± 3,5 años	73 ± 7 años	0,001
Score CHADS	3 ± 1,2 puntos	1,6 ± 1,08 puntos	0,001
Aspirina	9 (37,5%)	37 (39,8%)	0,83
Clopidogrel	1 (4,2%)	5 (5,4%)	0,81

Conclusiones: La edad no debería ser un motivo suficiente para contraindicar la anticoagulación, sin embargo, se debe tener especial cuidado y un seguimiento estricto de los pacientes mayores de 85 años de edad, ya que poseen mayor riesgo de sangrados.

Trabajo Libre Nº73

FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA DE REVASCULARIZACION MIOCARDICA. PREVALENCIA, PREDICTORES Y MORTALIDAD A MEDIANO PLAZO

Dr. CONTRERAS, Alejandro Ernesto | FERRERO GUADAGNOLI, Adolfo | BRENNA, Eduardo | POGONZA, Pablo | PALADINI, Guillermo
HOSPITAL PRIVADO CÓRDOBA

Objetivos: La fibrilación auricular (FA) es el trastorno del ritmo cardiaco mas frecuente en el postoperatorio de cirugía cardiaca La ocurrencia de FA se ha asociado a prolongación de la internación, readmisión a las unidades de cuidado intensivo e incremento en la mortalidad.
Los objetivos del presente trabajo fueron: conocer la prevalencia de FA en el postoperatorio de cirugías de revascularización miocardica (CRM), identificar predictores de riesgo y comparar la mortalidad a mediano plazo (grupo con FA vs sin FA).

Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de pacientes con CRM desde enero 2006 a noviembre 2008. Se analizaron las variables clínicas y se dividió a la población en 2 grupos (grupo FA, con FA en el postoperatorio y grupo NFA, sin FA en el postoperatorio). Las variables categóricas se expresan en porcentaje y las continuas en promedio y desviación estándar y se compararon con chi cuadrado y test T respectivamente. Valor de p menor a 0,05 se considero significativo. Se incluyeron en un modelo multivariado (regresion logistica) aquellas variables con p< a 0,10 con el objetivo de identificar predictores independientes de FA postoperatoria. Mediante seguimiento clínico y telefónico se evaluó la mortalidad de la población y se comparo la sobrevida con el método de Kaplan-Meier.

Resultados: Se incluyeron 103 pacientes, edad promedio 63,7 ± 9,1 años, 76,4% hombres. El 62,1% fueron con circulación extracorporea. La prevalencia de FA fue de 21,4%. Los pacientes del grupo FA eran mas añosos (67,4 ± 8,5 años vs 62,7 ± 9,1 años, p= 0,03) y tenían un mayor porcentaje de antecedente de FA previa (22,7% vs 2,5%, p=0,001). El antecedente de FA previa fue el unico predictor independiente de FA postoperatoria en el análisis multivariado, OR 11,1 IC95 (1,63 – 62,5, p= 0,01). Los pacientes tuvieron un seguimiento de 3,4 ± 1 año. En el seguimiento la sobrevida fue de 81,8% en el grupo FA vs 92,5% en el grupo NFA (log Rank Test, p=0,11).

Conclusiones: La prevalencia de FA en el postoperatorio de CRM fue considerable. Los pacientes con antecedentes de episodios de FA previa tuvieron 11 veces mas riesgo de tener FA en el postoperatorio. Hubo una tendencia a mayor mortalidad (no significativa) en el seguimiento a mediano plazo en el grupo con FA en el postoperatorio.

Trabajo Libre Nº74

EVALUACIÓN DE LAS ARTERIAS CAROTIDAS MEDIANTE ECO-DOPPLER A FIN DESCARTAR LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD CORONARIA SIGNIFICATIVA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA VALVULAR. REPORTE PRELIMINAR

Dr. BLURO, Ignacio Martin | BIANCOTTI, Gabriel | MARENCHINO, Ricardo | PEREYRA, Daniel | MASSON JUAREZ, Walter | VALLE RALEIGH, Juan | FERNANDEZ, German | BATTELLINI, Roberto
HOSPITAL ITALIANO

Objetivos: La evaluación de las arterias coronarias mediante una cinecoronariografía (CCG) es una práctica de rutina en los pacientes que se someterán a una cirugía valvular. El objetivo del trabajo es determinar el valor diagnóstico de la ausencia de ateromatosis carotidea determinada por ultrasonido para inferir la ausencia de enfermedad coronaria en pacientes que serán sometidos a cirugía valvular.

Materiales y Métodos: Se relevó en forma retrospectiva todos los pacientes sometidos a cirugía valvular aislada o combinada con cirugía de revascularización miocárdica (CRM) entre el 1 de julio de 2010 y el 31 de Diciembre de 2010 en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Se recavó la información de 80 (97%) Eco Doppler carotideos y las respectivas CCG. Se estableció la presencia de ateromatosis carotidea, determinada por la presencia de placas de ateroma y el valor del espesor intima.media (EIM) y su relación con la presencia de enfermedad coronaria (EC) significativa. Tras la realización de una curva ROC se determinó el punto de corte de EIM por debajo del cual no habría enfermedad coronaria significativa. Las variables continuas se analizaron con Mann-Whitney U Test y las dicotómicas con chi2.

	Sin Enf. Coron.	Enf. Coron	p
Edad	66 ± 11	73 ± 7	0,02
Mujeres	21 (47%)	10 (27%)	0,004
DBT	4 (9%)	6 (16%)	0,37
HTA	23 (54%)	29 (81%)	0,016
TBQ	6 (13%)	2 (6%)	0,28
Peso	74±2,1	77±15	0,35
LDL	127±4	111±7	0,053
HDL	49±2	46±3	0,19
Placa	14 (32%)	32 (89%)	<0,0001
EIM max	1,16±0,4	1,99±0,7	0,004
IAM previo	0	12 (33%)	
Revasculariz. Previa	0	3 (8,5%)	

Resultados: Se analizaron 80 pacientes de los cuales 45 (56%) corresponden a cirugías valvulares y 35 (44%) corresponden a cirugías combinadas con CRM. Un único paciente con evidencia de enfermedad coronaria no se revascularizó debido a que se realizó un reemplazo valvular aórtico percutaneo. Las características de la población se presentan en la Tabla 1. La edad, el sexo masculino, la presencia de hipertensión arterial (HTA), el EIM, la presencia de placas de ateroma en las carótidas y el antecedente de infarto se asociaron en forma univariada con la presencia de enfermedad coronaria. La presencia de ateromatosis carotidea se asocio significativamente con la EC, OR 17 (IC95 4.06-76.4). No obstante, la ausencia de placas carotideas no permite descartar la presencia de EC ya que el 11% de los individuos con EC no presentaron placas en las carótidas, al tiempo que 30% de quienes tenían coronarias sin lesiones significativas si presentaban algún grado de ateromatosis carotidea. El EIM fue la única variable que se asocio en forma independiente a la presencia de EC luego de ajustar por edad, sexo, HTA, LDL y tabaquismo, siendo el área bajo la curva ROC del EIM para la predicción de EC 0.823. La presencia de un EIM ≤ 0.8 mm descarta la presencia de enfermedad coronaria con una sensibilidad de 100% y una especificidad de 25%.

Conclusiones: Los pacientes sometidos a cirugía valvular cardíaca que no presenten ateromatosis carotidea y cuyo EIM sea menor a 0.8 mm podrían operarse sin necesidad de realizar una CCG como parte de la evaluación prequirúrgica debido a la baja prevalencia de enfermedad coronaria en este grupo de pacientes.

Trabajo Libre Nº75

SINDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE: PREVALENCIA Y LOCALIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA DE LAS VÍAS ACCESORIAS.

Dra. TORRES, Maria Jose | PERESSOTTI, Bruno | MACHADO, Rogelio | ANGEL, Adriana | DEGREGORIO, Alejandro | CORDERO, Diego | DELGADO, Jorge | CUROTTO GRASIOSI, Jorge
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: determinar la prevalencia, características y localización electrocardiográfica de las vías accesorias en el Wolff - Parkinson - White (WPW) según el algoritmo de Fitzpatrick en una población de individuos aparentemente sanos.

Materiales y Métodos: reclutamos 49.872 electrocardiogramas (ECG) de pacientes ambulatorios y consecutivos; el diagnóstico de WPW se fundamentó en los siguientes criterios: onda P sinusal, intervalo PR menor o igual a 120 milisegundos y onda delta visible en cualquier derivación. La disposición de la vía accesoria se estableció aplicando los criterios electrocardiográficos descriptos por Fitzpatrick y cols. Los trazados fueron analizados por tres médicos cardiólogos experimentados quienes certificaron el diagnóstico definitivo.

Resultados: del total de la muestra, el 74% eran varones, edad promedio de 29 ± 10 años y el 26% mujeres de 26 ± 8 años. Encontramos 55 ECG (47 varones y 8 mujeres) que cumplieron los criterios diagnósticos de WPW, prevalencia de la población total de 0,11%. La prevalencia del WPW fue 0,13% en varones y 0,06% en mujeres.

La onda delta se asoció a bloqueo de rama derecha en dos trazados que fueron excluidos al momento de considerar la posición del haz accesorio. Treinta y cuatro (62%) preexcitaron a la derecha y diecinueve a la izquierda (38%) (p = ns). Veintidos resultaron anteriores (72%) y siete posteriores (23%) (p = 0,01). Entre las derechas se identificaron 14 anteroseptales, 10 anterolaterales, 4 posteroseptales, 4 medioseptales y 2 posterolaterales. Entre las izquierdas, 13 anterolaterales, 3 posterolaterales y 3 posteroseptales.

Conclusiones: en esta muestra la prevalencia del WPW fue de 11 cada 10.000 individuos; es predominante en hombres y las vías anteriores fueron más frecuentes.

Trabajo Libre Nº76

CARACTERÍSTICAS DE LA EVALUACIÓN CARDIOLÓGICA PREOPERATORIA EN CIRUGÍAS DE BAJO RIESGO.

CORVERA, Mark | PERESSOTTI, Bruno | ANGEL, Adriana | DEGREGORIO, Alejandro | DAK, Marcelo | CARDÚS, Marta | DELGADO, Jorge | Dr. CUROTTO GRASIOSI, Jorge L.
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: evaluar las características de los informes de los riesgos quirúrgicos en pacientes sometidos a cirugías de bajo riesgo.

Materiales y Métodos: el estudio fue retrospectivo y evaluamos 500 informes de riesgos quirúrgicos de pacientes que iban a realizar una cirugía por definición de bajo riesgo como es la cirugía plástica. Se analizaron edad, sexo, tipo de cirugía a realizarse, antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes, tabaquismo, enfermedad coronaria, enfermedad valvular, arrítmias e insuficiencia cardíaca, las clasificaciones utilizadas por los cardiólogos que hicieron los informes de los riesgos quirúrgicos y si se les indicó monitoreo cardiológico.

Resultados: la edad fue de 39 ± 13, el 94% eran de sexo femenino, el 7% eran hipertensos, el 5% eran dislipidémicos, el 1% eran diabéticos y el 20% eran tabaquista. Ningún paciente tenía antecedentes de coronariopatía ni de insuficiencia cardíaca pero el 1% presentaba prolapso mitral y otro 1% antecedentes de arritmia supraventricular. Observamos que la nomenclatura más frecuente de uso fue: habitual o aumentado en un 48 % de los casos, índice de Goldman en el 12 %, escala de la sociedad americana de anestesiología (ASA) en el 6 % y la estratificación de riesgo de procedimientos quirúrgicos no cardíacos (AHA) en el 12 %. Al 14% de esta población se le indicó monitoreo cardiológico intraoperatorio. El 22 % de esta población llegó al quirófano con un ECG sin informe ni evaluación cardiológica.

Conclusiones: se utiliza en un altísimo porcentaje nomenclatura que no se encuentra avalada por el consenso de la Sociedad Argentina de Cardiología para cirugía no cardíaca. Por otro lado, un porcentaje no despreciable de pacientes llega a quirófano sin evaluación preoperatoria cardiovascular.

Trabajo Libre Nº77

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE FIBRILACIÓN AURICULAR AGUDA

Dr. RODRIGUEZ, Sebastian Antonio | SALVATI, Ana | Dr. DÉVOLI, Adrián Pablo | GENTILE, Silvia | MERLETTI, Daniel | FLORES MUÑOZ, Sofia | MACIEL, Karina Andrea
CLÍNICA MODELO DE MORÓN

Objetivos: Analizar las características de la población con fibrilacion auricular aguda (FAA) asistida en un sistema de medicina prepaga, las patologías y complicaciones asociadas, la reversión a ritmo sinusal y estrategia utilizada.

Materiales y Métodos: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que ingresaron a unidad coronaria con diagnóstico de FAA desde enero 2007 hasta diciembre 2011

Resultados: Se internaron 80 pacientes con FAA. La edad promedio fue de 69,3 años (rango 25 a 88 años). Los hombres (60%) fueron afectados a más temprana edad (promedio edad 59,9), con respecto a las mujeres (promedio 70,1 años). El 71,25% (n=57) revirtió a ritmo sinusal, el 28,75% (n=23) permaneció con FA. En cuanto a la estrategia de reversión, el 8% lo hizo de forma espontanea; El 74,2% farmacológica y el 17,8% requirió cardioversión eléctrica. 12 ptes (15%) tuvieron complicaciones en la evolucion (5 ptes habian revertido a ritmo sinusal): insuficiencia cardiaca (8,75%), ACV (5%) y sangrado (1,25%). Los ptes que presentaron complicaciones fueron mas añosos 73,5 años;. Solo un paciente que tuvo como complicación ACV había revertido a ritmo sinusal. Reincidieron 28% (n=16). Fueron anticoagulados 41,25% (n=33). Aquellos pacientes con score CHADS2 >ó= 2, solo el 50% se externó anticoagulado e incluían: ACV 5%; DBT 22,5%; ICC 12,5%; edad >75 años 31,25%; HTA 75%.

Conclusiones:
1. La FAA se presento en adultos jóvenes <75 años (68,75%).
2. La prevalencia fue mayor en hombres 60%
3. Las complicaciones se presentaron en pacientes mas añosos
4. La complicación mas frecuente durante la internación fue insuficiencia cardiaca (8,75%), seguido por ACV (5%).
5. Las comorbilidades prevalentes fueron HTA (75%), DBT (22,5) e insuficiencia cardiaca (12,5%).
6. Se logro reversión a ritmo sinusal en 71,25% de los pacientes sin aumento de las comorbilidades durante la internación.

Trabajo Libre Nº78

ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PACIENTES INTERNADOS CON HEMOCULTIVOS POSITIVOS

Dr. CONTRERAS, Alejandro Ernesto | BRENNA, Eduardo | PARISI, Gustavo | CHAMALE, Roberto
HOSPITAL PRIVADO CÓRDOBA

Objetivos: Dos hemocultivos separados positivos para germenes tipicamente responsables de endocarditis infecciosa (EI) es un criterio mayor para diagnostico de EI según los criterios modificados de Duke. El objetivo del trabajo fue determinar la prevalencia de EI en pacientes internados con hemocultivos positivos para germenes tipicamente productores de EI y sin otros criterios diagnosticos.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes a quienes se les solicito ecocardiograma transesofagico (ETE) para descartar EI, debido a hemocultivos positivos y sin evidencias de foco infeccioso al momento de la evaluación. El diagnostico ecocardiografico de EI fue hecho de acuerdo al criterio mayor de Duke (vegetacion, absceso o dehiscencia de protesis valvular). El ETE fue evaluado por dos cardiologos.
Las variables categoricas se expresan en porcentaje y las variables continuas en promedio y desviacion estandar.

Resultados: Entre Junio 2011 y Marzo 2012, se incluyeron 24 pacientes, fueron excluidos 7 pacientes con hemocultivos positivos por germenes no incluidos como causantes tipicos de EI, quedando 17 pacientes. Edad promedio de 60,5 ± 16 años, 64,7% tenian hemocultivos positivos para stafilococo aureus, 23,5% para streptococo faecalis y 11,8% para streptococos viridans. Hubo 5 casos de EI (29,4%), 4 pacientes con stafilococo aureus y 1 paciente con streptococo faecalis. Todos los casos de EI fueron de valvulas nativas (4 casos de EI sobre valvula mitral y 1 caso sobre valvula aortica).

Conclusiones: En una poblacion hospitalizada, con hemocultivos positivos para germenes tipicamente responsables de EI, sin otro foco aparente, el diagnostico definitivo de EI se da en un tercio de los casos.

Trabajo Libre Nº79

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO.

Dra. GOUJON, Wilma Noeli | Dra. GONZALEZ, Silvia Marina | Dra. BAEZ NUÑEZ, Maria Del Mar | PRESTI, Hector | ILLIOVICH, Ernesto | Dr. SORIANO, Lisandro
HOSPITAL JULIO C. PERRANDO

Objetivos: Analizar las características clínicas, ecocardiográficas y evolución intrahospitalaria de los pacientes (p) internados por EI en el Hospital Perrando de la Provincia del Chaco.

Materiales y Métodos: Se evaluaron en forma prospectiva las características clínicas y ecocardiográficas de p internados con diagnóstico de EI entre Enero de 2011 a Marzo de 2012.

Resultados: Se incluyeron 18 p. Edad:39 ± 14 años, sexo masculino 11 p (61 %). Cardiopatía previa 8 p (44,4 %), 7 p con cardiopatía valvular (mitral 4 p, aórtico 2 p, mixta 1 p). El 66,6 % de los p ingresados tuvieron un evento predisponente para la infección. El tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de 15±14 días. El 94,4 % de las EI fueron sobre válvula nativa, 1 p EI asociada a marcapasos. La válvula comprometida fue mitral en el 50% de los casos (9p), 5p (28%) tricuspídea, 3p (18%)aórtica. El 78% de los p tuvieron hemocultivos positivos, 9 p Stafilococo, 3 p Estreptococo, 1 p Enterococo y 1 p Klebsiella. El 39% (7 p) presentaron complicaciones durante la internación dentro de las cuales hubo dos óbitos (11 %). No hubo relación entre las complicaciones y el tipo de germen. Recibieron tratamiento quirúrgico 4 p (22%).

Conclusiones: En nuestra población se observó un número elevado de p con cardiopatía previa en EI y se encontraron eventos predisponentes en un gran porcentaje de pacientes.
Se encontró una alta incidencia de EI tricuspídea.
Si bien se observaron frecuentes complicaciones, la mortalidad intrahospitalaria no fue elevada, a pesar de que el número de intervenciones quirúrgicas fue bajo.

Trabajo Libre Nº80

VALORACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MIOCARDITIS POR RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD.

Dr. OTTONELLO, Pablo Prospero | AVACA, Horacio | GINGINS, Mauro | LUDUEÑA CLOS, Esteban | FINN, Veronica | SORENSEN, Pablo | FEIJOO, Ramiro | KUDRLE, Cintia
HOSPITAL BRITÁNICO

Objetivos: La miocarditis es un proceso inflamatorio agudo o crónico que afecta al miocardio en respuesta a la acción de diversos agentes infecciosos, químicos y/o físicos. La enfermedad cursa de manera autolimitada en la mayoría de los pacientes y su evolución natural es ampliamente variable, desde un estado asintomático secundario a inflamación local, desarrollo de miocardiopatía dilatada de curso evolutivo variable, hasta insuficiencia cardíaca mortal por miocarditis diseminada.
El diagnóstico de la miocarditis durante el episodio agudo puede resultar complicado, dada la ausencia de métodos diagnósticos capaces de garantizar un grado de especificidad y sensibilidad aceptables. Si bien la biopsia endomiocárdica sigue considerándose el patrón oro, los avances y el desarrollo de las técnicas de imagen como el ecocardiograma y la resonancia magnética cardíaca contribuyen al diagnóstico de miocarditis.
El objetivo de este trabajo es correlacionar los hallazgos ecocardiográficos en aquellos pacientes con diagnóstico de miocarditis confirmado por resonancia magnética cardíaca.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con sospecha de miocarditis a quienes se les realizo resonancia magnética cardíaca con secuencias convencionales de sangre negra y cines, secuencias potenciadas en T2 para edema miocárdico y técnica de realce tardío tras la administración de gadolinio endovenoso. Se realizó ecocardiograma Doppler transtorácico a aquellos pacientes.

Resultados: Desde agosto de 2009 a marzo de 2012 se incluyeron 8 pacientes con diagnóstico de miocarditis confirmado por resonancia magnética cardíaca. El motivo de consulta fue dolor torácico en 5 casos (62,5%) y disnea en 3 casos (37,5%). El electrocardiograma fue normal en 2 pacientes (25%), presentando en el resto de los casos algún tipo de alteración (25% supradesnivel del segmento ST, 25% fibrilación auricular, 12,5% bloqueo incompeto de rama derecha, 12,5% secuela septal). Todos los pacientes presentaron elevación de troponina y creatin fosfoquinasa. Se realizó cinecoronariografía en 50% de los casos los cuales no presentaron lesiones angiográficamente significativas. Todos los casos fueron estudiados con ecocardiograma Doppler transtorácico y con resonancia magnética cardíaca que confirmaba el diagnóstico de miocarditis por la presentación de realce tardío de gadolino intramiocárdico. En ninguno de los casos se realizó biopsia endomiocárdica.
El 50% de los pacientes presentaron función sistólica del ventrículo izquierdo conservada, el 50% restante presento deterioro leve en 2 casos (25%), moderado en un caso (12,5%) y severo en otro caso (12,5%). La función diastólica del ventrículo izquierdo fue normal en 3 casos (37,5%), anormal en 4 casos (50%) presentando deterioro leve 3 casos (37,5%), moderado en un caso (12,5%) y no evaluable en otro caso (12,5%) por presentar fibrilación auricular al momento del estudio. La función ventricular derecha fue normal en 6 pacientes (75%) y anormal en el resto. Se evidenció dilatación ventricular izquierda en 3 casos (37,5%) y aumento de espesores en 2 casos (25%).

Conclusiones: La ecocardiografía permite una rápida valoración de los diámetros, espesores (eventual edema) y función ventricular al ingreso para una correcta terapéutica inicial y confirmación por otros métodos diagnósticos complementarios como la resonancia magnética cardíaca.

Trabajo Libre Nº81

HIPERTENSIÓN ARTERIAL ASOCIADA A CHAGAS Y SUS CONSECUENCIAS

Dr. LIUZZO, Fabricio Ariel | Dr. CERVINO, Claudio Nahuel | Dr. TORRES, Pablo Jose | Dr. ESTEVEZ, Ariel Omar | GOROCITO, Marta | Dra. TERRAGNO, Alicia Lorena | TORREJON, Nicole | AUGER, Sergio
HOSPITAL DE AGUDOS FRANCISCO SANTOJANNI

Objetivos: Evaluar si la precensia de Hipertension Arterial (HTA) en el paciente(P) Chagasico es condicionante de una evolucion cardiologica desfavorable.

Poblacion Total 423P (100%)	Hombres 232P (55%)	Mujeres 191P (45%)	Edad Promedio 43
Normotensos 363 P (86%)	Hombres 190 P (52,3%)	Mujeres 173P (47,7%)	Edad Promedio 44
HTA 60P (14%)	Hombres 42P (70%)	Mujeres 18P (30%)	Edad promedio 42

Materiales y Métodos: Se incorporo P con chagas en periodo indeterminado (serologia + sin cardiopatia) en forma prospectiva y se consideraron 2 grupos (G): G1 igual P con chagas sin enfermedades asociadas. G2 igual P con chagas e HTA como unica patologia agregada. Se utilizo la clasificacion OMS-SIH (1999) para clasificar al P hipertenso. Variables evaluadas: edad, sexo, normotensos, hipertensos, tratamiento (tto), evolucion a cardiopatas â€œAâ€ (cardiopatia sin dilatacion: arritmias y/o trastornos de conduccion) y cardiopatas â€œBâ€ (cardiopatia dilatada). Se realizo electrocardiograma y Rx de torax semestral; Holter y Ecocardiograma anual. Metodo Estadistico: Test de CHI2 y Exacto de Fisher.

Resultados: Se incorporo 423 P, el 55% hombres(232P), con edad promedio de 43 años. El seguimiento promedio fue de 2 años de los dos G (tabla 1). Se observo hipertrofia ventricular izquierda por ecocardoigrafia en el 32% porciento de los P con HTA (19P) y solo en el 7% de los normotensos (25 P). en los P con HTA el tto fue: no farmacologico (10P (17%) y farmacologico 50P (83%). El tto farmacologico predominante fue: Inhibdores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), 16P (36%), Bloqueantes calcicos 10P (20%), IECA mas diureticos 7P (14%), Betabloqueantes 6P (12%) y otros 11P (22%). En el G1 evolucionaron a cardiopatia A o B el 6% de los P (22P). Y en G2 evoluciono el 25% (15P) (P<0,01)

Conclusiones: La presencia de HTA en (p) chagasicos a pesar del tto especifico se asocio a una peor evolucion cardiaca respecto de (p) chagasicos sin enfermedad concomitantes.

Trabajo Libre Nº82

ESTUDIO POBLACIONAL DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN SUDAMERICA

Dr. LIUZZO, Fabricio Ariel | Dra. GOROCITO, Marta Gloria | Dr. PUERTA, Leandro Gaston | Dr. ACCERBONI, Gabriel Oscar | CERVINO, Nahuel | MOYANO, Roxana | Dr. AUGER, Sergio Ricardo | AUGER, Sergio
HOSPITAL DE AGUDOS FRANCISCO SANTOJANNI

Objetivos: Analizar las caracteristicas de una poblacion con serologia positiva para chagas, su forma de presentacion y grupo etario.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 201 pacientes procedentes de Argentina, Bolivia y Paraguay evaluados en forma consecutiva en el Consultorio de Pacientes Chagasicos del Hospital Santojanni durante 2 años. Se realiza un analisis segun el lugar de residencia y se clasifica a los pacientes por rango etario y tipo de cardiopatia, siendo tratados acorde a la presencia de esta (tipo A y B).

Resultados: El numero de pacientes (p) ingresados fue 201, de los cuales 167 eran mujeres (83%). 95 p eran de Bolivia (47%), 84 de Argentina (41%) y 22 de Paraguay (11,50%). Del total con serologia positiva para chagas, se presentaron en etapa cronica sin cardiopatia (ex periodo indeterminado) 138 p (67%), 46 p (23%) como cardiopatas TIPO A y 17 p (9%) cardiopatas TIPO B. Con respecto a la cardiopatia tipo A fue homogenea la distribucion entre Argentina y Bolivia; no evidenciandose p con estas caracteristicas en los provenientes de Paraguay. El trastorno de conduccion mas frecuente observado en este grupo fue el Bloqueo Completo de Rama Derecha (BCRD) (43%); la asociacion entre BCRD y Hemibloqueo Anterior Izquierdo fue de 1%. La media de edad para los argentinos fue 41 años y para los bolivianos de 28 años; se observa que los del segundo grupo con cardiopatia tipo A representaban el 73% en su presentacion para la edad (p <0.01). El 23 % de la poblacion paraguaya era portadora de cardiopatia tipo B. No se registraron casos de muerte subita en el seguimiento.

Conclusiones: La forma de presentación más frecuente de esta patología es el estadio indeterminado (67%). Dentro de los pacientes con cardiopatía tipo A no se evidencia diferencias según el lugar de residencia. La población Boliviana presenta más precozmente cardiopatía asociada a enfermedad de chagas. Tambien se observa que el 100% de los oriundos de paraguay que tenian cardiopatia eran tipo B. Al final de este trabajo se vio como era la distribución de cardiopatias segun el lugar de residencia.

Trabajo Libre Nº83

VALOR DE LA ERGOMETRÍA EN LA RECATEGORIZACIÓN DE PACIENTES CHAGÁSICOS SIN CARDIOPATÍA APARENTE

Dr. CAISSON, Alejandro Miguel | GARCÍA, Pablo | ISOLA, Federico | MOYANO, Omar | BIGLIA, Nancy | GILARDENGHI, Gimena | RADOLCI, Verónica | ROLDÁN, Soledad
HOSPITAL NACIONAL DR. BALDOMERO SOMMER

Objetivos: Evaluar la presencia de arritmias ventriculares, trastornos de conducción y cambios sugerentes de disfunción autonómica en pacientes chagásicos sin cardiopatía demostrada hasta el momento de la realización del estudio

Materiales y Métodos: Evaluación retrospectiva de la base de datos de ergometrías con sus correspondientes historias clínicas de pacientes chagásicos sin cardiopatía aparente, realizadas entre enero del 2011 y enero del 2012.
Fueron eliminados aquellos pacientes con ECG patológico de base, cardiomegalia en la RxTx o agrandamiento de cavidades por ecocardiograma y/o antecedente de holter patológico.
En todos los casos se utilizó cicloergómetro y protocolo de Bruce modificado.
De un total de 732 estudios, solo 65 cumplieron con los requisitos para esta evaluación

Resultados: Fueron realizados 65 ergometrías a pacientes chagásicos sin cardiopatía aparente, 35 hombres, 30 mujeres con un promedio de edad de 52,15 años y límites extremos 17 – 71.
Se detectaron 10 estudios patológicos por la presencia de arritmia ventricular (15,38%), de los cuales 9 (13,86%) presentaron EV frecuentes, 10 (15,38%) EV polimorfa, 6 (9,25%) duplas ventriculares, 2 (3,07%) tripletas ventriculares y 1 (1,53%) TVNS.
No constatamos trastornos de conducción ni cambios en la TA sugerentes de disfunción autonómica.

Conclusiones: La ergometría, un estudio sencillo, nos permitió la reclasificación y la reestratificación pronóstica del 15,38% de los pacientes chagásicos evaluados.
La arritmia ventricular se manifestaría más precozmente que los trastornos de conducción y la disfunción autonómica.

Trabajo Libre Nº84

ARRITMIAS VENTRICULARES Y VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDÍACA EN PACIENTES CON CHAGAS SIN CARDIOPATÍA CONOCIDA EN UNA MUESTRA DE HOLTER DE 24 HS

Dr. CAISSON, Alejandro Miguel | ISOLA, Federico | MOYANO, Omar | GARCÍA, Pablo | BIGLIA, Nancy | GILARDENGHI, Gimena | RADOLCI, Verónica | ROLDÁN, Soledad
HOSPITAL NACIONAL DR. BALDOMERO SOMMER

Objetivos: La realización de estudio holter en pacientes con enfermedad de Chagas (EC) sin cardiopatía aparente constituye una indicación clase I nivel de evidencia C, como parte de su estratificación pronóstica. Constituye además una herramienta para su correcta reclasificación.
Evaluar la presencia de arritmia ventricular y la alteración de la variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC) como predictores de muerte súbita en pacientes con diagnóstico serológico de EC sin cardiopatía demostrable, asintomáticos, sin evidencia de cardiomegalia y con ECG normal.

Materiales y Métodos: Evaluación retrospectiva de estudios holter de 24 hs realizados entre enero de 2010 y noviembre de 2011 a pacientes con EC sin evidencia de cardiopatía arrítmica (asintomáticos y con ECG normal) ni estructural (sin cardiomegalia en Rx Tx y/o ecocardiograma sin agrandamiento de cavidades)
Definimos a las extrasístoles ventriculares como muy frecuentes cuando su frecuencia es >60/h, frecuentes cuando es >30 y <60/h, poco frecuente cuando es >10 y <30/h y aisladas cuando son <10/h.
Definimos una VFC de riesgo bajo al SDNN 24 hs mayor a 100 ms., riesgo intermedio al SDNN entre 50 y 100 ms. y riesgo alto al SDNN menor a 50 ms.
Fueron excluidos los pacientes con síntomas que sugieran cardiopatía isquémica o con estudios funcionales que la demuestren.
Ningún paciente recibía tratamiento antiarrítmico.

Resultados: Fueron evaluados en forma retrospectiva 564 holter de 24 hs con sus correspondientes historias clínicas, de los cuales 83 (14%) cumplieron con los criterios de selección para este análisis. De los 83 pacientes, 48 fueron hombres y 35 mujeres, con una edad promedio de 55,78 años (límites extremos 24 - 79)
37 p (44,57%) presentaron extrasístoles ventriculares, el 20,48% (17) fueron polimorfas y 24,09% (20) fueron monomorfas, 14,45% (12) duplas, 4,81% (4) tripletas, 1,20% (1) TVS y 2,40% (2) TVNS. En cuanto a su frecuencia, 10 (12,04%) fueron muy frecuentes, 2 (2,40%) frecuentes, 6 (7,22%) poco frecuentes y 19 (22,89%) aisladas.
No se registraron fenómenos de R/T. En cuanto a la VFC, el 22,89% (19) tenían un riesgo moderado mientras que 77,10% (64) un riesgo bajo

Conclusiones: La detección de un número importante de estudios patológicos (44,57%), de los cuales 20,48% fueron EV polimorfas, 12,04% fueron muy frecuentes y la presencia de 2,40% TVNS y 1,20% TVS, justifica la realización de este estudio en pacientes con EC sin cardiopatía demostrable para su correcta reclasificación y estratificación pronóstica.

Trabajo Libre Nº85

INFLUENCIA DE LOS NIVELES DE GLUCOSA AL INGRESO Y EL FLUJO TIMI EN PACIENTES TRATADOS CON ANGIOPLASTIA EN EL INFARTO CON SUPRADESNIVEL DEL ST

Dra. JORGE, Nadia Guadalupe | SPENNATO, Mario | NIETO, Ramiro | MALIO, Ana | DAMIANICH, Guido | HERNÁNDEZ NIEVAS, Iván | DE CÁNDIDO, Laura | BLANCO, Patricia - **HOSPITAL NAVAL BUENOS AIRES**

Introducción: La Hiperglucemia (HG) con o sin diabetes preexistente, es un hallazgo común en el infarto con supradesnivel del ST (IAMCEST) asociándose a un peor pronóstico intrahospitalario. La presencia de un menor flujo TIMI inicial podría reflejar un estado protombótico o disfunción endotelial, lo que podría estar relacionado con la presencia de HG a la admisión.
Objetivo: Evaluar en pacientes cursando IAMCEST sometidos a angioplastia primaria (ATC1) la relación entre la glucemia de ingreso y el flujo TIMI inicial.
Materiales y Métodos: Estudio observacional de 143 pacientes consecutivos cursando IAMCEST dentro de las 12 hs tratados con ATC1, ingresados a Unidad Coronaria. La glucemia fue medida a la admisión, y definida según criterios de AHA/ACC (≥ 140 mg/dl). Mediante curva ROC, se determinó el mejor valor de corte para nuestra población.
Resultados: La edad de los pacientes es de 63±13.6 años, 70% de sexo masculino. El 60% eran tabaquista, 59% hipertensos, 43% dislipémicos y el 22% eran diabéticos (DBT) conocidos. El 9.8% tenía como antecedente infarto y el 7% revascularización previa. La mediana de glucemia a la admisión fue 139 mg/dl. Al ingreso el 50% tenían hiperglucemia (HG), el 33,8% eran DBT no conocidos (p=0.002) (OR 4,08: IC 95%1.68-9,80). El flujo TIMI <2 inicial (n:111) entre aquellos con o sin HG a la admisión fue de 84,5% vs 71,8% (p= 0.07) OR 2,1 (0,94-4,88). Según valor de corte por curva ROC (127 mg/dl) (sensibilidad 67% y especificidad del 58%) aquellos con flujo TIMI inicial < 2 fue 85.1% vs 67.3% (p= 0.02) OR 2.77 (1.13-6.84). La mortalidad hospitalaria fue de 2.8%, sin diferencia significativa entre aquellos que ingresan con o sin HG (OR 0.9: IC 0.1-7.4)
Conclusiones: La mitad de los pacientes ingresados con diagnóstico de IAMCEST sometido a ATC1 presentaban HG al ingreso, siendo solo un 35% de ellos diabéticos conocidos. Se observó una tendencia significativa a menor flujo inicial en aquellos ingresados con HG (según criterios AHA/ACC), mientras que por curva ROC se observa sí un menor flujo TIMI inicial, sin evidencia de mayor mortalidad intrahospitalaria.

Trabajo Libre Nº86

RESONANCIA CARDIACA EN MIOCARDITIS Y SINDROMES CORONARIOS AGUDOS SIN LESIONES CORONARIAS: IMPLICANCIAS TERAPÉUTICAS.

Dr. FEIJOO, Ramiro Sebastian | LUDUEÑA CLOS, E | AVACA, H | FERNANDEZ, L | FINN, V | SCHIAVONE, M | SMITH, Ch | MANUALE, O - **HOSPITAL BRITÁNICO**

Objetivos: En aquellos pacientes con síntomas cardíacos, electrocardiograma (ECG) anormal y elevación enzimática, el hallazgo de una cinecoronariografía (CCG) normal abre un amplio abanico de diagnósticos, donde la miocarditis debe ser sospechada, otras posibilidades diagnosticas son el síndrome coronario agudo (SCA) con coronarias sin lesiones, la falla cardíaca de novo y el síndrome de tako-tsubo, etc. El objetivo de este estudio es demostrar la utilidad de la RMC en el diagnóstico de miocarditis y otras entidades que emulan un SCA con coronarias sin lesiones.
Materiales y Métodos: Se incluyeron 24 pacientes admitidos en unidad coronaria con diagnóstico SCA con coronarias angiográficamente normales, insuficiencia cardiaca de novo sin lesiones coronarias, sospecha clínica de miocarditis o síndrome de tako-tsubo. La edad media fue de 56,3 años, el 58% de sexo masculino. Se realizó una RMC con resonador Philips Achieva® (1,5 Tesla) con gadolinio, con secuencias convencionales y secuencias potenciadas en T2 para valoración de edema miocárdico y técnica de captación tardía de gadolinio, para la identificación del patrón de realce. La RMC se realizó durante la admisión (62,5%) o dentro del primer mes. El 50% de los pacientes presentaron troponinas (T o ultra sensible) en rango de infarto. El 50% presentaron alteraciones de la contractilidad en el ecocardiograma y el 66% presentaba alteraciones en el ECG compatible con isquemia o bloqueo completo de rama izquierda. En 4 pacientes no se realizo CCG asumiéndose el diagnostico inicial de miocarditis, los 20 restantes la RMC se realizo luego de haber descartado la causa coronaria.
Resultados: En 4 pacientes (16,66%) se asumió el diagnóstico de miocarditis, no se realizo CCG y se confirmo el mismo por RMC en el 100% de los pacientes. En todos los casos se observo realce tardío localizado en el subepicardio y las porciones medias de miocardio. En 14 pacientes (58,33%) ingresados al estudio con diagnóstico de SCA, con CCG sin lesiones significativas, el diagnóstico final fue miocarditis aguda en 6 pacientes. En 2 pacientes el diagnóstico final fue infarto agudo de miocardio, todos ellos con realce tardío transmural. En 2 pacientes con alteraciones de la contractilidad en el ecocardiograma basal y normalización posterior, la RMC no mostró realce tardío y se les diagnosticó síndrome de tako-tsubo. En 1 paciente el diagnóstico final fue miocardio no compacto y en 3 no se pudo establecer un diagnóstico. En 6 pacientes (25%) incluidos en el estudio con diagnóstico de insuficiencia cardiaca de novo de causa no coronaria, 4 presentaron en la RMC realce tardío compatible con miocarditis, mientras que los 2 pacientes restantes no presentaron realce tardío y se realizó diagnóstico de miocardiopatía dilatada idiopática. De los 14 estudios en los que se realizo diagnostico de miocarditis, el 100% presento realce tardío con gadolinio y/o edema en T2 localizado en el subepicardico y las porciones medias de miocardio, el 62,5% de los estudios se realizaron en la etapa aguda (primeras 2 semanas) y el 37,5% restante en la etapa de convalecencia, al 100% de los pacientes se les indico tratamiento con Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o antagonistas de los receptores de la angiotensina II.
Conclusiones: La RMC con gadolinio tiene un alto valor en el diagnóstico precoz de la miocarditis y otras entidades incluyendo el SCA, con la consecuente relevante utilidad en la orientación y elección de la terapéutica, que en muchos casos dista completamente de acuerdo a la etiología hallada.

Trabajo Libre Nº87

EVALUACIÓN DE LOS SCORES DE TIMI Y GRACE EN PACIENTES OCTOGENARIOS INTERNADOS POR SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST COMPARADO CON PACIENTES MENORES DE 80 AÑOS

Dr. CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustin | Dra. CANALES, Florencia Ines | LAURENZANO, Cintia | PACHELO, Patricio | MONTEROS, Ariel | TREJO, Graciela | MACHADO, Rogelio | DIZEO, Claudio
UNIDAD ASISTENCIAL POR MÁS SALUD DR. CESAR MILSTEIN

Objetivos: Evaluar la evolución intrahospitalaria de los pacientes octogenarios internados por Sindrome Coronario Agudo Sin Elevación del ST (SCASEST) respecto a los menores de 80 años. Evaluar la utilidad de los Scores de TIMI y GRACE en esta población.
Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma retrospectiva los pacientes internados en Unidad Coronaria por SCASEST desde junio del 2009 hasta enero del 2012. Se dividió a los pacientes (pt) en dos grupos según edad en 80 años o mayores (grupo Octogenarios) y <80 años (Menores). Se analizaron antecedentes, características clínicas y de laboratorio de ingreso. Se calcularon los scores de riesgo TIMI y GRACE, considerándose TIMI alto a un score 5 o mayor y GRACE alto a un score 146 o mayor. Se consideró deterioro de la función sistólica del ventrículo izquierdo (FSVI) a una fracción de eyección <45%. Se analizó el punto final combinado de angina recurrente, necesidad de revascularización de urgencia, infarto y mortalidad intrahospitalaria.
Las variables continuas se informan como media ± desvío estándar y las discretas como porcentajes. Comparaciones entre grupos con técnicas de acuerdo con el tipo de variable y el grado de normalidad obtenible en las variables continuas. El análisis multivariado se realizó mediante regresión logística.
Resultados: Resultados: Se incluyeron 133 pacientes, 28 octogenarios con una edad de 83.2 ± 3.4 años y 105 menores con una edad de 70.1 ± 6.4 años. Características basales: no se registraron diferencias significativas en los antecedentes de diabetes (32% vs 28%, p=NS), de dislipemia (57% vs 69.5%, p=NS), hipertensión (89% vs 84%, p=NS) e infarto previo (17.8% vs 25,7%, p=NS). Al ingreso el grupo de octogenarios presentó mayor uremia (54,3 ± 21 vs 42,5 ± 17, p=0.002) y creatininemia (0.84 vs 0.58 p=0.0001) y menor hematocrito (35,5 ± 4.7% vs 38 ± 4.8%, p=0.01) sin diferencias en el resto de los parámetros. El grupo octogenarios presentó mayor score GRACE (134,1± 41 vs 107.9 ± 21, p=0.0001) pero no hubo diferencias en el score de TIMI alto (20,4% vs 32,1%, p=NS) así como tampoco en la presencia de infradesnivel del ST (21.4% vs 20.9%, p=NS) y de troponina positiva (21.4% vs 23.8%,p=NS). El grupo octogenarios presentó mayor incidencia de deterioro de la FSVI (37.5% vs 13.3%, p=0.006).
La incidencia del punto final combinado (24 pt) tendió a ser mayor entre los octogenarios (8 eventos, 28.6%), que entre los menores (16 eventos,15.2%), p NS).
En el análisis univariado se comportaron como predictores del punto final combinado el TIMI alto (OR 2.99 (1.17-7.66), p=0.02) y el GRACE alto (OR 3.25 (1.23-8.61), p=0.02). En el multivariado solo el GRACE alto permaneció como predictor independiente (OR 2,78 (1,02-7,59), p=0,04).
En el grupo octogenarios el Score GRACE alto se comportó como predictor de eventos {OR 7,02 (1.09-45) p=0,04}, mientras que no ocurrió esto con el score TIMI Alto. En los menores de 80 años el Scroe GRACE alto no se comportó como predictor, mientras el Score de TIMI alto si fue predictor {OR 3,75 (1,17-11,9) p=0,02}.
Conclusiones: Los pacientes octogenarios tuvieron peor función renal y hematocrito, y mayor deterioro de la FSVI que los menores, sin diferencias en otros parámetros. Este grupo presentó una tendencia no significativa a presentar mayor proporción de eventos. Sólo el Score GRACE resultó predictor independiente de eventos intrahospitalarios en la población general y en el grupo de octogenarios, no así en el grupo de menores de 80 años. El Score TIMI sólo fue predictor independiente de eventos en el grupo de menores de 80 años.

Trabajo Libre Nº88

UTILIDAD DEL ECOCARDIOGRAMA EN LA UDP EN PACIENTES QUE PRESENTAN DOLOR PRECORDIAL

Dr. DE TITTA, Mariano Gabriel | LUDUEÑA CLOS, E. | KURDLE, C. | FINN, V | SCHIAVONE, M. | AVACA, H. | OTTONELLO, P. | MANUALE, O.
HOSPITAL BRITÁNICO

Objetivos: El dolor torácico es uno de los motivos de consulta más frecuentes en guardia representando entre el 5-15% de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias en un hospital general confirmándose el diagnóstico coronario en algo menos del 30%. Numerosos trabajos respaldan el uso del ecocardiograma en la unidad de emergencia a la hora de descartar diagnósticos diferenciales a la patología coronaria y demuestran una sensibilidad del 85% para detectar alteraciones segmentarias de la contractilidad del ventrículo izquierdo en los síndromes coronarios agudos (SCA). Pocos estudios demuestran un buen valor predictivo negativo a 30 días para eventos duros en pacientes que no muestran alteraciones en el eco y TroponinaT (TnT) negativa. Nuestra hipótesis es: los pacientes que no presentan cambios en el electrocardiograma o ¨nuevas alteraciones segmentarias de la contractilidad del ventrículo izquierdo (ASCVI)¨ intra-dolor y TnT o ultrasensible (Tus) negativa, en ventana, pueden ser egresados con seguridad de la Unidad de Dolor Torácico (UDT) .
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, observacional. Fueron incluidos 49 pacientes consecutivos con sospecha de SCA que llegaron a emergencias con dolor, o lo presentaron en su estadía en la UDT y que firmaron el consentimiento informado, que no presentaron cambios en el ECG y a quienes se les realizó un ecocardiograma bidimensional en el momento del dolor. Se definió ¨nuevas ASCVI¨ como aquellas que no estaban presentes en un ecocardiograma previo o que no coincidían con territorios teóricos de infartos antiguos por ECG. El ecocardiograma lo realizó un ecocardiografista experimentado o un residente o fellow con revisión ulterior. Se determinó TnT con ventana de 8 horas o Tus basal con ventana de 3 horas. Se consideraron troponinas negativas a < de 0.03 para TnT y < de 14 o delta menor del 20% con valor basal < 100 para TTus. Los pacientes con troponinas negativas y sin nuevas ASCVI fueron egresados y controlados por consultorios externos a las 48 horas, al mes y a los 6 meses.
Resultados: La edad media fue de 56 años. Los factores de riesgo cardiovascular eran: Diabetes: 4%; Hipertensión arterial: 40,8%. Tabaquismo: 37%. Infarto agudo de miocardio previo: 8,3%. Cirugía de revascularización coronaria: 2 %. Tratamiento betabloqueante: 22,4 %. Tratamiento con antiagregantes: 16,3%. Angioplastia transluminal coronaria previa: 12,5 %. El ecocardiograma intradolor mostró un 8,16% de ASCVI que no fueron consideradas como nuevas. En el seguimiento, el 89,16% de los pacientes realizaron un ecoestrés, que fue negativo en el 100%. A dos pacientes se les realizó coronariografía por decisión del médico de cabecera, que no mostraron lesiones coronarias pasibles de revascularización. A los 6 meses no hubo muertes, infarto o necesidad de revascularización.
Conclusiones: Si bien se trata de un estudio piloto, cuyo número no permite sacar conclusiones definitivas, el ecocardiograma intradolor impresiona ser una herramienta de un valor predictivo negativo muy importante. El entrenamiento de los residentes, el uso de equipos portátiles en la sala de emergencias y el uso de TTus, puede llegar a tener un rol importante en diagnóstico e impactar en el tiempo de permanencia en la Unidad de Dolor Torácico.

Trabajo Libre Nº89

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO AL ALTA Y EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON SCA

Dra. YOHAI, Maria Laura | Dra. TERRAGNO, Alicia Lorena | ESTEVEZ, Ariel | Dra. GAGLIO, Vanina Gabriela | Dr. ROMERO VILLAFAÑE, Sebastian | Dr. TORRES, Pablo Jose | DIONISIO, Gabriel
HOSPITAL DE AGUDOS FRANCISCO SANTOJANNI

Objetivos: Analizar el tratamiento al alta de los p ingresados al Servicio de Cardiología de nuestro Hospital con diagnóstico SCA y evaluar la afiliación de al tratamiento en el seguimiento.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes (p) con diagnóstico de SCA entre octubre del 2010 hasta agosto del 2011. La información se obtuvo de una base de datos en formato Access y del seguimiento telefónico.

Resultados: El número de p ingresados fue de 188, de los cuales 135 eran hombres (81%). La mediana de edad fue de 62 años. Del total de los pacientes 175 (93%) fueron dados de alta con tratamiento completo (se consideró tratamiento completo el uso de Aspirina, Clopidogrel, Betabloqueantes, IECA y Atorvastatina o la ausencia de alguna de ellas por contraindicación). Se concretó el seguimiento telefónico en 129 (68%) pacientes del total con una pérdida de seguimiento de 32%. Del total de pacientes en seguimiento, 107 (82%) presentaban el tratamiento completo, se registraron 12 óbitos (9,3% de los pacientes en seguimiento). La tasa de abandono para IECA, betabloqueantes y estatinas fue de 5%, la AAS fue abandonada solo en 1,5%. La causa más frecuente de pérdida de seguimiento fue el mal registro del teléfono en 25 (13% del total) p y 22 (11,7%) no contestaron el teléfono.

Conclusiones: Los p dados de alta por SCA presentaron tratamiento completo en el 93% de los casos. Se registró importante pérdida de seguimiento (32%) secundaria a mal registro telefónico y ausencia de respuesta al llamado. Dentro del grupo que pudo recontactarse, el 82% persistía bajo tratamiento médico completo. Las causas de abandono de los fármacos corresponden a factores socioeconómicos y culturales y en muy pocos casos a eventos adversos.

Trabajo Libre Nº90

ALTA PRECOZ DE UNIDAD CORONARIA EN PACIENTES CON SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS

Dr. SMITH, Christian Adolfo | AVACA, Horacio Alberto | PEREZ, Marcelo Hector | DONATO, Brian | SCHIAVONE, Miguel | QUEZEL, Mariano | SORENSEN, Pablo | MANUALE, Osvaldo
HOSPITAL BRITÁNICO

Objetivos: Los síndromes coronarios agudos (SCA) son considerados una patología de alto costo hospitalario, siendo el mismo directamente proporcional a la medida de estancia en la unidad de alta complejidad. La identificación de un subgrupo de pacientes con bajo riesgo de complicaciones permitiría optimizar la utilización de recursos. La aplicación de scores de riesgo individualizaría a los pacientes en condiciones de incluirse en un plan de alta domiciliaria muy precoz desde la unidad coronaria sin aumentar su morbimortalidad.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, observacional. Desde julio del 2011 a enero del 2012 a un total de 46 síndromes coronarios agudos se les aplicó el score de TIMI y el score de Zwolle que incluye las siguientes variables: edad, tiempo de isquemia, Killip y Kimball al ingreso, la presencia de enfermedad de 3 vasos y el compromiso de cara anterior. Aquellos pacientes con un Score de TIMI menor o igual a 3 y un Score de Zwolle menor o igual a 3 se les dio el alta hospitalaria a las 48 horas de ingreso. Se realizó un control por consultorios externos a las 48 horas y a los 30 días post alta.

Resultados: Se incluyeron 46 pacientes de los cuales el 85% fueron SCA sin supradesnivel del ST (SCASEST), incluyendo el infarto no Q y angina inestable de alto riesgo (IAMNQ/AIAR), la angina inestable moderado riesgo (AIMR), de bajo riesgo (AIBR) y la angina de reciente comienzo (ARC) y el 15% SCA con supradesnivel del ST (SCACEST). La mediana de edad fue de 61 años, la mayoría de sexo masculino (68%). Presentaban los siguientes factores de riesgo cardiovasculares: HTA 65%, DM 26%, DLP 50%, TBQ 28%, EXTBQ 17,4%. Un 36,5% presentaban diagnóstico previo de enfermedad coronaria. La totalidad de los SCACEST se reperfundieron por angioplastia primaria; mientras que el 60% de los SCASEST recibieron tratamiento endovascular como estrategia de revascularización durante la internación, el 69% correspondía a IAMNQ/AIAR, el 9% a AIMR y el 22% a ARC; del 40% restante el 60% fueron arterías coronarias normales o sin lesiones angiográficamente significativas, el 27% no presentaron cambios significativos con respecto a la angiografía previa y el 13% fue asignado a tratamiento quirúrgico. La mediana del score de TIMI tanto para SCASEST como para el SCACEST fue de 2 y la mediana del score de Zwolle obtenida fue de 2. La mediana de internación fue de 2 días. El control a las 48 horas se realizó en la totalidad de los pacientes. En el seguimiento a 30 días ningún paciente se perdió al seguimiento. Dos pacientes consultaron por dolor precordial con prueba de apremio (ecoestrés con ejercicio) negativa a 30 días del egreso, no se observaron eventos duros (Muerte, IAM, Agina, ACV) durante el periodo de seguimiento.

Conclusiones: El egreso hospitalario muy precoz desde la unidad coronaria en este subgrupo seleccionado de pacientes con un síndrome coronario agudo no incrementó el riesgo de complicaciones severas como muerte o reinfarto ni aumento las reinternaciones dentro del mes. La aplicación de un protocolo de alta muy precoz reduce los costos hospitalarios manteniendo una prestación segura.

Trabajo Libre Nº91

CÓMO OPTIMIZAR LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO PARA REDUCIR LOS EVENTOS CARDIOVASCULARES DERIVADOS DEL TRATAMIENTO

Dra. GAGLIO, Vanina Gabriela | Dr. ESTEVEZ, Ariel Omar | TORREJON, Nicole | Dr. ROMERO VILLAFAÑE, Sebastian | Dr. PUERTA, Leandro Gaston | Dr. DIONISIO, Gabriel Fernando | PEZZATI, Laura | Dr. TORRES, Pablo Jose - **HOSPITAL DE AGUDOS SANTOJANNI**

Objetivos: Determinar si aquellos pacientes de riesgo bajo según los scores de TIMI y GRACE aumentaron el número de eventos cardiovasculares al recibir tratamiento invasivo guiado por la estratificación de la AHA.

Materiales y Métodos: Fueron analizados retrospectivamente los datos de 99 pacientes (p) ingresados a la unidad coronaria con diagnóstico de SCA no supra ST (SCANSST) entre los años 2010 y 2011. Se utilizaron los criterios de AHA, TIMI y GRACE para estratificar el riesgo individual al ingreso. Se evaluo el punto final combinado de muerte e IAM en cada grupo. Las variables con distribución simétrica se expresaron como media ± desvío estándar y las asimétricas como mediana y cuartilos

Resultados: El 71% de los pacientes fueron de sexo masculino, con un promedio de edad de 56 años. Los pacientes de alto riesgo según AHA, TIMI y GRACE fueron el 80%, 16% y 21%; de moderado riesgo 16%, 37% y 41% y de bajo riesgo 4%, 47%y 38% respectivamente. El punto final combinado de muerte e infarto de miocardio fue de 13 eventos (13,5%) para los grupos de alto y moderado riesgo según AHA, 8 (15%) según TIMI y 9 según GRACE (14%). No se registraron eventos en el grupo de AHA de bajo riesgo, en tanto se presentaron 5 (10,5%) eventos en el grupo TIMI y 4 (10,8%) en el GRACE.

Conclusiones: El score de la AHA resulta más sensible que el GRACE y el TIMI, sin embargo, incluye a la mayoría de la población dentro del estrato de alto riesgo. La decisión sobre el tratamiento invasivo se realizó en base al score de la AHA, concentrándose en la totalidad de los pacientes de moderado y alto riesgo. Se observó una tendencia a una reducción de eventos en los grupos de mayor riesgo al ser intervenidos. Aquellos pacientes que fueron definidos como de bajo riesgo por score GRACE/TIMI, pero fueron intervenidos por pertenecer a score AHA moderado – alto, presentaron un porcentaje de eventos elevado.

Trabajo Libre Nº92

DOMINANCIA CORONARIA ASOCIADA AL SEXO

Dr. NUDELMAN, Adolfo Ezequiel | LOPARDO, Cesar | SCHOCRON, Luciana | MOHAMED, Gloria | HENQUIN, Ruth - **HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND**

Objetivos: Los estudios de dominancia coronaria realizados en diversos grupos poblacionales han reportado gran variabilidad. El propósito de este trabajo es determinar si la dominancia coronaria esta asociada al sexo.

Materiales y Métodos: Se realizo un diseño observacional, entre las fechas de agosto de 2011 y febrero del 2012 en el servicio de hemodinamia del Hospital C. Durand. Se evaluaron 100 pacientes al azar con indicacion de angiografia coronaria (AC). Se apuntaron la edad, indice de masa corporal (IMC), los factores de riesgo coronario (FRC), el tratamiento al ingreso, la anatomia coronaria evaluada por AC con sus lesiones si las presentaba y la dominancia arterial coronaria.
Las variables como edad e IMC se describieron con su media, desvio estandar y varianza. Para valorar la dominancia según sexo se realizo una tabla de 2x2. Se realizaron las pruebas estadísticas de chi (X2) cuadrado y test de student aceptando un error alfa hasta de un 5%. La base de datos se digitó en Excel y los análisis estadísticos se realizaron en STATA 8.0.
Las variables continuas se describieron con sus promedios y desviación estándar y las variables nominales con sus proporciones.

Resultados: La media de edad fue de 59.1 años con un desvio estandar de 12.480 años, un error estandar de 1.248 y una varianza de 155.758.
Se observó dominancia de la arteria coronaria derecha (CD) en el 80% de los pacientes evaluados. La dominancia izquierda correspondió al resto de los pacientes. La dominancia derecha no prevaleció en ninguno de los dos sexos, con un 90% para las mujeres y 73.3% para los hombres. Sin embargo respecto de la dominancia izquierda hubo una diferencia casi significativa a favor de los hombres, con un 26.7% de dominancia de la arteria circunfleja (Cx) contra un 10% en las mujeres, y que otorga un valor de p de = 0.708764. No se presentaron diferencias respecto de la superficie corporal y dominancia.
Respecto de los factores de riesgo coronario (FRC) como diabetes (DBT), dislipemia (DLP), tabaquismo (TBQ) y obesidad (OBS) tanto como de hipertensión arterial (HTA) no se observaron diferencias significativas respecto de la dominancia, con una prevalencia en la población de 25.8% de DBT, 47.4% de DLP, 27.8% de TBQ, 30.9% de obesidad, 56.7% de HTA.
Al momento del ingreso el 63.6% de los pacientes recibian tratamiento con acidoacetilsalicilico (AAS), el 53.5% estatinas (ATV), 63.6% inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), 62.6% betabloqueantes (BB) y el 27.3% clopidogrel.
En la AC se observo enfermedad del tronco de la arteria coronaria izquierda (TCI) en el 5% de los pacientes, enfermedad severa de la arteria descendente anterior (DA) en el 31% de los casos, de la arteria crcunfleja (Cx) 23% y de la coronaria derecha (27%).

Conclusiones: Este estudio evidencia, al igual que la bibliografia internacional, la variación que se encuentra en la anatomia coronaria de los pacientes. La diferencia de dominancia coronaria entre sexos es no significativa.
Se propone un trabajo de mayores dimensiones con un mayor numero de pacientes para determinar si la diferencia casi significativa de dominancia izquierda entre el sexo masculino y el femenino se debe a una cuestion anatomica o a causa del azar.

Trabajo Libre Nº93

PREVALENCIA DE REESTENOSIS INTRASTENT EN STENT LIBERADORES DE DROGA Y SU RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES CONVENCIONALES

Dr. POLISZCZUK, Mauro Sebastian | Dra. BORELLI, Evelin Eliana | WIRSZ, Fabricio | GUIROY, Juan
CENTRO CARDIOLOGICO DEL NORDESTE (SANATORIO GÜEMES)

Objetivos: Debido a que la reestenosis intrastent continúa siendo la principal limitante de estos dispositivos, nuestro objetivo fue evaluar la prevalencia de reestenosis intrastent y los factores de riesgo cardiovasculares convencionales en pacientes que recibieron stents liberadores de droga.
Materiales y Métodos: Se realizo un estudio retrospectivo, observacional basado en revisión de historias clínicas en el lapso de tiempo entre Abril del 2006 y Febrero del 2012 incluyéndose múltiples factores de riesgo.
Resultados: Se incluyeron 209 pacientes en los cuales se implantaron 216 Stents liberadores de droga en 6 años. Edad promedio fue de 62 +- 10. De 158 Hombres (75.59%) y 51 Mujeres (24.40%), presentaron reestenosis intrastent 13 pacientes (6.22%). Hombres 11 (6.96%), Mujeres 2 (3.92%). Hipertensión Arterial (76.92%), Dislipidemia (61.53%), Tabaquista (53.84%) Infarto agudo de miocardio previo (23.07%), Diabetes (15.38%). La media de tiempo de reestenosis fue de 1,9 años.
Conclusiones: Hemos observado que en el lapso de 6 años nuestra tasa de reestenosis intrastent en aquellos pacientes en quienes se implantaron stent con drogas fue semejante a las estadísticas de la mayoría de los centros. Hubo mayor tasa de reestenosis en el grupo de Hipertensión arterial, seguido de Dislipidemia. Respecto al sexo prevaleció la reestenosis en hombres respecto a mujeres.

Trabajo Libre Nº94

CORRELACIÓN DE LA SUMATORIA DEL SEGMENTO ST CON EL DAÑO MIOCARDICO SEGÚN SEXO EN ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Dr. ALEGRE, Andres | Dra. BORELLI, Evelin Eliana | WIRZ, Fabrizio | TERCELAN, Ariel
CENTRO CARDIOLOGICO DEL NORDESTE (SANATORIO GÜEMES)

Objetivos: El electrocardiograma es una herramienta de inestimable valor en el manejo del Sindrome Coronario Agudo con elevación del Segmento ST. Sin embargo la debilidad de dicho metodo es la falta de precisión sobre el segmento del miocardio con injuria, que se potencia por las variaciones interindividuales, desarrollo de circulación colateral y realización de procedimientos de revascularización. El objetivo es establecer en nuestra población, la relación existente entre la sumatoria del segmento ST en el electrocardiograma de ingreso en ATC primarias, y el grado de daño miocárdico según el genero, teniendo en cuenta parámetros electrocardiograficos, ecocardiograficos y bioquimicos de muerte celular.
Materiales y Métodos: Se realizo un análisis retrospectivo de los registros de Angioplastia primaria del servicio de hemodinamia de nuestro centro, en un periodo de tiempo comprendido entre Setiembre de 2010 y Febrero del 2012. La muestra se clasifico por sexo, y se analizo en cada grupo, la sumatoria del segmento ST del electrocardiograma de ingreso, el pico enzimatico (CPK) según curva estandarzada, y la Fraccion de Eyeccion intrainternacion. El diseño es de tipo observacional.
Resultados: Se realizaron en total, 56 angioplastias primarias, de los cuales 43 (76,7%) fueron hombres y 13 (23%) mujeres. La edad promedio fue de 58 años en el sexo masculino y 65 años en el femenino. Los hombres mostraron una media de ST al ingreso de 17,28 mm y en las mujeres la media fue de 12,3 mm. El 38.4% de la población femenina presento, al ingreso, sumatoria del ST mayor de 10 mm, de estas, el 60% tubo pico de CPK mayor de 1000 UI y en el mismo grupo, el 7.7 % mostro Fey menor a 35%. Al analizar el grupo masculino, el 69.7 % de los hombres tenia sumatoria mayor de 10 mm, y el 63.3% de estos, pico de CPK mayor de 1000 UI, con un 16.6% de esta población con Fey de 35% o menos. Ambos grupos presentaron en su mayoría, Fey de 45% o mas (61,9% vs 54,28% en mujeres y hombres respectivamente), pero todos los hombres que mostraron Fey menor del 35%, tenian un ST mayor de 10 mm, mientras que el 20% de las mujeres con Fey menor del 35% presento ST mayor a 10 mm. La arteria mas frecuentemente tratada fue la Descendente Anterior, en el 90% de las mujeres y el 80% de los varones.
Conclusiones: Luego de analizar la muestra correspondiente a nuestra poblacion, podemos estimar que en hombres, exite una relacion de tipo lineal en relacion al ST de ingreso y la magnitud del daño miocardico, mientras que en el grupo femenino las variables presentaron un patron de tipo no lineal.

Trabajo Libre Nº95

SEGUIMIENTO CLÍNICO Y ECOCARDIOGRÁFICO DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA TRATADOS CON ABLACIÓN SEPTAL PERCUTÁNEA

Dr. PEDERNERA, Gustavo Omar | CURA, Fernando | LAVALLE COBO, Augusto | CAMPOS, Roberto | COSTABEL, Juan Pablo | AVEGLIANO, Gustavo | TRIVI, Marcelo | BELARDI, Jorge
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES ICBA

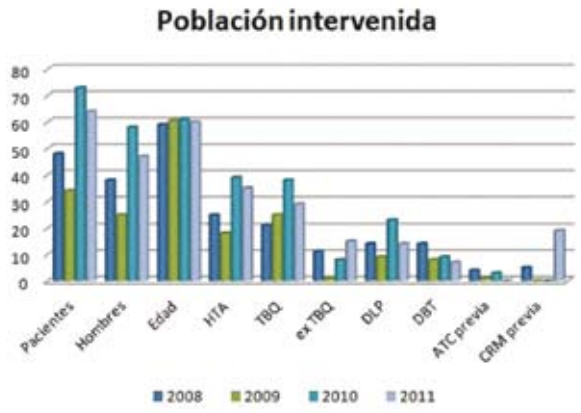
Objetivos: La ablación septal percutánea con alcohol es una opción terapéutica para pacientes con miocardiopatía hipertrófica obstructiva asimétrica refractarios al tratamiento médico óptimo.
El objetivo de este trabajo fue reportar la evolución clínica y ecocardiográfica de los pacientes con miocardiopatía hipertrófica obstructiva tratados con ablación septal percutánea con alcohol en un centro cardiológico de alta complejidad.
Materiales y Métodos: Se incluyeron todas las ablaciones septales percutáneas con alcohol de pacientes con diagnóstico de miocardiopatía hipertrófica obstructiva realizadas en nuestro centro. Se realizó un seguimiento clínico y ecocardiográfico, evaluando la clase funcional, gradiente del tracto de salida del ventrículo izquierdo (antes y después de la ablación septal percutánea con alcohol), así como también la presencia de complicaciones asociadas a este procedimiento.
En el análisis estadístico los datos se expresaron como media ± desviación estándar, la comparación de las variables continuas en diversos momentos se llevó a cabo utilizando el test de Mann-Whitney para muestras no paramétricas. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.
Resultados: Desde la primera ablación septal percutánea con alcohol en el año 2003 se realizaron un total de 12 procedimientos. La media de seguimiento fue de 44.5 meses ± 25.8. La edad promedio fue de 64,5 años ± 7 (IC 95% 57,8-71,1). El 50% eran hombres, 83.3 % hipertensos, 75 % tabaquistas, 13.7 % diabéticos, 8.3 % tenían antecedentes heredofamiliares de muerte súbita y 16.6 % presentaban enfermedad coronaria asociada. Todos los pacientes se encontraban en CF III-IV previo al procedimiento. Luego de la ablación septal percutánea con alcohol el 50 % se encontraba en CF I y 33.3 % en CF II. Dos pacientes (16.6 %) no mejoraron su clase funcional basal y requirieron una segunda ablación. Dentro de las variables ecocardiográficas evaluadas, se observó una reducción de la mediana del gradiente basal de 67,5 mmHg (IC 95% 32,5 -92,4) a 17,6 (IC 95% 12,17-25,83) p ═ 0,0027 y en valsalva de 121 mmHg (IC95% 78,56 – 155,4) a 33 (IC 95% 20- 82,36) p ═ 0,0003. En cuanto a las complicaciones, 1 paciente presentó taponamiento cardiaco (8.3 %), 3 pacientes requirieron marcapasos definitivo (2 por bloqueo auriculoventricular completo y 1 paciente en el que no fue efectiva la ablación). Un sólo paciente presentó evidencia de taquicardia ventricular en holter al cual se le implantó un cardiodesfibrilador.
En el seguimiento un sólo paciente falleció a los 5 años del procedimiento de causa no cardiaca.
Conclusiones: En nuestra experiencia concluimos que la ablación septal percutánea con alcohol es una terapia eficaz en pacientes con miocardiopatía hipertrófica obstructiva sintomática refractaria al tratamiento médico, generando una mejoría sustancial de la clase funcional, del gradiente del tracto de salida del ventrículo izquierdo y con baja incidencia de complicaciones.

Trabajo Libre Nº96

RESULTADOS DE LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Dr. PUERTA, Leandro Gaston | Dr. DIONISIO, Gabriel Fernando | Dra. RUIZ, Natacha | Dra. ETCHEVERRY, Maria Carolina | OLMEDO, Pablo | Dr. BRANDEBURGO, Sergio Daniel | CENTENO, Sergio | Dr. KEVORKIAN, Ruben
HOSPITAL DE AGUDOS FRANCISCO SANTOJANNI

Objetivos: analizar las características de la población intervenida con angioplastia primaria (ATC 1°) en nuestro centro y evaluar los resultados de dicho programa.



Materiales y Métodos: fueron incluidos prospectivamente 220 pacientes intervenidos con ATC 1°, entre los años 2008 y 2011. Las variables con distribución simétrica se expresaron como media ± desvio estándar y las asimétricas como mediana y cuartilos.
Resultados: de un total de 258 pacientes ingresados a nuestro hospital con diagnóstico de infarto agudo de miocardio con supradesnivel del st (IAMST), el 85,3% fue tratado con ATC 1°. Los restantes con ventana para reperfusión recibieron trombolíticos. El 77% eran hombres, con una mediana de 57,6 (+ 26) años. El 51,36% tabaquistas, 53,2% hipertensos, 27,27% dislipidémicos y 17% diabéticos. El 7,27 % presentaba un IAMST previo y 10,91% cirugía de revascularización previa. En la forma de presentación un 83,63% fue infarto extenso (definido como el que incluye la cara anterior o al menos dos territorios) y un 19,55% Killip y Kimbal (KK) > o = B. La tasa de utilización de balón de contrapulsación intraórtico (BCIA) en el IAMST KK D fue del 46,67% por falta del recurso. El uso de tromboaspiración fue limitado (33,6%) por la baja disponibilidad del dispositivo. Globalmente la ATC 1° fue exitosa en un 95,5% y el éxito primario de 85,45%. La mortalidad hospitalaria del IAMST no complicado (KK A) fue 4,55%, y la del IAM complicado (KK > o = B) fue 39,53%. La mortalidad del shock cardiogénico fue 60%.

Conclusiones: el tratamiento predominante en pacientes ingresados en nuestro Hospital con diagnóstico de IAMST fue la ATC 1°, con una buena tasa de éxito primario. Tanto la mortalidad del IAM no complicado como la del complicado, resultó acorde a la reportada en nuestro país.

Trabajo Libre Nº97

RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: ANGIOPLASTIA PRIMARIA CON Y SIN TROMBOASPIRACIÓN.

Dr. GARCIA PACHO, Pablo Daniel | ALVAREZ IORIO, Carlos | ALVAREZ, Carlos Alejandro | ORDOÑEZ, Fernando | CRISTINO, Alberto - **HOSPITAL PRIVADO DEL SUR - BAHÍA BLANCA - HOSPITAL ESPAÑOL - BAHÍA BLANCA - HOSPITAL ITALIANO REGINAL DE SUR - BAHÍA BLANCA**

Objetivos: evaluar los resultados clínicos y angiograficos intrahospitalarios en 385 pacientes con infarto agudo de miocardio tratados con angioplastia primaria con y sin tromboaspiración.

Materiales y Métodos: se analizaron en forma retrospectiva los resultados angiograficos y clínicos intrahospitalarios de 385 pacientes con infarto agudo de miocardio tratados con angioplastia primaria con y sin tromboaspiración. Caracteristicas de la población: masculino 319 (82.9%), hipertensión arterial 225 (58.4%), dislipemia 207 (53.8%), tabaquismo 207 (53.8%), diabetes 56 (14.5%), insuficiencia renal crónica 16 (4.2 %), infarto previo 45 (11.7%), angioplastia previa 25(6.5%), cirugia de revascularizacion miocardica previa 2 (0.5 %), tiempo de evolución del infarto <3hs 153 (39.7%), localización anterior del infarto 199 (51.7%), killip 1 315 (81.8%), enfermedad multivaso 126 (32.7%). Se realizó tromboaspiración con catéter aspirador manual en 194 (50.4%) y tratamiento convencional en 191 (49.6%). El flujo timi menor de 3 basal en tromboaspiracion 190 pts. (97.9%), y en tratamiento convencional 164 (85.8%) p<0.05.

Resultados: el éxito del procedimiento en tromboaspiracion se obtuvo en 177 pacientes (92%), y en tratamiento convencional 170 pacientes (89%) p=0.4. Se realizó implantación directa de stent en tromboaspiracion en 156 pacientes (80.4%), y en tratamiento convencional 86 pacientes (45%) p<0.05. En tromboaspiracion se implantaron stent en 188 pacientes (97%), y en tratamiento convencional 188 pacientes (98.4%), p=0.4. en tres pacientes de tromboaspiracion no se implantaron stent porque luego de tromboaspirar no quedo lesión residual. La resolución del segmento st mayor del 50% en el electrocardiograma en tromboaspiracion se obtuvo en 158 pacientes (81.4%) y en tratamiento convencional 147 pacientes (76.9%),p=0.2, la resolución del segmento st mayor al 70 % en tromboaspiracion se obtuvo en 74 pacientes (38.1%), y en tratamiento convencional 64 pacientes (33.5%), p=0.3. Se logró flujo timi III final en tromboaspiracion en 177 pacientes (92%), y en tratamiento convencional 170 pacientes (89%) p=0.4. tatuaje miocárdico III en tromboaspiracion en 132 pacientes (68%), y en tratamiento convencional 124 pacientes (64%). La mortalidad intrahospitalaria en tromboaspiracion fue de 10 pacientes (5.1%), y en tratamiento convencional 19 pacientes (10%), p=0.2; insuficiencia cardiaca en tromboaspiracion en 28 pacientes (14.4%) y en tratamiento convencional 23 pacientes (12%)p=0.4; accidente cerebro vascular en tromboaspiracion no hubo , y en tratamiento convencional 1 pacientes (0.5%)p=0.3; re infarto en tromboaspiracion 4 pacientes (2%) y en tratamiento convencional 2 pacientes (1%),p=0.4.

Conclusiones: en nuestra población obtuvimos muy buenos resultados clínicos y angiograficos intrahospitalarios y aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas la técnica de trombo aspiración resultó ser segura y eficaz, logrando una resolución del segmento st mayor del 50 y 70%, una tasa del flujo timi III y tatuaje miocárdico III final mayor que en los pacientes con tratamiento convencional, permitiendo también una mayor implantación directa de stent en una población con peor flujo timi inicial

Trabajo Libre Nº98

CIERRE DE DUCTUS ARTERIOSO PERMEABLE CON DISPOSITIVO AMPLATZER DUCTUS II

Dr. GOMEZ, Jorge Elvio | Dr. SOLEDISPA SUAREZ, Carlos Ivan | Dra. KAZELIAN, Patricia | FERNANDEZ, Mariana | BOSALEH, Maria Jose | Dr. GENTILE, Jorge L. | GARCIA BARROS, Luis | Dr. GALLERO, Daniel **HOSPITAL NACIONAL PROFESOR A. POSADAS**

Objetivos: Demostrar los resultados inmediatos del cierre de ductus arteriso permeable con el dispositivo Amplatzer Ductus II

Materiales y Métodos: Se seleccionaron todos los pacientes a los que se les realizó cierre de ductus arterioso permeable con el dispositivo amplatzer ductus II por cateterismo realizándose un análisis retrospectivo y prospectivo. En total se incluyeron 21 pacientes Sexo femenino 16 Sexo masculino 5 Edad en años media(x) 3,19 mínimo (min) 1 y un máximo (max)11 Peso medido en kilogramos(Kg) x=14,67 min 7,20 y un max 29. Los ductus fueron medidos por angiografía en perfil midiendo en milímetros el cabo pulmonar x 2,94 min 2,3 max 4,62, la ampolla aórtica x 9,69 min 6,00 max 12,00; y el largo del mismo x 7,64 min 4,40 max 11,14 . Según la morfología del ductus arterioso se lo dividió en grupos A, B, C, D y E siguiendo la clasificación de Kirchenko. El tiempo de radioscopia empleado fue medido en minutos x=6,97 min 2,5 max 20 El tamaño del dispositivo fue seleccionado siguiendo las indicaciones del fabricante. El cierre se evaluó por angiografia una vez liberado el dispositivo y dentro de las 24hs por ecocardiografia doppler y su eficacia para el cierre determinada en porcentaje sobre el nùmero total de pacientes. Se midieron gradientes en rama izquierda de arteria pulmonar por ecodoppler cardiaco y en aorta descendente por cateterismo una vez liberado el dispositivo y por ecodoppler cardiaco al día siguiente

Resultados: El cierre del ductus arterioso se produjo de forma inmediata evaluado por angiografia en un 84,7 % de los pacientes y dentro de las 24 Hs en un 100 % evaluado por ecocardiografia doppler previo al alta En dos pacientes hubo gradientes realtivamente altos en aorta descendente pero sin rampa diastòlica que disminuyeron en controles posteriores Uno de esos pacientes tenía un gradiente de 7 mm Hg en el control por cateterismo. Un paciente presentó en el control ecocardiográfico un gradiente de 13 mm Hg sin en rama izquierda de Arteria pulmonar que está siendo evaluado

Conclusiones: El dispositivo ductus II de Amplatzer es altamente efectivo para el cierre de ductus arterisoso en esta evaluaciòn inicial sin mayores complicaciones Se nececita un mayor nùmero de pacientes o un metaanálisis de varias comunicaciones para obtener evaluaciones estadisticamente significativos

Trabajo Libre Nº99

LAS HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR, ¿SON UTILIZADAS EN LA PRÁCTICA DIARIA?. ENCUESTA A MÉDICOS CLÍNICOS, GENERALISTAS Y CARDIÓLOGOS DE LA CIUDAD DE USHUAIA.

Dr. BERENSTEIN, Cesar Damian - **SANATORIO SAN JORGE**

Objetivos: Existe extensa bibliografía y múltiples herramientas sobre valoración del riesgo cardiovascular en prevención primaria. Cuando llevamos esta información al mundo real, hay una idea de subutilización de los medios disponibles. Me propuse conocer mediante una encuesta, la frecuencia con que se hace uso de estos métodos en una población de médicos cardiólogos, clínicos y generalistas de la ciudad de Ushuaia.

Materiales y Métodos: Se confeccionó una encuesta con datos personales, y 15 preguntas sobre la utilización de diferentes herramientas de valoración de riesgo cardiovascular para conocer la frecuencia de utilización según la percepción subjetiva de los médicos intervinientes. Una última pregunta permitió a los participantes sugerir otros métodos no incluídos en nuestro cuestionario. El criterio de inclusión fue ser médico con ejercicio de la profesión en la ciudad de Ushuaia, clínico, cardiólogo o generalista. Se valoraron frecuencias y porcentajes de las variables.

Resultados: Participaron 40 médicos (m), la mitad mujeres, con una edad de 40,3 (± 9,9) años. Nueve de ellos eran cardiólogos, 21 clínicos y 10 generalistas. El 25% (10 m) eran residentes. El 57,2% (23 m) trabajaban en el medio público. Veintiún participantes tenían más de 15 años de recibidos. Los resultados se pueden observar en la tabla. El de Framingham es utilizado por el 77,4% de los médicos que usan score de riesgo. Otros métodos sugeridos por los encuestados fueron interrogar sobre antecedentes heredo familiares (27,5%) y stress (7,5%), determinación de vitamina D (10%) y realización de ecocardiograma (7,5%).

Herramienta	Siempre (%)	MV (%)	PV (%)	Nunca (%)
Score de riesgo	6 (15)	19 (47,5)	6 (15)	9 (22,5)
Indice MC	20 (50)	12 (30)	6 (15)	2 (5)
Perímetro abdominal	5 (12,5)	8 (20)	11 (27,5)	16 (40)
Sme Metabólico	21 (52,5)	13 (32,5)	4 (10)	2 (5)
Glucemia en ayunas	32 (80)	8 (20)	0	0
Lipidos	28 (70)	10 (25)	2 (5)	0
Tensión Arterial	36 (90)	3 (7,5)	1 (2,5)	0
PCR ultrasensible	1 (2,5)	1 (2,5)	10 (25)	28 (70)
Tabaquismo	36 (90)	4 (10)	0	0
Ejercicio	36 (90)	4 (10)	0	0
Grosor Intima Media	2 (5)	9 (22,5)	24 (60)	5 (12,5)
Ergometría	5 (12,5)	13 (32,5)	19 (47,5)	3 (7,5)

Conclusiones: A pesar de la amplia difusión de métodos para valorar el riesgo cardiovascular, algunas herramientas son poco utilizadas. La sistematización según los medios disponibles en nuestra ciudad podrá optimizar la determinación del riesgo de nuestros pacientes en prevención primaria.

Trabajo Libre Nº100

EPIDEMIOLOGIA DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN EL HOSPITAL JULIO. C. PERRANDO.

Dra. GONZALEZ, Silvia Marina - **HOSPITAL JULIO C. PERRANDO**

Objetivos: Evaluar los antecedentes y evolución clínica de los pacientes (ptes) ingresados con diagnostico de infarto agudo de miocardio (IAM) en el Hospital Julio Cecilio Perrando.

Materiales y Métodos: Se estudiaron 48 pacientes ingresados en forma consecutiva en la Unidad Coronaria del Hospital Julio.C Perrando, correspondiente a salud pública, dependiente del Gobierno de la Provincia del Chaco, entre los meses de enero del 2011 y febrero del 2012.

Resultados: La edad promedio fue de 57,89% (entre 37 y 78 años). Predominando el sexo masculino 77.8 % (37 pacientes), femenino 22.9% (11 mujeres).

Factores de Riesgo: Hipertensión arterial: 56.25 % (27 ptes), Tabaquismo 37,5 % (18 ptes), Dislipidemia 33,33 % (16 ptes), Diabetes Mellitus tipo II 12.5% (6 ptes).

Localización del IAM: anterior extenso 16.6 %, anterior 14.58%, anterolateral 10,4 %, inferior 12.5 %, inferolaterodorsal 8.33%, los IAM con compromiso del VD (8 ptes) 16.6 %.

El Killip Kimbal (KK) A: (37 ptes) 77.08 %, KK B (7 ptes) 14.58 %, KK C (1 pte) , 2.08 %, KK D (3 ptes) 6.25 %. La sumatoria del supradesnivel del segmento ST promedio fue de 2.73 mv (entre 0.3 y 9.5 mv).

La Tensión arterial sistólica de ingreso: promedio de 136.6 mmHg, (rango entre 70 y 220 mmHg).

La Frecuencia cardiaca promedio de 66.6 latidos/min, (rango entre 48 y 150 L/min).

Tratamiento de Reperfusión: Trombolíticos (streptokinasa) en 37.5 % (18 ptes) . angioplastia primaria (ATC 1º), 41.66 % (20 ptes), y en 9 pacientes (18.75 %) no se realizo tratamiento de Reperfusión por ingresar fuera del periodo de ventana terapéutica. Éxito del tratamiento: ATC 1º en (19 ptes) 95 % y no exitosa (1 pte) , 5 %. Con trombolíticos, en (16 ptes) 88.89%, y no exitosa (2 ptes) 11.11 %. ATC de rescate (2 ptes). Arterias responsables: Descendentes anterior (14 ptes) 60,86%, coronaria derecha (7 ptes) 30,43%, Circunfleja (2 ptes) 8,6 %. Stent (21 ptes) 91,30 %. Balón (1 pte) 4,3%.

Complicaciones del IAM: Arritmias (7 ptes) 14%. shock cardiogenico (6 ptes) 12,5 %, insuficiencia cardiaca (5 ptes) 10,41 %, APIAM (Angina post infarto) (4 ptes) 8,33 %.

Los pacientes derivados a cirugía de revascularización miocardica fueron del 6,25% (3ptes).

Fracción de eyección del ventrículo izquierdo al alta menor o igual al 40 % fue en (22 ptes) 45,83%. Presentando 12,5 % del total de pacientes deterioro severo de la fracción de eyección.

Conclusiones: De los pacientes ingresados con diagnostico de IAM, la edad menor fue de 37 años, siendo la mayor incidencia entre 50 y 60 años. El mayor porcentaje fue de sexo masculino. Las complicaciones y la mortalidad se asocio al sexo femenino, así como el Killip y Kimbal D. Dentro de los factores de riesgo predomino la hipertensión arterial y el tabaquismo, siendo de baja incidencia la diabetes mellitus tipo II. La localización predominante fue de cara anterior extensa. El tratamiento de Reperfusión miocardica con angioplastia primaria con stent fue mayor que la de trombolíticos. Las complicaciones fueron mayores con estreptokinasa. Las complicaciones más frecuentes del IAM fueron las arritmias (dentro de esta la fibrilación ventricular) y el shock cardiogenico. Los pacientes no reperfundidos fueron los que ingresaron fuera del periodo de ventana terapéutica. Presentando 12,5 % del total de pacientes deterioro severo de la fracción de eyección.

Trabajo Libre Nº101

GASTO CALÓRICO DE ESFUERZO Y CONSUMO MÁXIMO DE OXÍGENO EN UN EXAMEN DE APTITUD FÍSICA DE NIÑOS, ADOLESCENTES Y JÓVENES

Dr. MOTTA, Domingo Agripino | ANGELINO, Arnaldo | BIANCO, Raul | LIZZI, Carolina | SANTOS, Máximo | KERBAGE, Soraya | BRANDANI, Laura | RODRIGUEZ CORREA, Carlos
FUNDACIÓN FAVALORO

Objetivos: evaluar en niños, adolescentes y jóvenes el gasto calórico de esfuerzo y consumo máximo de oxígeno (VO2MX) de uso en el entrenamiento físico, en relación a la edad, capacidad funcional e índice de masa corporal (IMC).
Materiales y Métodos: se efectuaron 78 mediciones de VO2MX durante un examen de aptitud física en niños y adolescentes de 6 a 16 años (grupo A: n= 45; 12+/-3 años), y en jóvenes de 17 a 30 años de edad (grupo B: n=33; 23+/-5 años), 67 % masculinos. A todos se les midió IMC (kg/alt2) y prueba ergométrica con consumo directo de oxígeno en cinta y protocolo de Bruce, registrándose VO2MX (ml/kg/min) y a nivel del umbral anaeróbico (VO2UA), la frecuencia cardiaca máxima (FCMX) y a nivel de UA (FCUA), capacidad funcional (Mets) y el gasto calórico de esfuerzo máximo (KcalMX) y a nivel del UA (KcalUA). Se efectuó análisis estadístico con prueba t-Student para muestra no apareada con una significancia de P<0,05 e IC 95 %
Resultados: tabla

Grupo	VO2MX	VO2UA	FCMX	FCUA	KcalMX	KcalUA	IMC	METs
A	41 +/- 10	30 +/- 6	180 +/- 24	153 +/- 27	598 +/- 296	442 +/- 221	20 +/- 4	11 +/- 2
B	44 +/- 12	31 +/- 8	185 +/- 9	161 +/- 15	873 +/- 274	664 +/- 249	23 +/- 3	12 +/- 2
/P	NS	NS	NS	NS	< 0,05	< 0,05	< 0,05	NS

Conclusiones: ambos grupos presentaron diferente IMC y gasto calórico de esfuerzo a igual capacidad funcional y VO2MX, por lo que la determinación del gasto calórico de esfuerzo y las variables de entrenamiento del VO2MX permitiría optimizar la actividad fisica y el gasto calórico en relación a la edad e IMC.

Trabajo Libre Nº102

FACTORES DETERMINANTES DE LA FALTA DE MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN OCHO PAÍSES DE SUDAMÉRICA.

Dr. ZYLBERSZTEJN, Horacio M. | Dr. HIGA, Claudio Cesar | Dr. GIORGI, Mariano Anibal | Dra. SOLANOT, Diana Graciela | MULASSI, Andres
AREA DE INVESTIGACIÓN. SAC

Introdución: La HTA es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad vascular. Es necesario controlar la presión arterial (PA) para detectar en forma precoz la HTA.
Objetivo: Analizar la prevalencia de individuos que nunca se midieron la PA y los factores determinantes de la misma, en ocho países sudamericanos.
Materiales y Métodos: Estudio analítico de corte transversal. Mediante un cuestionario estructurado, se evaluó a individuos en la vía pública de diversas ciudades de Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela entre 2001 y 2004. Se investigó la prevalencia de los individuos que nunca se midieron la PA y la asociación de la misma con la edad, el sexo y factores sociales: clase social, nivel de educación, desocupación, cobertura médica, y localidad urbana/rural, mediante análisis de regresión logística multivariado. La razón de productos cruzados, se expresó como odds ratio (OR) con su correspondiente intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Se consideró significativa una probabilidad de error igual o menor a 0.05.
Resultados: n = 50151; edad mediana: 42 a.; Hombres: 45%; Falta de registro de la PA: 17.2%

Variables	O.R. (I.C. 95%)	p
Clase social baja	1.21 (1.14-1.29)	<0.0001
Desocupación	1.14 (1.06-1.23)	<0.0001
Edad	0.969 (0.967-0.971)	<0.0001
Educación 1º	1.29 (1.22-1.38)	<0.0001
Sin cobertura médica o sólo pública	1.20 (1.13-1.26)	<0.0001
Sexo masculino	1.92 (1.83-2.02)	<0.0001
Localidad Rural	1.34 (1.20-1.50)	<0.0001

Conclusiones: La edad, el sexo y estas variables sociales son determinantes en la ausencia de registro y control de la PA. Es necesario tomar en cuenta estos factores para poder desarrollar adecuados programas de prevención de enfermedad vascular.

Trabajo Libre Nº103

FACTORES RELACIONADOS CON LA FALTA DE CONTROL DEL COLESTEROL EN OCHO PAÍSES DE SUDAMÉRICA.

Dr. ZYLBERSZTEJN, Horacio M. | Dr. HIGA, Claudio Cesar | Dr. GIORGI, Mariano Anibal | Dra. SOLANOT, Diana Graciela | MULASSI, Andrés - **AREA DE INVESTIGACIÓN. SAC**

Objetivos: Introdución: La hipercolesterolemia es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad vascular. Es necesario controlar la concentración plasmática del colesterol para detectar en forma precoz la dislipemia y ejercer efectivas acciones preventivas.
Objetivo: Analizar la prevalencia de individuos que nunca se controlaron el colesterol y los factores sociales determinantes de la misma en ocho países sudamericanos.
Materiales y Métodos: Estudio analítico de corte transversal. Mediante un cuestionario estructurado, se evaluó a individuos en la vía pública de diversas ciudades de Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela entre 2001 y 2004. Se investigó la prevalencia de individuos que nunca se controlaron el colesterol, y la asociación de la misma con la edad, el sexo y factores sociales: clase social, nivel de educación, desocupación, cobertura médica, y localidad urbana/rural mediante análisis de regresión logística multivariado. La razón de productos cruzados, se expresó como odds ratio (OR) con su correspondiente intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Se consideró significativa una probabilidad de error igual o menor a 0.05.
Resultados: Resultados: n = 42782; edad mediana: 42 a.; Hombres: 45%; Falta de registro del colesterol: 47.9%

Variables	O.R. (I.C. 95%)	p
Clase social baja	1.38 (1.30-1.46)	<0.0001
Desocupación	1.11 (1.09-1.26)	<0.0001
Edad	0.978 (0.976-0.980)	<0.0001
Educación 1º	1.32 (1.24-1.40)	<0.0001
Sin cobertura médica o sólo pública	2.05 (1.93-2.16)	<0.0001
Sexo Masculino	1.31 (1.24-1.37)	<0.0001
Localidad Rural	2.25 (2.04-2.47)	<0.0001

Conclusiones: La edad, el sexo y estas variables sociales son determinantes en la ausencia de registro y control del colesterol. Es necesario tomar en cuenta estos factores para poder desarrollar adecuados programas de prevención.

Trabajo Libre Nº104

ESTIMACIÓN DE LA "EDAD VASCULAR" BASADA EN EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN UNA POBLACIÓN EN PREVENCIÓN PRIMARIA. ASOCIACIÓN CON LA ATEROESCLEROSIS CAROTIDEA SUBCLINICA

Dr. CONSTANTIN, Ivan | MASSON, Walter | SINIAWSKI, Daniel | VITA, Tomas | FERNANDEZ, German | DEL CASTILLO, Santiago | VALLE, Juan | CAGIDE, Arturo - **HOSPITAL ITALIANO**

Objetivos: Conocer la relación entre la "edad vascular" (EV) y el diagnóstico de aterosclerosis subclínica podría optimizar la estratificación de riesgo cardiovascular. El objetivo de este estudio fue conocer la EV en una población en prevención primaria y determinar la relación entre la EV y la presencia de placa aterosclerótica carotídea (PAC).
Materiales y Métodos: Se calculó la EV basada en el índice de masa corporal (IMC) en una poblacion obtenida del consultorio de prevencion primaria del Hospital Italiano de Bs As. Se obtuvo la diferencia entre la EV y la edad cronológica (Delta). Se pesquisó la presencia de PAC por ultrasonido. Se analizó la asociación entre quintilos de EV y de Delta con la presencia de PAC. Se realizó un análisis ROC. Las características de la población se detallan en la tabla 1.

	Hombres (n=222)	Mujeres (n=189)	Total (n=411)
Variables continuas, media (DS)			
Edad, años	45±10	50±9	47±10
Tensión arterial sistólica, mmHg	128±14	126±13	127±13
Colesterol total, mg/dL	221±46	225±38	222±42
C-LDL, mg/dL	146±42	145±36	146±40
C-HDL, mg/dL	42±11	56±14	48±14
Apolipoproteína B, mg/dL	114±33	108±30	111±31
Apolipoproteína B, mg/dL	114±33	108±30	111±31
Indice de masa corporal, kg/m2	27.7±3.5	25.5±4.7	26.7±4.2
Variables categóricas, n (%)			
Fumadores	49 (22)	35 (19)	84 (20)
Tratamiento anti-hipertensivo	76 (34)	52 (28)	128 (31)
Score de Framingham a 10 años			
Bajo riesgo	148 (66)	180 (95)	328 (80)
Moderado riesgo	66 (30)	9 (5)	75 (18)
Alto riesgo	8 ()4	0 ()0	8 (2)

Resultados: Se incluyeron 411 pacientes (edad 47±10 años, hombres 54%). La EV y Delta fueron 55±15 y 7±9 años respectivamente. El 75% de los pacientes presentó una EV mayor que la edad cronológica (50% mayor o igual a 6 años). Los sujetos con PAC mostraron una EV significativamente mayor (66±11 vs. 50±14 años, p<0.0001) y un mayor Delta (13±9 vs. 5±7 años, p<0.0001) que los sujetos sin PAC. Se observó una asociación positiva entre quintilos de EV y Delta con la prevalencia de PAC (Figura 1). El área bajo la curva y el punto de corte óptimo de la EV para la detección de PAC fueron 0.813 y 60 años respectivamente y para Delta 0.771 y 11 años respectivamente.

	Hombres (n=222)	Mujeres (n=189)	Total (n=411)
Variables continuas, media (DS)			
Edad, años	45±10	50±9	47±10
Tensión arterial sistólica, mmHg	128±14	126±13	127±13
Colesterol total, mg/dL	221±46	225±38	222±42
C-LDL, mg/dL	146±42	145±36	146±40
C-HDL, mg/dL	42±11	56±14	48±14
Apolipoproteína B, mg/dL	114±33	108±30	111±31
Apolipoproteína B, mg/dL	114±33	108±30	111±31
Indice de masa corporal, kg/m2	27.7±3.5	25.5±4.7	26.7±4.2
Variables categóricas, n (%)			
Fumadores	49 (22)	35 (19)	84 (20)
Tratamiento anti-hipertensivo	76 (34)	52 (28)	128 (31)
Score de Framingham a 10 años			
Bajo riesgo	148 (66)	180 (95)	328 (80)
Moderado riesgo	66 (30)	9 (5)	75 (18)
Alto riesgo	8 ()4	0 ()0	8 (2)

Conclusiones: La EV basada en el IMC podría constituir una sencilla herramienta para estimar la presencia de PAC y mejorar la estratificación del riesgo cardiovascular en sujetos en prevención primaria.

Trabajo Libre Nº105

ASOCIACIÓN ENTRE LA HIPERTENSION ARTERIAL Y LA ATEROESCLEROSIS SUBCLINICA CAROTIDEA. ANÁLISIS DE UNA POBLACIÓN EN PREVENCIÓN PRIMARIA

Dr. CONSTANTIN, Ivan | MASSON, Walter | SINIAWSKI, Daniel | DEL CASTILLO, Santiago | BELZITI, Cesar - **HOSPITAL ITALIANO**

Objetivos: La asociación independiente entre la hipertensión arterial (HTA) y la presencia de aterosclerosis subclínica carotídea (ASC) es controvertida en la literatura. El objetivo de nuestro estudio fue comprobar si existe una relación independiente entre la HTA y la ASC en una población en prevención primaria de la Argentina.

Materiales y Métodos: Se reclutaron en forma consecutiva 511 pacientes en el consultorio de prevención cardiovascular del Hospital Italiano de Bs As. Se realizó un ecodoppler carotídeo y se midió el espesor íntima media (EIM) máximo. Se definió placa ateroesclerótica carotidea (PAC) cuando el EIM ›1.5 mm. Se realizó un análisis multivariado para determinar la asociación independiente entre la HTA y la presencia de PAC.

	No hipertensos (n=346)	Hipertensos (n=165)	Total (n=511)
Variables continuas, media (DS)			
Edad, años	47±12	52±9	49±11
Tensión arterial sistólica, mmHg	125±13	134±14	128±14
Colesterol total, mg/dL	224±48	220±39	222±46
C-LDL, mg/dL	146±40	145±38	147±40
C-HDL, mg/dL	49±14	47±14	48±14
Variables catergóricas, %			
Sexo masculino	22	17	53
Fumadores	23	13	20
Score deFramingham a 10 años			
Bajo riesgo	84.6	63.4	78
Moderado riesgo	13.8	31.3	19
Alto riesgo	1.6	5.3	3

Resultados: Se incluyeron 511 pacientes, de los cuáles el 32% eran hipertensos. El 53% eran hombres y la edad media fue de 49 ±11 años. En la población total el EIM promedio fue de 1.15±0.57 mm. El EIM fue significativamente mayor en los sujetos hipertensos en comparación con los pacientes sin HTA (1.35 ±0.49 vs 1.07±0.67 mm, p<0.001). La prevalencia global de PAC fue del 29%. Los sujetos con HTA presentaron una prevalencia significativamente mayor de PAC (44%) con respecto a los sujetos sin HTA (22%), p<0.001. Dichos hallazgos se observaron en ambos sexos. En el análisis multivariado, los pacientes hipertensos mostraron el doble de riesgo de presentar PAC en comparación con los sujetos sin HTA (OR 2.1, IC95% 1.30-3.40). Esta asociación fue independientemente de la edad, el sexo, el colesterol total, el C-HDL, el índice de masa corporal, el antecedente de tabaquismo o el antecedente heredo-familiar de enfermedad coronaria precoz.

	No hipertensos (n=346)	Hipertensos (n=165)	Total (n=511)
Variables continuas, media (DS)			
Edad, años	47±12	52±9	49±11
Tensión arterial sistólica, mmHg	125±13	134±14	128±14
Colesterol total, mg/dL	224±48	220±39	222±46
C-LDL, mg/dL	146±40	145±38	147±40
C-HDL, mg/dL	49±14	47±14	48±14
Variables catergóricas, %			
Sexo masculino	22	17	53
Fumadores	23	13	20
Score deFramingham a 10 años			
Bajo riesgo	84.6	63.4	78
Moderado riesgo	13.8	31.3	19
Alto riesgo	1.6	5.3	3

Conclusiones: En esta población en prevención primaria de nuestro país, la HTA se asoció en forma independiente con la presencia de PAC. Estos hallazgos realzan la importancia de la HTA en el desarrollo de la aterosclerosis.

Trabajo Libre Nº106

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DETERMINANTES DE LA EVOLUCIÓN A CORTO PLAZO DE UNA POBLACIÓN DE INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

Dr. PETTI, Marcos Alberto | Dra. GUYOT, Mariana Patricia | VIOTTI, Rodolfo | GALLI, Matias | GINIGER, Patricio | RIVAS, Juan C. | BENTKOWSKI, Mariana | SINISI, Alfredo
HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS EVA PERON SAN MARTÍN (EX MARIANO CASTEX)

Objetivos: Objetivo: describir las principales características clínicas de pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) sin criterios de alto riesgo y evaluar posibles determinantes de mala evolución a corto plazo.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes adultos que concurren al servicio de cardiología con ICD según criterios de Framinghan. Se evaluó un conjunto de variables clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas para establecer diferencias en la presentación clínica inicial y se determinó la evolución clínica a 30 días del alta. Como criterio de mala evolución clínica se utilizó a la combinación de rehospitalización por ICD y/o mala respuesta al tratamiento intrahospitalario.

Analisis estadistico: Para el análisis estadístico se empleó 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 y regresión logística.

Resultados: El estudio quedó conformado con 92 pacientes, edad media de 62 ± 12 años, 58 hombres (63%), con una fracción de eyección mediana de 35%. A los 30 días del alta, 14 pacientes (15%) presentaron eventos de mala evolución.

Los pacientes con Fey < 45% presentaron a su ingreso: Creatinina, 1.28 mg/dl (1.0-1.49) vs. 1.0 mg/dl (0.88-1.20), p= 0.008; Urea, 52 g/l (38-63) vs. 39.5 g/l (31.5-56.2), p= 0.04; ancho del QRS, 100 mseg (80-120) vs. 80 mseg (80-100), p= 0.007. Los pacientes que presentaron su primer episodio de ICD tuvieron: mejor FEy, 39.8 % (30-42.5) vs. 32 % (24-40), p= 0.05; menores diámetro diastólico de VI, 59±9 mm vs. 63.6 ±9.7 mm, p< 0.04 y diámetro sistólico de VI, 46±11.5 mm vs. 54.5±10.8 mm, p= 0.006. Las variables con significación estadística relacionadas a mala evolución fueron: creatinina de ingreso, 1.49 mg/dl (1.24-1.79) vs. 1.13 mg/dl (0.95-1.39), p =0.01; clearence de creatinina menor de 60 en 97% vs. 47%, p< 0.004; ancho de QRS, 120 mseg (95-160) vs. 100 mseg (80-120), p=0.02. La FEy no se relacionó a mala evolución clínica a 30 días.

Conclusiones: Los pacientes que debutaron con ICD presentaron mayor FEy y menores diámetros de VI. La mala evolución clínica a corto plazo se relacionó al deterioro de la función renal y al mayor ancho del QRS.

Trabajo Libre Nº107

INSUFICIENCIA RENAL OCULTA EN PACIENTES AÑOSOS INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA EN UNIDAD CORONARIA DE UN HOSPITAL DE TERCERA EDAD

Dr. CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustin | Dr. QUIROGA AVALOS, Carlos Alberto | CERDA JORGI, Florencia | PACHELO, Patricio | TREJO, Graciela | MONTEROS, Ariel | MACHADO, Rogelio | DIZEO, Claudio
UNIDAD ASISTENCIAL POR MÁS SALUD DR. CESAR MILSTEIN

Objetivos: Determinar la prevalencia de insuficiencia renal oculta definida como la reducción del filtrado glomerular con creatinina normal en pacientes añosos internados por insuficiencia cardíaca aguda y su relación con la evolución intrahospitalaria

Materiales y Métodos: En forma retrospectiva se incluyeron pacientes añosos internados en unidad coronaria con diagnóstico de insuficiencia cardíaca aguda desde julio 2009 hasta enero 2012. Fueron excluidos los pacientes con creatininamia mayor a 1.3 mg/dl. Se calculó la tasa de filtrado glomerular (TFG) con la fórmula MDRD abreviada, considerando insuficiencia renal oculta (IRO) a un filtrado glomerular menor o igual a 60ml/min/1.73m2. Se analizaron los factores de riesgo, antecedentes, datos de ingreso y se analizó el punto final de mala evolución intrahospitalaria (MEIH) compuesto por muerte intrahospitalaria, necesidad de asistencia respiratoria (ARM) y de inotrópicos por más de 48 horas.

Las variables continuas se informan como media ± desvío estándar y las discretas como porcentaje. Comparaciones entre grupos con técnicas de acuerdo con el tipo de variable y el grado de normalización obtenible en las variables continuas. El análisis multivariado se realizó mediante regresión logística.

Resultados: De un total de 244 pacientes, 164 presentaron creatininemia normal, con una edad de 77.9 ± 7.4 años. Presentaron IRO 33 pacientes (20,1%) con uremia de 66 ± 23 y creatinina de 1.12 ± 0.1 y TFG de 51 ± 5 y 131 sin IRO (79.9%) con uremia de 44 ± 15, creatinina de 0.84 ± 0.2 y TFG 87 ± 22. El grupo con IRO fueron más añosos (82,3 ± 6.5 vs 76,8 ± 7.2, p=0.0001) y presentaron menor hematocrito al ingreso (34.6 ± 3.7 vs 37.8 ± 5.4, p=0.002). No hubo diferencias en la natremia de ingreso (134.5 ± 6.2 vs 135.1 ± 3.2, P=NS), ni en los antecedentes de Hipertensión arterial (90.8% vs 90.9%, p=NS), diabetes (24.2% vs 24.2%, p=NS), dislipidemia (39.4% vs 39.4%, p=NS) e infarto previo (14.5% vs 12.1%, p=NS). Los pacientes con IRO tuvieron una tendencia no significativa a presentar menor incidencia de función sistólica deteriorada, considerada como fracción de eyección menor a 45% (39.4% vs 56.4%, p=0.07) y de mayor antecedente de fibrilación auricular crónica (48.5% vs 30.5%, p=0.052).

El punto de MEIH se evidenció en el 11% (18 pacientes), se evidenció una tendencia no significativa a mayores eventos en el grupo con IRO (18.2% vs 9.1%, p=NS), no hubo diferencias en la mortalidad intrahospitalaria (9% vs 3.8%, p=NS), ni en la necesidad de inotrópicos (9% vs 9.1%, p=NS) mientras que los pacientes con IRO presentaron mayor requerimiento de ARM (12% vs 3%, p=0.03). En tanto, la edad (>80años, OR 3.34 (1.17-9.53), p=0.0245) se comportó como predictor de MEIH en estos pacientes.

Conclusiones: La prevalencia de IRO en pacientes con creatininemia normal internados por insuficiencia cardíaca aguda fue alta (20%) y se asoció con pacientes más añosos. La hipertensión arterial, la diabetes, la dislipidemia y el deterioro de la función ventricular no se asociaron a la presencia de IRO. En tanto la edad se comportó como predictores de MEIH, la IRO no se asoció significativamente al punto combinado de MEIH, aunque sí, estos pacientes presentaron mayor incidencia de ARM. Igualmente la presencia de complicaciones fue relativamente baja en esta población, probablemente al haberse excluido los pacientes con insuficiencia renal.

Trabajo Libre Nº108

LOS PACIENTES OCTOGENARIOS INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA TUVIERON SIMILAR EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA QUE LOS MENORES DE DICHA EDAD

Dr. CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustin | Dra. SANCHEZ ALBARRACIN, Viviana Karina | PALACIOS, Rolando | PACHELO, Patricio | TREJO, Graciela | MONTEROS, Ariel | MACHADO, Rogelio | DIZEO, Claudio
UNIDAD ASISTENCIAL POR MÁS SALUD DR. CESAR MILSTEIN

Objetivos: Conocer las características clínicas y la evolución intrahospitalaria de los pacientes octogenarios internados por insuficiencia cardíaca aguda en comparación con los menores de 80 años.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma retrospectiva los pacientes internados en nuestra Unidad Coronaria con diagnóstico de insuficiencia cardíaca aguda entre julio del 2009 y enero del 2012. Se dividieron en dos grupos: de 80 años o mayores y menores de dicha edad. Se compararon los factores de riesgo coronarios (FRC) y los antecedentes y la evolución intrahospitalaria. Se tomó el punto combinado de mala evolución intrahospitalaria (MEIH) que incluyó la mortalidad intrahospitalaria, el requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM), de inotrópicos por más de 48 hs y de diálisis o ultrafiltración por mala respuesta al tratamiento.

Las variables continuas se informan como media ± desvío estándar y las discretas como porcentaje. Comparaciones entre grupos con técnicas de acuerdo con el tipo de variable, y el grado de normalización obtenible en las variables continuas. El análisis multivariado se realizó mediante regresión logística.

Resultados: Se incluyó un total de 244 pacientes, 106 octogenarios con edad media de 85,4 ± 3.7 años y 138 menores, con edad media de 72.4 ± 5,4 años. El grupo de octogenarios tuvo menor prevalencia de sexo masculino (33% vs 57%, p=0.0002), de antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC, 15% vs 2.8%, p=0.001) y de diabetes (16.9% vs 29.7%, p=0.02). No hubo diferencias significativas en el resto de los FRC, así como en los antecedentes de insuficiencia renal crónica (IRC, 20.7% vs 23.9%, p=0.85), anemia (21.6% vs 19.5%, p=0.64) y fibrilación auricular crónica (40.5% vs 31.8%, p=0.16). La etiología más frecuente en el grupo octogenarios fue la hipertensiva (33,9%) seguida de la valvular (22.6%), mientras que en el grupo de menores de 80 años la etiología más frecuente fue la isquémica-necrótica (33.3%) seguida de la hipertensiva (27.5%). Asimismo el deterioro de la función sistólica (fracción de eyección menor al 45%) fue menos frecuente en el grupo de octogenarios (36.9% vs 66.1%m,p=0.005), así como la presencia de BCRI en el ECG (16.9% vs 28.9%,p=0.02).

El punto MEIH fue similar en ambos grupos (19.8% vs 17.8%, p=0.62), con una mortalidad intrahospitalaria del 8.4% en el grupo octogenarios y del 3.6% en el de menores de 80 años (p=0,1). Tampoco hubo diferencias en el requerimiento de inotrópicos por más de 48hs (13.2% vs 14.5%, p=0.77) y en el requerimiento de diálisis o ultrafiltración (7.5% vs 7.9%, p=0.9). En el análisis multivariado ni la edad ni el deterioro de la función ventricular o la etiología isquémica-necrótica resultaron predictores de mala evolución intrahospitalaria.

Conclusiones: En cuanto a las características basales, en el grupo de octogenarios hubo más mujeres, la etiología hipertensiva fue la más frecuente y la mayoría presentó función sistólica conservada. Los antecedentes de EPOC y de diabetes fueron menos frecuentes, mientras que el resto de los antecedentes tuvieron similar prevalencia en ambos grupos

El grupo de octogenarios tuvo una similar tasa de complicaciones y de mortalidad intrahospitalaria que el grupo de pacientes menores de 80 años, lo que contrasta con la mayor prevalencia de deterioro de la función ventricular y de la etiología isquémico-necrótica en los menores de 80 años.

Trabajo Libre Nº109

PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA Y DETERIORO SEVERO DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA.

Dra. TORRES, Maria Jose | PERESSOTTI, Bruno | ANGEL, Adriana | CORDERO, Diego | MACHADO, Rogelio | DEGREGORIO, Alejandro | DELGADO, Jorge | CUROTTO GRASIOSI, Jorge
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: evaluar la relación entre diferentes variables clínicas y la mortalidad en un grupo de pacientes (ptes.) con insuficiencia cardíaca crónica en seguimiento y deterioro severo de la función sistólica (DSFS).

Materiales y Métodos: ingresamos ptes. con insuficiencia cardíaca crónica; todos se encontraban bajo tratamiento óptimo. Excluimos a los ptes. con etiología valvular, a los menores de 18 años y los que requerían cirugía cardiovascular. Tomamos una fracción de eyección <35% como indicativa de DSFS. Examinamos: edad, etiología, meses de seguimiento hasta la muerte, número de internaciones en el seguimiento, tabaquista o ex tabaquista, índice de masa corporal, tensión arterial sistólica, diastólica, media y de pulso, frecuencia cardíaca, diámetro ventricular izquierdo (DDVI), diámetro auricular izquierdo, fracción de eyección, creatininemia, natremia, clase funcional, hipertrofia ventricular izquierda, bloqueos de rama, fibrilación auricular, tratamiento con inhibidores de la enzima conversora de la angiotensina (IECA), bloqueantes del receptor II de angiotensina, beta bloqueantes, estatinas, amiodarona, tiazidas, furosemida y espironolactona.

Resultados: reclutamos 231 ptes., 81% hombres, edad 65±13, fracción de eyección 25±7, 51% isquémico-necrótico. Al momento del análisis 99 (43%) habían fallecido, de compararlos con los vivos obtuvimos: edad: 66,7±1,2 vs. 63,2±1,1, ex tabaquistas: 71% vs. 40%, meses de seguimiento: 36±3 vs. 51±3, DDVI: 69±0,7 vs. 64±0,5, internaciones: 1,32±0,17 vs. 0,098±0,039, clase funcional 2,6±0,06 vs. 2,1±0,06, IECA: 96% vs. 76%, beta bloqueantes: 80% vs. 96%, espironolactona: 57% vs. 42%, amiodarona: 23% vs. 8%, diuréticos: 90% vs. 76%, todas p< 0.05. El resto de las variables no fue diferente aunque la fracción de eyección tuvo una tendencia a la significación estadística.

Conclusiones: en nuestra serie, los ptes. con insuficiencia cardíaca crónica y DSFS las variables asociadas con la mortalidad fueron la edad, la clase funcional, el DDVI, el número de internaciones en el seguimiento y el mayor uso de drogas.

Trabajo Libre Nº110

VARIABLES PREDICTORAS DE MUERTE SÚBITA O PROGRESIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA.

Dr. PARAGANO, Emanuel | PERESSOTTI, Bruno | ANGEL, Adriana | DAK, Marcelo | CORDERO, Diego | CARDÚS, Marta | MACHADO, Rogelio | CUROTTO GRASIOSI, Jorge
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: determinar variables predictoras de mortalidad por progresión de la insuficiencia cardíaca o por muerte súbita (MS) en una población de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (ICC).

Materiales y Métodos: se incluyeron en forma prospectiva con un seguimiento mínimo de 6 meses a 231 pacientes con ICC y función sistólica deprimida. Se evaluaron: edad, frecuencia cardíaca, tensión arterial sistólica y diastólica, clase funcional al ingreso y postratamiento (CF postratamiento), infarto de miocardio previo, diámetro diastólico del ventrículo izquierdo (DDVI), fracción de eyección, creatinina, natremia, índice de masa corporal, presión de pulso, bloqueos de rama y fibrilación auricular. Se excluyeron las muertes por otras
causas. Estas variables se ordenaron según la causa de muerte (por progresión de la insuficiencia cardíaca o por MS), el seguimiento promedio fue de 42 meses. Se utilizó prueba T sobre variables continuas, test exacto de Fisher y suma de rangos de Wilcoxon para las nominales u ordinales.

Resultados: la mortalidad total fue de 98 ptes. (42%). De los fallecidos 70 (71%) tenían etiología coronaria y 53 (54%) tenían antecedente de IAM. La etiología del resto de los ptes. fallecidos fue: 16 ptes. (16%) por hipertensión arterial, 5 (5%) por enfermedad de Chagas y 7 (7%) por otras causas.
La mortalidad por progresión de la insuficiencia cardíaca fue de 33 ptes. (34%) y por MS fue de 47 ptes. (48%). Al comparar muerte por progresión de la insuficiencia caríaca vs. muerte por MS unicamente las variables DDVI y CF postratamiento mostraron diferencia significativa: DDVI 73.7±7.2 vs. 66.7±9.4 (p= 0.02), CF postratamiento 2.17±0.39 vs. 1.77±0.72 (p= 0.04) respectivamente.

Conclusiones: los pacientes que fallecieron por progresión de la insuficiencia cardíaca presentaron mayor DDVI y peor CF postratamiento comparados con los que murieron por MS.

Trabajo Libre Nº111

PREVALENCIA Y SIGNIFICADO PRONÓSTICO DEL QRS FRAGMENTADO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DE ETIOLOGÍA NO ISQUÉMICA.

CORVERA, Mark | DEGREGORIO, Alejandro | PERESSOTTI, Bruno | ROCCHINOTTI, Mónica | CORDERO, Diego | MACHADO, Rogelio | DELGADO, Jorge | Dr. CUROTTO GRASIOSI, Jorge L.
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: el QRS fragmentado (QRSf) en los electocardiogramas (ECGs) en reposo de pacientes (ptes.) con enfermedad coronaria están asociados con eventos cardíacos adversos. Sin embargo, hay datos limitados en cuanto a su uso como valor pronóstico en pacientes con insuficiencia cardíaca de etiología no isquémica.

Materiales y Métodos: a partir de una población de 228 ptes. con insuficiencia cardíaca crónica en seguimiento seleccionamos para este estudio a 44 de etiología no isquémica, de cualquier clase funcional de la NYHA, con fracción de eyección < de 40%, ritmo sinusal y QRS menor o igual a 120 mseg. El QRSf en los ECGs en reposo fue diaqnosticado usando los criterios estándares. Excluimos ptes. con lesiones coronarias mayores al 50% en la angiografía coronaria, aquellos con historia de infarto de miocardio, enfermedad valvular, enfermedad de Chagas o a los que se encontraban bajo tratamiento con amiodarona. Encontramos 15 ptes. (34%) con QRSf y 9 ptes. sin QRSf (66%) y comparamos ambos grupos. Evaluamos: sexo, edad, etiología, clase funcional NYHA, fracción de eyección, diámetro diastólico del ventrículo izquierdo (DDVI), diámetro auricular izquierdo, diámetro septum, diámetro de la pared posterior, frecuencia cardíaca en reposo, duración del QRS y QTc. El punto final combinado del estudio fue muerte u hospitalización por causas cardiovasculares. Seguimiento 35.5±36.5 meses.

Resultados: grupo QRSf+ vs. grupo QRSf- : hombres: 80% vs. 65.5%, edad: 59.87±8.08 vs. 60.2±16.6, HTA: 73.3 vs. 51.7%, etiología idiopática: 26.7 vs. 48,3%, clase funcional I-II: 80% vs. 82.7%, clase funcional III-IV: 20% vs. 17.3%, fracción de eyección: 29.07±4.74% vs. 27.83±8.27%, DDVI: 64.87±7.73 vs. 64.34±6.47mm, diámetro auricular izquierdo: 46,3±10,6 vs. 46,45±5,82 mm, septum: 12,27±2,52 vs. 10,90±2,01 mm, pared posterior: 10,67±2,50 vs. 10,38±1,57 mm, frecuencia cardíaca en reposo: 0.847±0.360 vs.0.796±172, duración QRS: 85,33±9,15 vs. 84,14±9,83 mseg, QTc: 447,3±53,8 vs. 430,4±41,3 mseg (p=ns). 12 (27%) ptes. -6 en cada grupo- (40% vs. 21%) murieron o fueron hospitalizados por causas cardiovasculares (p=ns).

Conclusiones: la prevalencia de QRSf fue del 34% en este grupo de ptes. con insuficiencia cardíaca de etiología no isquémica. El QRSf en los ECGs de reposo no estuvo asociado con mayor riesgo ya sea de muerte o internación por causas cardiovasculares.

Trabajo Libre Nº112

PAPEL DE LOS INHIBIDORES DE LA ALDOSTERONA (ESPIRONOLACTONA) EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN CF I Y II. EVALUACIÓN DE PARÁMETROS CLÍNICOS Y SEGUIMIENTO DE UNA POBLACIÓN DE CONSULTORIOS EXTERNOS.

Dr. FRANCHI, Victor Marcelo de Jesus | PEREZ PRADOS, Graciela | ATAMAÑUK, Nicolás | SALZBERG, Simón - **AREA DE INVESTIGACIÓN. SAC**

Objetivos: Evaluar la implicancia clínica y pronostica de pacientes de consultorios externos con insuficiencia cardiaca CF I y II tratados con inhibidores de la aldosterona: espironolactona.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo, longitudinal, realizado en hospital Juan A. Fernandez, CABA, sobre pacientes con insuficiencia cardiaca CF NYHA CF I y CF II de distintas etiologías. Se revisaron HC de 201 pacientes admitidos en el consultorio externo entre los años 2000 al 2011. Se analizó el esquema terapéutico, evaluando la utilización de espironolactona. Se evaluaron variables cualitativas y cuantitativas de la población y variables de mala evolución; reagudización de la IC, re internación por cualquier causa y síndrome coronario

Resultados: 201 pacientes con IC. Promedio edad 62 años, Sexo femenino 25%, masculino 75%. Etiologías: 30% isquémica, 22%HTA, 8,4%toxica Alcohólica, 6,4%infeccioso, 6% idiopáticas, 5,4% valvular, 1,5% Hipertrófica, 0,5% No compacto, 0,5% periparto y 19% otras. Causas desencadenantes: HTA 39%, coronarios 20%, arritmias 12%, infeccioso 9%, chagas 9%, falta de tratamiento 8%, transgresión en la dieta 7%, valvular 7%. Presentación clínica: IC crónica 48%, IC de Novo 35%, ICFSC 13%, IC Avanzada 4%, ICC Descompensada 2%. Clase funcional de la NYHA: CF I 18%, CF II 34%, CF III 28%, CF IV 20%. ECG con FA 29%, sin FA 71%. Tratamientos: betabloqueantes 75%, furosemida 62%, espironolactona 35%, hidroclorotiazida 4% IECA 73%, ARA II 13%, digital 20%.
Se observó que en los pacientes tratados con espironolactona, asociado al tratamiento convencional, presentaron progresión en su CF en un 21% vs 41% en pacientes sin espironolactona. En cuanto al síndrome coronario la presentación fue de un 3% vs 7% respectivamente.

Conclusiones: Si bien el estudio EMPHASIS-HF con el uso de la esplerrenona, demostró beneficio en la la reinternaciones por IC, en pacientes con IC CF II, podemos considerar que la espironolactona, con menor costo y mayor disponibilidad, demostró características similares en cuanto a la progresión de la enfermedad.

_Indice de participantes

Acosta, Marisa 17, 21, 24
Acuña, Marcos 14
Aguirre, Atilio 13, 17, 24
Altamirano, Rolando 15, 17
Alvárez, Angelica 30
Alvárez, Carlos 11, 17, 21
Auger, Sergio 20, 22, 28
Avila, Graciela 18, 24
Barrero, Carlos 17, 24, 25
Barresi, Ana 15, 16
Bauk, Lucas 24
Belziti, Cesar 15, 18, 25
Benitez, Bernardo J. 15, 24
Berenstein, Cesar 14, 23
Bertón, Pablo 14, 15
Bochoeyer, Andres 27
Boratti, María 24
Borelli, Evelin 14, 20
Brizuela, Jorge 30
Bruzzo, Juan C. 13, 24
Caceres Monie, Cesar 24
Caltai, Emilio 23
Cardenas Sanchez, Rolando 20, 22, 24
Carrizo Paez, Rubén 22
Castro, Guillermo 15, 20
Cedrolla, Martín 22
Chaves, Carlos 14, 15
Codutti, Renzo 11, 17, 24
Cohen, Ada 30
Coppola, Gloria 27
Cravero, Cecilia 22
Daghero, Fernando 27
Da Rosa, Walter 24
De Cerchio, Alejandro 15, 22
De Dios, Ana 27
De Francesca, Salvador 17, 25
Del Valle, Ma. Fernanda 30
Dellera, Christian 15
Dell Oste, Mirian 12, 25
Di Tommaso, Fernando 13, 16, 24, 25
Dominguez, Pablo 27
Duarte, Raul A. 14, 17
Duran, José 23
Duronto, Ernesto 15
Echeverri, Adela 30
Echeverría, Mario 23
Enciso, Elizabeth 14, 24
Fabro, Diana 21
Faella, Horacio 27
Failo, Matias 24
Farinelli, Carlos 12, 15, 24
Fazio, Guillermo 24
Fernández, Hugo 30
Forte, Ezequiel 16, 24
Galeano, Javier 24, 25
Gilli, Mónica 20, 22
Gomez Moreno, José 20
Gomez, Dario 23
González, Enzo L. 24
González, Ernestina 23
González, Jorge 14, 15
González, Miguel A. 11, 15, 23, 24
González, Nicolás 24
González, S. Marina 11, 15, 17, 28
Goujon, Noeli 12, 17
Grassani, Ana 24
Guastalla, Graciela 22
Hernández, Daniel 23
Hita, Alejandro 14, 21, 25
Ibañez, Julio 20, 24
Iglesias, Ricardo 11, 18, 24, 25
Iosa, Daniel 22
José, Daniel 16, 17, 20
Kreutzer, Christian 27
Lago, Noemi 21
Laiava, Oscar 23
Larroza, Omar 22
León, Carlos 12, 17
Lerman, Jorge 14, 25
Loto, Miguel A. 23
Macin, Stella 17, 20
Mainoli, Ezequiel 27
Maisuls, Héctor 27
Mancilla, César 30
Marcico Prieto, Hugo 12
Martinez, Juan C. 22, 25
Martinez, Ramon V. 21, 23
Masoli, Osvaldo 11, 14, 24, 25
Mattarucco, Betiana 30
Mazo, Guillermo 16, 24
Medina, Gustavo 30
Medina, Oscar 30
Meza, Alba 30
Militello, Claudio 14, 24, 25
Moreno, Norberto 17
Mujica, Hugo 23
Nasir, Jorge 22
Nuñez Burgos, Federico 23
Nuñez Burgos, Javier 23
Oliva, Martín 22, 24
Olleta, Miguel 30
Paniagua, María 25
Parola, Marisa 16, 24, 25
Pedevilla, Sandra 30
Peirone, Alejandro 27
Pereyra, Nahuel 30
Perret, Raul 25
Pintor, Felix 25
Pividori, Alfredo 14, 23
Portalea, Rodolfo 30
Portillo. Mariano 30
Presti, Héctor 17, 22
Proietto, Marcela 30
Quevedo, Ramón 30
Quintana, Luis 18, 24
Reboratti, Karina 30
Retamoso, Fabrizio 30
Retamoso, Jose R. 27
Rivero Paz, Franz 14, 17
Rojas Duré, Víctor 25
Roiter, Héctor 23
Romano, Alfredo A. 24
Romero, Cirilo 23
Ronconi, Patricia 14, 18
Rousseau, Juan J. 12, 17, 28
Sanchez, Laura 23
Santander, Pablo 15
Sardella, Angela 27
Sica, Néstor 30
Silveira, Mariano 30
Sordo, Horacio 14
Soriano, Lisandro 17, 24
Spolidoro, Jose 14
Streiger, Mirtha 20, 22
Toledo, Rubén 27
Tomasella, Marcos 21
Unzain, Blas 30
Veron, Jorge A. 14
Villalba, Florencia 30
Vital, Mariano 15, 23
Vogelmann, Oscar 17
Zaidel, Ezequiel 24
Zárate, Horacio 30
Zurrú, Cristina 20, 22

PELMEC®

AMLODIPINA 5/10 mg

El calcio antagonista de protección permanente

- *Rápida reducción de la Presión Arterial*
- *Mayor reducción de eventos cardiovasculares*
- *Mejor control de la Presión Arterial en el largo plazo*
- *Retrasa la progresión de la Aterosclerosis Coronaria*

vs. VALSARTAN

vs. ENALAPRIL

IOMA

PAMI 60%

Presentación
Envases con 30 comprimidos.

Desde hace más de CASASCO 135 AÑOS

www.casasco.com.ar

LINEA CARDIOVASCULAR CASASCO

PELMEC® MAX D

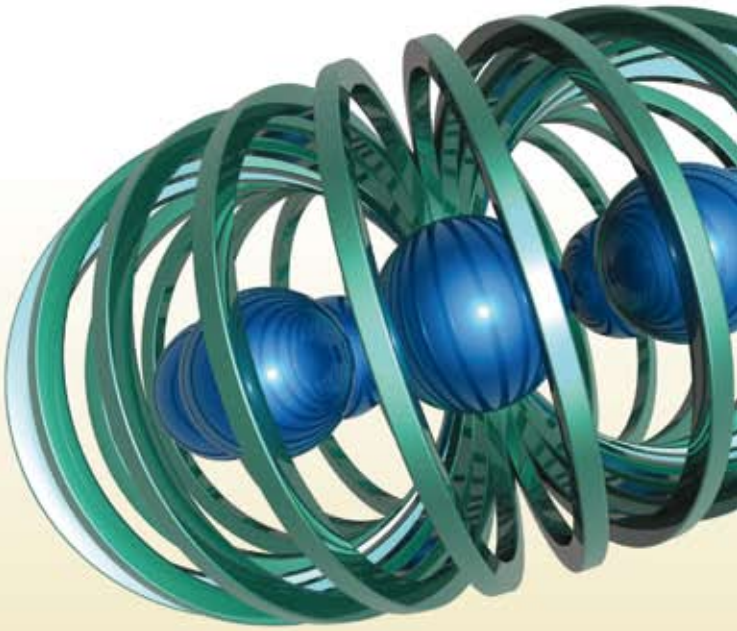
AMLODIPINA 5 mg / LOSARTAN 50 mg / HIDROCLOROTIAZIDA 12,5 mg

Gran eficacia en asociación fija de tres antihipertensivos

PELMEC – Amlodipina 5 mg

LOPLAC D - Losartán potásico 50 mg

Hidroclorotiazida 12,5 mg



Mecanismos de acción complementarios y potenciadores

- Calcioantagonista vasodilatador
- Bloqueante del receptor de angiotensina II
- Diurético

Descenso más pronunciado de la presión arterial

Mayor protección de los órganos blanco (1)

Mayor adherencia al tratamiento

Referencias
(1) Tedesco MA. The Journal of Clinical Hypertension 2006; 8 (9): 634-641.

Presentación:
envases con 30 comprimidos de amlodipina 5 mg (Pelmec 5) y con 30 comprimidos recubiertos de losartán potásico 50 mg e hidroclorotiazida 12,50 mg (Loplac-D), respectivamente.

LINEA CARDIOMETABOLICA · CASASCO

Recetario Solidario

VALE+ SALUD

CASASCO
www.casasco.com.ar

130 años