REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGIA

Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Cardiología

ISSN 0034-7000 VOL. 79 SUP. 1

NEUQUÉN 2011

XXII Jornadas Nacionales de los Distritos Regionales

Jornadas de Cardiología Pediátrica

XVIII Jornadas Interdistritales de Técnicos en Cardiología

XIX Jornadas Interdistritales de Enfermería en Cardiología

Jornadas para la Comunidad - Fundación Cardiológica Argentina

14 y 15 de Abril de 2011

Centro de Convenciones Espacio DUAM – Neuquén
Provincia de Neuquén

visítenos en **www.sac.org.ar**

aclusin

50 / 100 mg

CILOSTAZOL

Protege el vaso, mejora la circulación

- *Aumenta en forma significativa y sostenida la distancia de marcha sin dolor y la distancia máxima de marcha*
- *Seguridad y eficacia para superar la isquemia*

Presentación
Envases con 30 comprimidos.

Desde hace más de CASASCO 130 AÑOS

www.casasco.com.ar

_Indice

04 Carta de Bienvenida

05 Autoridades

07 Información General

07 Plano

09 Programa Científico

11 *Día Jueves 14*

20 *Día Viernes 15*

28 Jornadas de Pediatría

29 Fundación Cardiológica Argentina

30 Jornadas de Enfermeros y Técnicos

31 Grilla Programática

33 Resúmenes de Trabajos

57 Indice de Participantes

_Carta de Bienvenida

JORNADAS INTERDISTRITALES NEUQUÉN

Nos encontramos próximos a la realización de unas nuevas Jornadas de los Distritos Regionales SAC. No es un lugar común afirmar que se trata de nuestro segundo congreso anual fuera de Buenos Aires, y que por ende tiene la importancia de un evento científico mayor de nuestra Sociedad.

Toda la infraestructura humana y de recursos de nuestra Sociedad se pone en marcha y converge hacia Neuquén para lograr la excelencia científica de las Jornadas. No es casual la elección de la sede Neuquén en el corazón del Comahue argentino: su historia cardiológica, la experiencia en la organización de la atención sanitaria desde la esfera pública y el dinamismo de su sociedad, amén de la activa participación del distrito en las actividades de nuestra Sociedad, se conjugaron para que la elección de Neuquén reúna los requisitos de excelencia y merecimientos para la sede y organización de nuestras Jornadas.

En este año las Jornadas girarán en torno al tema de la Regionalización del Tratamiento del Infarto Agudo de Miocardio, tema no menor dado que las estrategias de repercusión deben contemplar las características de cada región para llegar en tiempo y forma al mejor tratamiento de esta condición. Las conclusiones sobre el particular contribuirán sin duda para la elaboración de algoritmos de tratamiento que sirvan de base a propuestas de nuestra sociedad para las políticas públicas sobre el particular.

Se abordarán también los temas cardiológicos más importantes, con énfasis en los aspectos prácticos de la tarea médica cotidiana en el consultorio y en los centros asistenciales. Así la insuficiencia cardíaca aguda, los síndromes coronarios agudos, las valvulopatías, las arritmias y la toma de decisiones en el consultorio, entre otros, integrarán el programa científico de estas Jornadas. La cardiología pediátrica también estará presente con un programa de excelencia como así la enfermería en cardiología y los técnicos en prácticas cardiológicas.

Asimismo, los estudiantes de medicina tendrán su ámbito de discusión de temas cardiológicos especialmente preparados para ellos. Los residentes de cardiología, a través de su entidad representativa, CONAREC, tendrán participación tanto en el programa científico como en el de acción comunitaria. También se presentarán casos clínicos para discusión con los expertos más destacados junto a los jóvenes cardiólogos en formación y la audiencia para que de esta interacción surja una provechosa experiencia para los asistentes.

A través de la Fundación Cardiológica Argentina, nuestro brazo comunitario, se desplegará una intensa acción hacia la comunidad tanto en locaciones fijas como móviles con la finalidad de enseñar y controlar los factores de riesgo cardiovascular en el público general con la finalidad de esclarecer y reforzar pautas de prevención en la comunidad. Por supuesto que estos aspectos de prevención cardiovascular también tendrán lugar destacado dentro del programa científico de las jornadas.

Estos dos intensos días de actividad, a los que los invito fervientemente, servirán para intercambiar conocimientos y para afianzar uno de los objetivos de nuestra Sociedad cual es el de servir en todo el territorio nacional para la jerarquización y progreso de la cardiología en bien de nuestra comunidad.

Dr. Carlos Barrero
Presidente
Sociedad Argentina de Cardiología

_Autoridades

SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA

Presidente Dr. Carlos M. Barrero
Vicepresidente 1º Dr. César A. Belziti
Vicepresidente 2º Dr. Mario O. Martinenghi
Secretaria Dra. Ana M. Salvati
Tesorero Dr. Guillermo Fábregues
Prosecretario Dr. Alejandro Hita
Protesorero Dr. Claudio A. Militello

Vocales Titulares
Dr. Roque A. Córdoba
Dr. Pablo G. Stutzbach
Dr. Jorge A. Lowenstein
Dr. Hugo D. Barrionuevo

Vocales Suplentes
Dr. Sebastián Saravia Toledo
Dr. Adrián A. Charask
Dr. Alberto A. Fernández
Dr. Alejandro J. Sarríes

Presidente Anterior Dr. Héctor Maisuls

Consejo Asesor
Dr. Luis Alday
Dr. Arturo Cagide
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. Ricardo Iglesias
Vicepresidente 1º Rodolfo Daniel La Greca
Vicepresidente 2º Dr. Néstor Pérez Baliño
Secretaria Dra. Sandra P. Swieszkowski
Prosecretario Dr. Roberto Peidro
Tesorero Dr. Antonio Pocoví
Protesorero Dr. Horacio Faella
Vocal 1º Dra. Florencia Rolandi
Vocal 2º Dr. Enrique Pautasso
Vocal 3º Dr. Simón Salzberg
Vocal Suplente 1º Dr. Sergio Auger
Vocal Suplente 2º Dr. Eduardo Esteban
Vocal Suplente 3º Dr. Adrián Lescano
Revisor de Cuentas Lic. Daniel Nasimoff
Miembro Adscripto Dra. Diana Millán
Miembro Adscripto Dr. Federico Cintora
Miembro Adscripto Dr. Gabriel G. Persi
Miembro Adscripto Lic. María Emilia Mazzei
Miembro Adscripto Dr. José Spolidoro

* XXII Jornadas Nacionales de los Distritos Regionales

Comité Organizador

Presidente Dr. Luis María Flores (Neuquén)
Vicepresidente 1ro. Dra. Sandra Nucci (Cipolleti,Rio Negro)
Vicepresidente 2do. Dr. Jorge Bustamente (Neuquén)
Secretario Dr. Matías Calandrelli (Bariloche)
Prosecretario Dra. Ana Salvati (Bs. As.)
Tesorero Dr. Guillermo Fabregues (Bs. As.)
Protesorero Dr. Daniel Lacalle (Neuquén)

Vocales
Dr. Marcos Cailotto (Viedma)
Dra. María José Estebanez (Bahía Blanca)
Dr. Carlos Leon (Bs. As.)
Dr. Carlos Vallejo (La Pampa)
Dra. Graciela Avila (Neuquén)
Dr. Walter Zuckerman (Bahía Blanca)
Dra. Gabriela Marciani (Cipolleti, Rio Negro)
Dr. Fernando Delgado Del Aguila (Viedma)
Dr. Roberto Rodriguez (Bahía Blanca)
Dr. Rodolfo López (Neuquén)
Dr. Julio Chavez (Neuquén)
Dr. German Girella (Cipolleti, Rio Negro)

Comité Científico

Presidente Dr. Eduardo Mele (Bs. As.)
Vicepresidente 1ro. Dr. Miguel Gonzalez (Bs. As.)
Vicepresidente 2do. Dr. Mario Grasso (Neuquén)
Secretario Dr. Pablo Courtade (Neuquén)
Prosecretario Dr. Mario Szenjfeld (Bs. as.)

Vocales
Dra. Cecilia Presti (Neuquén)
Dr. Héctor Cegna (Neuquén)
Dr. Ricardo Moreno (Neuquén)
Dr. Diego Rosso (Neuquén)
Dr. Claudio López (Neuquén)
Dr. Fernando Di Tommaso (Bs. As.)
Dr. Jorge Grilli (Bariloche)
Dra. María Elisa Zgaib (Bariloche)
Dr. Claudio Moyano (General Roca, Rio Negro)
Dr. Pablo Maldonado (Neuquén)
Dra. Eliana Ariet Medela (Neuquén)
Dr. Carlos Labaroni (Neuquén)

Jornadas de Cardiología Pediátrica

Presidente Dr. Oscar Vagnola (Neuquén)
Director Dr. Luis Alday (Córdoba)
Director Dr. Horacio Faella (Bs. As.)
Director Dr. Héctor Maisuls (Córdoba)

Comité Organizador de Técnicos y Enfermeros

Presidente TPC María José Zurita (Neuquén)
Vicepresidente 1º Lic. Ana maría Romero (Neuquén)
Vicepresidente 2º TPC Magalí Troncoso (Neuquén)
Secretario Lic. Mónica Díaz (Neuquén)
Prosecretario TPC Andrea Simón (Neuquén)

Vocales
1º Lic. Claudia Flores Ortiz (Buenos Aires)
2º TPC Liliana González (Buenos Aires)
3º Lic. Mónica Libertela (Ushuaia)
4º TPC Mariana Fita (Mar del Plata)

Comité Científico de Técnicos y Enfermeros

Presidente Lic. Javier Lescano (Buenos Aires)
Vicepresidente TPC Patricio White (Buenos Aires)
Secretaria Científica Lic. Norma Moreno (Bs. As.)
Secretario Técnico TPC Damián Longo (Bs. As.)

Vocales
1º TPC Mariano Silveira (Buenos Aires)
2º Lic. Gonzalo Alvarez (Buenos Aires)
3º TPC Marcela Proietto (Buenos Aires)
4º Lic. Dora Schimpf (Neuquén).

_Autoridades

Presidentes Distritos Regionales
Dr. Marcos E. Acuña Distrito Río Cuarto
Dr. Atilio De Jesús Aguirre Distrito Rio Uruguay
Dra. Ana L. Barresi Distrito Rio Gallegos
Dr. Lucas Bauk Distrito Madryn, Rawson, Trelew
Dr. Bernardo J. Benitez Distrito Corrientes
Dr. César D. Berenstein Distrito Austral
Dr. Fausto E. Cerruti Distrito Del Atuel
Dr. Carlos J. Chaves Distrito Atlántico
Dr. Pablo Courtade Iriarte Distrito Del Comahue
Dr. Fernando Delgado Del Aguila Distrito Viedma
Dr. Alberto A. Diaz Distrito Centro
Dr. Pablo J. Dominguez Distrito Mendoza
Dr. Luis M. Fernández Distrito Este
Dr. Enrique A. Fischman Distrito Sudeste
Dra. María I. Flores Distrito San Luis
Dr. Julio E. Fornes Distrito Santiago del Estero
Dr. Oscar G. Freile Distrito Comodoro Rivadavia
Dra. Mónica G. Galli Distrito Conurbano Norte
Dr. Bladimir Gonzáles Ore Distrito Catamarca
Dr. Sergio I. Hasson Distrito San Juan
Dr. Gastón Lanternier Distrito Norte
Dr. Guillermo G. López Distrito Misiones
Dr. Eleno Martínez Aquino Distrito Conurbano Sur
Dr. Eduardo Moreyra (h) Distrito Córdoba
Dr. Salvador Oriolo Distrito Cuenca del Salado
Dra. Silvia P. Pantalena Distrito Tucumán
Dra. Marisa L. Parola Distrito Bariloche
Dr. Carlos E. Pedroza Distrito Rio Uruguay
Dr. Roberto A. Rodríguez Distrito Bahía Blanca
Dr. Juan J. Rousseau Distrito Chaco
Dr. Javier A. Sánchez Distrito Salta
Dr. Néstor I. Singh Distrito Jujuy
Dr. José A. Spolidoro Distrito Conurbano Oeste
Dr. José L. Valero Lucero Distrito La Rioja
Dr. Carlos A. Vallejo Distrito La Pampa
Dr. Héctor Ventura Distrito EEUU
Dr. Jorge O. Tinetti Distrito Oeste

INVITADOS

Consejo Argentino de Residentes en Cardiología (CONAREC)

AUSPICIOS

- Municipalidad de la ciudad de Neuquén
- Subsecretaría de Salud dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén
- Facultad de Medicina de la Universidad del Comahue
- Municipalidad de la Ciudad de Rincón de los Sauces
- Colegio Médico de Neuquén
- Facultad de Enfermería de la Universidad del Comahue
- Colegio Médico de Cipolleti
- Municipalidad de Cipolleti
- Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)
- Gobierno de Neuquén – Municipalidad de la Ciudad de Neuquén

_Información General

Sede de las Jornadas
Espacio DUAM, acceso aeropuerto, Neuquén Capital. Tel: 54 (2994) 440972 / 4441002

Horarios
Sesiones científicas y exposición comercial
Jueves 14 de 10.30 a 20.00 hs. y Viernes 15 de 08.00 a 18.00 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
B. BRAUN MEDICAL
BALIARDA
EKOSUR
GADOR
GLACIAR
JOTATEC
LA SERENISIMA- DANONE
LABORATORIOS BAGO
LABORATORIOS CASASCO
LABORATORIOS ELEA
LABORATORIOS RAFFO
LEPETIT
OSDE
PFIZER
SANOFI
SIDUS
SIEMENS
TIMBO-GENSER
VECCSA
y también se agradece al:
GOBIERNO DE NEUQUÉN
MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE NEUQUÉN

JORNADAS DE LOS DISTRITOS REGIONALES
ESPACIO DUAM

_Programa Científico

14 y 15 de Abril de 2011
Neuquén, Provincia de Neuquén.

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 40%

Desde hace más de CASASCO 130 AÑOS

www.casasco.com.ar

10.30 a 12.00 hs.

SALA PATAGONIA

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Epidemiologia I"

Comentadores
Dres. Marcos Acuña, María J. Estebanez, Sandra Nucci

Trabajo No. 1
Aplicabilidad clínica del score de framingham a 30 años basado en el índice de masa corporal para la detección del total de eventos cardiovasculares. Utilidad en la estratificación del riesgo cardiovascular y en el diagnóstico de placa aterosclerótica carotídea.
Dres. Siniawski, Daniel Alberto; Masson, Walter; Vita, Tomás; Del Castillo, Santiago; Valle, Juan; Fernandez, Germán; Cagide, Arturo.
Hospital Italiano de Buenos Aires

Trabajo No. 2
Aplicabilidad clínica del score de framingham a 30 años basado en lípidos para la detección del total de los eventos cardiovasculares. Utilidad en la estratificación del riesgo cardiovascular y en el diagnóstico de placa aterosclerótica carotídea.
Dres. Masson Juarez, Walter Mauricio; Siniawski, Daniel; Vita, Tomás; Fernandez, Germán; Valle Raleigh, Juan; Del Castillo, Santiago; Cagide, Arturo.
Hospital Italiano de Buenos Aires

Trabajo No. 3
Características epidemiológicas de los pacientes con sobrepeso asistidos en cardiología del Htal P.V. De cordero.
Dres. Galli, Mónica Graciela; Alvarez, Eduardo; Boscaro, Marcelo; Cáceres Monié, César; Vieyra, Gustavo; Salazar, Adriana; Paves Palacios, Hector; Stewart Harris, Alejandro
SAC DCN

Trabajo No. 4
Análisis multivariado de mediciones antropométricas y factores de riesgo entre pacientes normotensos y prehipertensos, para la identificación de predictores que diferencien estas poblaciones.
Dres. Galli, Mónica Graciela; Alvarez, Eduardo; Boscaro, Marcelo; Caceres Monié, César; Márquez, Gustavo; Pardo, Eduardo; Villamil, Alejandro.
SAC DCN

Trabajo No. 5
Síndrome de Burnout como entidad predisponente de factores de riesgo cardiovascular.
Dres. Sandali, Ignacio Manuel; Miguelez, Pablo; García Hamilton, Diego; Brodski, Laura; Cardone, Federico; Saravia, María Angélica; Gitelman, Patricia; Salzberg, Simón
Hospital Fernández

Trabajo No. 6
Prevalencia de la hipertensión arterial en 4540 encuestados de siete ciudades de la República Argentina. Individuos en tratamiento y controlados.
Dres. Pautasso, Enrique José; Estebanez, María José; Swieszkowski, Sandra; Pantanela, Silvia Patricia; Lagreca, Daniel; Spolidoro, José; Thierer, Jorge; Iglesias, Ricardo
Fundación Cardiológica Argentina

10.30 a 12.00 hs.

SALA TROMEN

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Electrofisiología I"
Comentadores
Dres. Carlos Chaves, Carlos Labaroni, Walter Zukerman,

Trabajo No. 7
Predictores clínicos de choques apropiados en pacientes con cardiodesfibrilador implantable.
Dres. Gonzalez, Nicolás; Maldonado, Sebastián; Perez Etchepare, Raúl; Maid, Gustavo; Cagide, Arturo
Hospital Italiano de Buenos Aires

Trabajo No. 8
Profilaxis tromboembolica de la fibrilación auricular. Análisis interino del registro nacional de fibrilación y aleteo auricular (RENAFA).
Dres. Di Tommaso, Fernando Ariel; Fitz Maurice, Mario Daniel; Delgado Del Aguila, F; Marturano, P; Magni, R; Vissani, S; Berestein, C; Stutzbach, P. **SAC**

Trabajo No. 9
Alternancia del intervalo del ciclo en taquicardias supraventriculares ortodrómicas y por reentrada intranodal: conducción anterógrada alternante por dos vías nodales aurículo-ventriculares.
Dres. De Zan, Gabriela María; Garro, Hugo A.; Chiale, Pablo A.; Schmidberg, Jorge; González, Mario; Elizari, Marcelo V.
Hospital General de Agudos "Dr. José María Ramos Mejía"

Trabajo No. 10
Incidencia de actividad gatillo de la vena cava superior en la fibrilación auricular.
Dres. Rivera, Santiago Horacio; Scazzuso, Fernando; Albina, Gastón; Sammartino, Victoria; Laiño, Rubén; Giniger, Alberto.
Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Trabajo No. 11
Reconstrucción tridimensional y monitoreo de cambios de posición del esófago con sistemas de mapeo electroanatómico.
Dres. Rivera, Santiago Horacio; Scazzuso, Fernando; Albina, Gastón; Sammartino, Victoria; Laiño, Rubén; Giniger, Alberto.
Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Trabajo No. 12
Distintas respuestas farmacológicas en Taquicardia auricular sensible a lidocaína.
Dres. Augusto Atienza, Pablo Chiale, Luciano Faiveles, Hugo A. Garro, Pablo Fernández, Juan J. Herrera Paz, Marcelo Elizari.
Hospital Ramos Mejia

10.30 a 12.00 hs.

SALA LANÍN 1

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Cardiología Clínica I"
Comentadores: Dres. Ana Barresi, Verónica Volberg, Daniela Demollein

Trabajo No. 13
Causas prevenibles de descompensación en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca.
Dres. Paolasso, María Florencia; Puerta, Leandro Gastón; Liuzzo, Fabricio Ariel; Terragno, Alicia Lorena; Murano, Soledad; Gomez, Carlos Gastón; Romero Villafañe, Sebastián; Torres, Pablo
Hospital Francisco Santojanni

Trabajo No. 14
Correlación del intervalo entre el inicio del QRS y la onda de pulso carotídea, durante el Tilt Test con ecodoppler. Aproximación fisiopatológica del sincope neurocardiogénico.
Dres. Paolasso, María Florencia; Pezzati, Laura Daniela; Villamil, Alejandro María; Perona, Carlos; Flamengo, Juan Martín; Becilla Peñafiel, Ligia Evelyn; Estevez, Ariel Omar; Torrejón, Nicole.
Hospital Francisco Santojanni

Trabajo No. 15
Fibrilación auricular aguda. Tratamiento de elección en la practica diaria.
Dres. Silveiro, Sandra Edith; Quiroga, Bárbara Elena; Caprini, Romina Laura; Cortez, Yudy; Cainzo, Christian José.
Policlínica Bancaria "9 De Julio"

Trabajo No. 16
Variables clínicas asociadas con la mortalidad por cualquier causa en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica y seguimiento en el laboratorio de insuficiencia cardíaca.
Dres. Parquet, Carlos Alberto; Cordero, Diego; Peressotti, Bruno; Machado, Rogelio; Degregorio, Alejandro; Alasia, Diego; Angel, Adriana; Curotto Grasiosi, Jorge.
Hospital Militar Central

Trabajo No. 17
Características clínicas de los pacientes con lesiones de tres vasos coronarios.
Dres. Parquet, Carlos Alberto; Cardus, Marta; Peressotti, Bruno; Abdala, Antonio; Degregorio, Alejandro; Cañas, Sebastián; Delgado, Jorge; Curotto Grasiosi, Jorge.
Hospital Militar Central

Trabajo No. 18
Asociación entre historia familiar de enfermedad vascular precoz y detección de aterosclerosis subclínica carotídea.
Dres. Masson Juarez, Walter Mauricio; Siniawski, Daniel; Vita, Tomás; Del Castillo, Santiago; Fernandez, Germán; Valle, Juan; Cagide, Arturo.
Hospital Italiano

10.30 a 12.00 hs.

SALA LANÍN 2

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Cardiología Intervencionista"
Comentadores: Dres. Fernando Delgado del Aguila, Daniel Lacalle

Trabajo No. 19
Analisis de la mortalidad intra hospitalaria en el infarto agudo de miocardio tratado con angioplastia trasluminal coronaria.
Dres. Lavaggi, Diego Miguel; Cari, Martín Alejandro; Abugauch, Sandra; Rueda Rivas, Juan Antonio; Perez, Luis Alberto; Otatti, Luis Alberto; Bramardi, Sergio Jorge; Flores, Luis María. **Instituto Cardiovascular Juan XXIII**

Trabajo No. 20
Resultados intrahospitalarios y evolución alejada en la angioplastia de tronco de coronaria izquierda.
Dres. Lavaggi, Diego Miguel; Cari, Martín Alejandro; Baum, Santiago; Nogara, Elyzabeth Estela; Buffolo, Lucía Elia; Bernardini, Roberto Fernando; Brisotto, Alejandro Atilio; Flores, Luis Maria. **Instituto Cardiovascular Juan XXIII**

Trabajo No. 21
Angioplastia primaría en pacientes mayores de 65 años. Resultados intrahospitalarios y a largo plazo.
Dres. Allin, Jorge Gustavo; Fernandez Recalde, María Luz; Korolov, Yevgeny; Migliaro, Guillermo; Leiva, Gustavo; Ludueña Clos, Esteban; Giorgini, Julio; Alvarez, José A.
Hospital Británico De Buenos Aires

Trabajo No. 22
Tratamiento endovascular de la patología aórtica torácica y abdominal: resultado intrahospitalario y evolución alejada.
Dres. Lavaggi, Diego Miguel; Moyano, Claudio César; Cari, Martín Alejandro; Menichini, Nicolás; Del Percio, Andrea; Balbuena, Néstor; López, Sebastián Ariel; Flores, Luis María
Instituto Cardiovascular Juan XXIII

Trabajo No. 23
Reparación endovascular en pacientes con patología aórtica torácica y alto riesgo quirúrgico por euroscore.
Dres. Heredia Sereno, Gastón Manuel; Rosa, Laureano Ezequiel; Perez Baztarrica, Gabriel; Fernandez, Juan; Arellano, Juan; Villecco, Sebastian; Soria Titto, Fernando; Porcile, Rafael
UAI Hospital Universitario

Trabajo No. 24
Relacion entre diabetes y circulación colateral en pacientes con enfermedad coronaria severa.
Dres. Perez Nuñez, Hernán; Silberstein, Mario Alejandro; Pisano, Silvina Fernanda; Lopardo, César; Orquera, Daniel; Curcio, Miriam.
Hospital Carlos G. Durand

10.30 a 12.00 hs.

SALA LANÍN 3

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Sindromes Coronarios Agudos I"
Comentadores: Dres. Marcos Cailotto, Sergio Hasson

Trabajo No. 25
Predictores de mortalidad en el infarto de miocardio con elevación del ST en la ciudad de Concordia.
Dres. Forte, Ezequiel Hernán; Pedroza, Carlos; López Bullo, Federico; Graziano, Federico; Murga, Alcides.
Sanatorio Garat y Hospital Delicia C. Masvernat

Trabajo No. 26
Infarto agudo de miocardio: comparación de los resultados de dos centros de diferente complejidad en la ciudad de Concordia ER.
Dres. Forte, Ezequiel Hernán; Pedroza, Carlos; Graziano, Federico; López Bullo, Federico; Murga, Alcides
Sanatorio Garat y Hospital Delicia C Masvernat

Trabajo No. 27
Predictores de mortalidad intrahospitalaria en pacientes con síndromes coronarios agudos y enfermedad severa del tronco común de la arteria coronaria izquierda.
Dres. Nallar Villarreal, María Belen; Capecce, M; Herrero, E; Khoury, M; Schocron, L; Villarreal, R; Mele, E; Sosa Liprandi, A
Sanatorio Güemes

Trabajo No. 28
Prevalencia del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST en pacientes mayores de 65 años de edad admitidos en la unidad coronaria y sus complicaciones intrahospitalarias.
Dres. Ibarra, Hernán Gabriel; Rubio, Edgardo; Curcio, Miriam; Schocron, Luciana; Deurquiza, Ignacio Nicolás
Hospital Carlos G. Durand

Trabajo No. 29
Valor aditivo del índice albumina/creatinina urinaria en la estratificación de riesgo de insuficiencia renal post cinecoronariografía en pacientes con síndrome coronario agudo.
Dres. Higa, Claudio César; Dr. Korolov, Yevgeniy; Catalano, María Paula; Rizzo, Natalia; Nogues, Ignacio; Novo, Fedor; Gambarte, Jimena; Comignani, Pablo
Hospital Alemán

Trabajo No. 30
Pronóstico cuantitativo de las troponinas en el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST.
Dres. Lewicki, Hernán Ernesto; Trigo, Maximiliano; Di Nanno, Daniel; Pasinato, Carlos; Checkerdemian, Sergio
Complejo Médico de la Policia Federal Argentina Churruca -Visca

10.30 a 12.00 hs.

SALA LANÍN 4

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Ecocardiografía I"
Comentadores
Dres. Atilio Aguirre, Carlos Pedroza

Trabajo No. 31
Factores asociados al volumen de la aurícula izquierda en pacientes con miocardiopatía hipertrófica.
Dres. Elissamburu, Pablo Fernando; Avegliano, Gustavo; Costabel, Juan Pablo; Thierer, Jorge; Ronderos, Ricardo
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES

Trabajo No. 32
Evaluación de cambios agudos en parámetros eléctricos y ecocardiográficos de disincronia al realizar estimulación ventricular en pacientes con enfermedad del nodulo sinusal.
Dres. Matta, María Gabriela; Maid, Gustavo Fabian; Pérez Etchepare Figueroa, Raúl Ernesto; Oberti, Pablo Fernando; Belziti, César Antonio; Doval, Hernán Claudio; Maldonado, Sebastián; Ferro González, Alejandra.
Hospital Italiano de Buenos Aires

Trabajo No. 33
Evaluación de parámetros geométricos y función sistólica de VI, antropométricos en pacientes normales, con FR CV y CI.
Dres. Tripolone, Juan Antonio; Santiago Escolano, Gustavo Adolfo; Tripolone, Juan M; Claudeville, Sofía.
Instituto Médico San Juan

Trabajo No. 34
Comportamiento de variables de funcion diastolica de vi en p normales, con FR CV y con CI, todos con FEY normal
Dres. Tripolone, Juan Antonio; Santiago, Gustavo A.; Tripolone, Juan M; Rivarola, Sofia
Instituto Médico San Juan

Trabajo No. 35
Cálculo de presión de llenado de VI comparando 2 índices ecocardiográficos en 3 grupos de pacientes.
Dres. Tripolone, Juan Antonio; Santiago Escolano, Gustavo Adolfo; Tripolone, Juan M; Ordonez, Santiago
Instituto Médico San Juan

Trabajo No. 36
Dilatación ventricular izquierda. Etiologías de un hospital publico y de un instituto privado: ¿Existen diferencias?
Dres. Pedroza, Carlos Ernesto; Forte, Ezequiel; López Bullo, Federico
Sanatorio Garat y Hospital Delicia C Masvernat

12.00 a 12.30 hs.

INTERVALO

12.30 a 13.00 hs.

SALA PATAGONIA

Presidente: Dr. Pablo Maldonado (Cipolletti)
Conferencia:
¿Son Útiles los Métodos de Imagen para Estratificar Riesgo?
Dr. Osvaldo Masoli (Bs. As.)

12.30 a 13.00 hs

SALA TROMEN

Presidente: Dr. Carlos Labaroni (Neuquén)
Conferencia:
Realidad sobre el manejo del IAM en la República Argentina.
Dr. Ricardo Iglesias (Bs. As.)

12.30 a 14.00 hs.

SALA LANÍN 4

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Epidemiología II"
Comentadores: Dres. César Berenstein, Bladimir Gonzales Ore, María. E. Zgaib

Trabajo No. 37
Participación de HSP 70-chip en la en la regulación negativa de NOX 4 en cultivo primario de células epiteliales de túbulos proximales de ratas espontáneamente hipertensas (SHR). Efecto de losartan.
Dres. López Appiolaza, Carlos Martín; Cacciamani, Valeria; Gil Lorenzo, Andrea; Vallés, Patricia
Área de Fisiología Patológica. Departamento de Patología. FCM. Uncuyo. Imbecu.Conicet

Trabajo No. 38
Factores de riesgo en una población hipertensa en la ciudad de Concordia.
Dres. Forte, Ezequiel Hernan; Pedroza, Carlos; López Bullo, Federico; Oliva, Martín.
Regional Rio Uruguay

Trabajo No. 39
Prevalencia y asociación de la hipertensión arterial con el síndrome metabólico.
Dres. Belotti, Pablo Ignacio; Peressotti, Bruno; Degregorio, Alejandro; Paragano, Emanuel; Alasia, Diego; Angel, Adriana; Delgado, Jorge; Curotto Grasiosi, Jorge.
Hospital Militar Central

Trabajo No. 40
El tiempo de residencia en área endémica y su relación con la cardiopatía en la enfermedad de chagas.
Dres. Auger, Sergio Ricardo; Paolasso, María Florencia; Gorocito, Marta Gloria; Dionisio, Gabriel Fernando; Gomez, Carlos Gastón; Oliva, Martín Héctor; De Rosa, Miguel; Storino, Rubén A.
Hospital Francisco Santojanni

Trabajo No. 41
En los pacientes chagásicos ¿haber nacido en zona rural y con contagio vectorial, se asocia a una mayor presencia de miocardiopatía severa?
Dres. Auger, Sergio Ricardo; Paolasso, María Florencia; Sabra, Amhed; Dionisio, Gabriel Fernando; De Rosa, Miguel; Oliva, Martín Héctor; Storino, Rubén A.; Gorocito, Marta Gloria
Hospital Francisco Santojanni

Trabajo No. 42
Primer registro de pacientes chagasicos del Hospital Castro Rendon. Características demograficas.
Dres. Gutierrez Tobares, Marianela; Gay, Hugo Alberto; Cataneo, Adrián; Ricotto, Juan Carlos; Pulita, Miguel G.; Torres, Emiliano; Duret, Ana; Sosa, Juan Manuel
Hospital Castro Rendon

13.00 a 14.30 hs.

ALMUERZO

14.30 a 16.00 hs.

SALA PATAGONIA

HIPERTENSIÓN
Coordinadores:
Dr. Angel Chiocconi (Cipolletti)
Dr. Bernardo Benitez (Corrientes)

1. ¿Cuándo es necesario profundizar los estudios etiológicos en un paciente con HTA?
Dr. Mario Martinenghi (Tucumán)

2. Las drogas nuevas tienen ventajas sobre las clásicas? Se justifica su utilización como droga de primera línea?
Dr. Guillermo Fabregues (Bs. As.)

3. Monodrogas a altas dosis o combinación de drogas a bajas dosis
Dra. María Flores (San Luis)

4. Tratamiento inicial de la HTA. Porqué las Guías dicen una cosa y los médicos hacemos otra?
Dr. Armando Kremer (Neuquén)

Panelistas: Dr. Marcelo Jeich, Dr. Jorge Irusta, Dr. Andrés Bogado (Villa Regina), Dr. Jorge Tinetti (Oeste), Dra. Teresa Bertuzzi (Neuquén)

14.30 a 16.00 hs.

SALA TROMEN

ARRITMIAS
Coordinadores:
Dr. Carlos Lavergne (Neuquén)
Dr. Carlos Chaves (Atlántico)

1. ¿Cómo será la terapia antitrombótica de la FA en el futuro?
Dr. Fernando Di Tommaso (Bs. As.)

2. Hasta cuando insistir en el control del ritmo, o pasar a control de frecuencia en FA?
Dr. Diego Rosso (Neuquén)

3. Manejo actual del paciente con Síncope
Dra. Marisa Parola (Bariloche)

4. Nuevos fármacos antiarrítmicos: Realidades y perspectivas
Dr. Claudio Militello (Bs. As.)

Panelistas: Dr. Marcelo Chambó (Villa La Angostura), Dr. Luis Otatti (Neuquén), Dr. Simón Pero Bellido (Neuquén), Dr. Rodolfo López (Neuquén)

14.30 a 16.00 hs.

SALA LANÍN 4

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Cardiología Clínica II"
Comentadores: Dres. Claudio López, Carlos Vallejos

Trabajo No. 43
Adherencia al tratamiento médico y a recomendaciones higiénico dietéticas, luego de primer evento coronario agudo
Dres. Cibalerio, Mariano Roberto; Nobilia, Nicolás; Degrange, Marcela; Blanco, Patricia
Hospital Naval

Trabajo No. 44
Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular según el tipo de presentación de la enfermedad coronaria.
Dres. Belotti, Pablo Ignacio; Trossero, Romina; Peressotti, Bruno; Abdala, Antonio; Degregorio, Alejandro; Cañas, Sebastián; Angel, Adriana; Curotto Grasiosi, Jorge
Hospital Militar Central

Trabajo No. 45
Cardiopatia en el geronte. Análisis de una década.
Dres. Silveiro, Sandra Edith; Comas, Analía Inés; Faure, Romina; Quiroga, Bárbara Elena; Gimenez, Carlos Héctor; Diaz Seoane, Diego Raúl
Policlínica Bancaria "9 de Julio"

Trabajo No. 46
Rol modélico del personal de salud en el control de factores de riesgo en un hospital nacional.
Dres. Caisson, Alejandro Miguel; Bavasso, Eleonora; García, Pablo Gabriel; Aranciva, Mercedes; Moyano, Omar
Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer

Trabajo No. 47
Comportamiento de la frecuencia cardiaca ante juegos de azar.
Dres. Acuña, Luciano Raúl; Gimenez, Luisa; Mitelman, Jorge; Palacios, Karina; Calero, Susana; Perrone, Hebe; Déboli, Alberto
Investigación Clínica - Instituto Universitario de Ciencias de la Salud - Fundación H. A. Barcelo

Trabajo No. 48
Diagnóstico de egreso en unidad coronaria ¿existen diferencias de acuerdo al género?
Dres. Mezzadra, María De La Cruz; Gomez Santamaria, Héctor; Granada, Carolina; Charask, Adrián; Rodriguez, Santiago; Fairman, Enrique; Mauro, Victor; Barrero, Carlos
Clínica Bazterrica

16.00 a 16.30 hs.

INTERVALO

16.30 a 18.00 hs.

SALA PATAGONIA

SINDROME CORONARIO AGUDO CON SUPRA ST
Coordinadores:
Dr. Pedro Urdiales (Cipolletti)
Dr. Marcos Cailotto (Viedma)

1. Estrategia fármacoinvasiva: ¿Cuándo y a quiénes?
Dr. Eduardo Mele (Bs. As.)
2. Tratamiento antitrombótico: ¿qué drogas, a quiénes y por cuánto tiempo?
Dra. Sandra Swieszkowski (Bs. As.)
3. Actitud en pacientes con múltiples vasos. ¿Cuándo es necesario revascularizar los no culpables?
Dr. Mario Szejnfeld (Bs. As.)
4. Rol de las imágenes en la estratificación de riesgo post IAM.
Dra. Cecilia Presti (Neuquén)

Panelistas: Dr. Miguel Pulita (Neuquén), Dr. Pablo Ferrari (Gral. Roca), Dr. Fernando Delgado del Aguila (Viedma)

16.30 a 18.00 hs.

SALA TROMEN

CLÍNICA DE IMÁGENES EN CARDIOLOGÍA
Coordinadores:
Dr. Lucas Bauk (Pto. Madryn)
Dra. María J. Estebanez (Bahía Blanca)

1. El Eco en las valvulopatías
Dr. Daniel Piñeiro (Bs. As.), Dr. Atilio de Jesús Aguirre (Río Paraguay)
2. El Eco en la cardiopatía isquémica
Dr. Alejandro Hita (Bs. As.), Fernando Morell (Neuquén), Dra. Verónica Volberg (Bs. As.)
3. Imágenes nucleares (SPECT y PET)
Dr. Néstor Pérez Baliño (Bs. As.), Dr. Guillermo López (Misiones), Dr. Sergio Hasson (San Juan)
4. La TAC y la Resonancia. Dr. Osvaldo Masoli (Bs. As.), Walter Zukerman (Bahía Blanca), Dr. Julio Fornes (S. del Estero)

16.30 a 18.00 hs.

SALA LANÍN 4

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Electrofisiología II"
Comentadores: Dres. Marisa Parola, Diego Rosso, Jorge Tinetti

Trabajo No. 49
Evaluación del comportamiento del intervalo desde el qrs al inicio de la onda de pulso carotídea con el resultado del tilt test en 100 pacientes y grupo control.
Dres. Paolasso, María Florencia; Estevez, Ariel Omar; Terragno, Alicia Lorena; Torres, Pablo; Torrejón, Nicole; Villamil, Alejandro María; Perona, Carlos; Flamengo, Juan Martín
Hospital Francisco Santojanni

Trabajo No. 50
¿Control de ritmo, control de frecuencia, a qué frecuencia? Análisis interino del registro nacional de fibrilación auricular (RENAFA).
Dres. Di Tommaso, Fernando Ariel; Irusta, Gustavo Eduardo; Duarte, María Belén; Oliva, M; Fava, G; Aguirre, A; Forte, E; Iglesias, R.
SAC

Trabajo No. 51
Valor pronostico del segmento ST en el curso de taquicardias supraventriculares.
Dres. Rivera, Santiago Horacio; Scazzuso, Fernando; Albina, Gastón; Klein, Andrés; Sammartino, Victoria; Laiño, Rubén; Giniger, Alberto
Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Trabajo No. 52
Relaciones morfologicas del segmento ST en taquicardias supraventriculares.
Dres. Rivera, Santiago Horacio; Scazzuso, Fernando; Albina, Gastón; Klein, Andrés; Sammartino, Victoria; Laiño, Rubén; Giniger, Alberto
Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Trabajo No. 53
El plexo de la vena cava: Evidencia Electrofisiologica
Dres. Rivera, Santiago Horacio; Scazzuso, Fernando; Albina, Gastón; Sammartino, Victoria; Laiño, Rubén; Giniger, Alberto
Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Trabajo No. 54
Revisión de las variaciones anatómicas del drenaje venoso de la aurícula izquierda por mapeo electroanatómico.
Dres. Rivera, Santiago Horacio; Scazzuso, Fernando; Albina, Gastón; Sammartino, Victoria; Laiño, Rubén; Giniger, Alberto
Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Trabajo No. 55
Analisis de los implantes de marcapasos; ¿es la edad un determinante en la indicación de modos de estimulación de marcapasos definitivos?
Dres. Pisano, Silvina Fernanda; De Urquiza, Ignacio Nicolás; Schocron, María Luciana; Pérez Nuñez, Hernán; Silberstein, Mario Alejandro; Ceconi, Gustavo Pablo; Cueto, Floreal Alejandro
Hospital Carlos G. Durand

18.00 a 18.30 hs.

INTERVALO

18.30 a 20.00 hs.

SALA TROMEN

ACTO INAUGURAL
Presidente: Dr. Carlos Barrero (Bs. As.)
Conferencia:
"Arritmias en Cardiopatía Congénita del Adulto".
Dr. Héctor Maisuls (Córdoba)

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 130 AÑOS
www.casasco.com.ar

08.00 a 09.30 hs.

SALA PATAGONIA

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Insuficiencia Cardíaca"
Comentadores: Dres. Héctor Cegna, Alberto Díaz, Mario Grasso

Trabajo No. 56
Anemia como predictor independiente de mortalidad en el seguimiento al alta de pacientes internados por insuficiencia cardiaca descompensada.
Dres. Villarreal, Ricardo Alfredo; Capecce, Matías; Sosa, Ariel; Morós, Claudio; Racki, Mario; Sosa Liprandi, María Inés; Mele, Eduardo; Sosa Liprandi, Álvaro
Sanatorio Guemes

Trabajo No. 57
¿Es imprescindible el monitoreo con SWAN GANZ en el posoperatorio de reemplazo valvular aórtico con buena función ventricular?
Dres. Livov, Javier David; Costabel, Juan Pablo; Conde, Diego; Benzadón, Mariano; Thierer, Jorge; Navia, Daniel; Trivi, Marcelo
Instituto Cardiovascular de Buenos Aires

Trabajo No. 58
Características y evolución de pacientes internados por insuficiencia cardiaca aguda.
Dres. Mettini, Silvana; Pianciola, Federico Luis; Villanueva, Isabel; Latronico, Lourdes; Buñay, Alvaro; Urdapilleta, Marcela; Gambazza, Nicolás; Herrera Paz, Juan Jose
Instituto Sacre Coeur

Trabajo No. 59
Predictores de mala evolución intrahospitalaria en pacientes añosos internados por insuficiencia cardíaca aguda.
Dres. Chirino Navarta, Daniel Agustin; Bernabeo, Gustavo Luis; Forcinito, Daniela; Trejo, Graciela; Monteros, Ariel; Machado, Rogelio; Dizeo, Claudio
Unidad Asistencial por más Salud Dr. César Milstein

Trabajo No. 60
Importancia del dosaje de hormonas tiroideas en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica.
Dres. Parquet, Carlos Alberto; Bechara, Paula; Muglia, Matías; Degregorio, Alejandro; Cortez Quiroga, Gustavo; Delgado, Jorge; Cordero, Diego; Curotto Grasiosi, Jorge
Hospital Militar Central

Trabajo No. 61
Relación entre clase funcional y tratamiento farmacológico en pacientes con insuficiencia cardiaca.
Dres. Vieyra, Gustavo Alejandro; Pautasso, Enrique; Agri, Olga; Koretsky, Martín; Galli, Monic; Pardo, Eduardo; Salazar, Adriana; Paves Palacios, Hector.
SAC DCN

08.00 a 09.30 hs.

SALA TROMEN

VALVULOPATÍAS Y ENFERMEDADES DE LA AORTA
Coordinadores:
Dr. Miguel Barrera (Neuquén)

1. Como evaluar el seguimiento y cuando indicar la cirugía en pacientes con insuficiencia mitral severa asintomática
Dr. Alejandro Hita (Bs. As.)
2. Cuando indicar reemplazo valvular en un paciente con estenosis aortica severa asintomática
Dr. Juan Krauss (Bs. As.)
3. Toma de decisiones en síndromes aórticos agudos
Dr. Carlos León (Bs. As.)
4. Estado actual del tratamiento endovascular de las enfermedades de la aorta.
Dr. Germán Girela (Cipolletti)

Panelistas: Dr. Fernando Morell (Neuquén), Dra. Elena Piccirilli (Cipolletti), Dr. José Quiroga (Cipolletti), Dr. Néstor Singh (Jujuy)

08.00 a 09.30 hs.

SALA LANÍN 1

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Pediatría"
Comentadores: Dres. Enrique Fischman, Pablo Domínguez

Trabajo No. 62
Cianosis por patologías no habituales en pacientes operados con FONTAN FENESTRADO.

Dres. Damsky Barbosa, Jesús M.; Lucini, Victorio; Marques, Adelia; Trentacoste, Luis; Rivarola, Marcelo; Granja, Miguel; De Dios, Ana
Hospital de Niños Pedro de Elizalde

Trabajo No. 63
Eco 3d y tisular en el seguimiento del fallot alejado.
Dres. Levantini, Florencia; Carugati, Romina; Manso, Paula; Ackerman, Judith; Flores, Enrique; Damsky Barbosa, Jesús; Biancolini, Fernanda; Dra. De Dios, Ana María Susana
Hospital de Niños Pedro de Elizalde

08.00 a 09.30 hs

SALA LANÍN 2

REUNIÓN PRESIDENTES DE DISTRITOS

08.00 a 09.30 hs

SALA LANÍN 4

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Sindromes Coronarios Agudos II"
Comentadores: Dres. Pablo Maldonado, Rodolfo López

Trabajo No. 64
El índice albúmina/creatinina urinaria predice la realización de cirugía de revascularización miocárdica en pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST.
Dres. Higa, Claudio Cesar; Catalano, María Paula; Korolov, Eugenio; Nogues, Ignacio; Rizzo, Natalia; Gambarte, Jimena; Donato, María Sol; Comignani, Pablo
Hospital Alemán

Trabajo No. 65
Tiempos de demora para la realización de angioplastia primaría en un hospital publico de la ciudad de Buenos Aires.
Dres. Mahia, Mariana Cecilia; Girassolli, Agustín; Brodzky, Laura; Miguelez, Pablo Alfredo; Saravia, María Angelica; Valdez, Marcelo; Dra. Gitelman, Patricia Carmen; Salzberg, Simón
Hospital General De Agudos "Juan A. Fernandez"

Trabajo No. 66
Análisis del lipidograma de pacientes que se presentan con infarto de miocardio y su relación con el nivel educativo.
Dres. Salmeri, Emiliano Eduardo; Kemps, Julian Andrés; Failo, Matías; Pérez, Gonzalo; Pellegrini, Carlos; Iglesias, Ricardo
Sanatorio de la Trinidad-Mitre

Trabajo No. 67
Prevalencia de las presentaciones clínicas del infarto de miocardio agudo y evolucionado.
Dres. Salmeri, Emiliano Eduardo; Kemps, Julian Andrés; Iglesias, Ricardo M
Sanatorio de la Trinidad-Mitre

Trabajo No. 68
Troponinas en el infarto perioperatorio.
Dres. Gonzalez Noguera, Pablo; Trigo, Maximiliano Ariel; Chekerdemian, Sergio; Di Nanno, Daniel; Consoli, Marcelo; Pasinato, Carlos; López, Luis
Complejo Médico de la Policía Federal Argentina Churruca -Visca

Trabajo No. 69
Angioplastia de rescate, ¿cuáles son sus factores de mortalidad a los 30 días?
Dres. Zolorsa, Sergio; Rizzone, Sebastián; Bordenave, Alvaro; Gonzalez, Eduardo; Di Nanno, Daniel
Complejo Médico de la Policía Federal Argentina Churruca -Visca

09.30 a 09.45 hs.

INTERVALO

09.45 a 11.15 hs.

SALA PATAGONIA

INSUFICIENCIA CARDIACA
Coordinadores:
Dr. Mario Grasso (Neuquén)
Dr. Alberto Díaz (Centro)

1. ¿Cómo afectan las comorbilidades la evolución de la Insuficiencia cardíaca?
Dr. Hugo Grancelli (Bs. As.)

2. Pautas de seguimiento para el paciente con Insuficiencia cardíaca crónica
Dr. Sergio Varini (Bs. As.)

3. A quienes se indicaría un resincronizador y/o desfibrilador de acuerdo a nuestra realidad sanitaria?
Dr. César Belziti (Bs. As.)

4. Opciones quirúrgicas en el paciente con Insuficiencia cardíaca.
Dr. Fernando Boullón (Neuquén)

Panelistas: Dr. Claudio Ploger (Neuquén), Dr. Julio Chaves (Neuquén), Dra. Constanza Ferreyra (Cipolletti), Dr. Bladimir Gonzales Ore (Catamarca)

09.45 a 11.15 hs.

SALA TROMEN

PREVENCIÓN
Coordinadores:
Dr. Héctor Cegna (Neuquén)
Dr. Luis Fernández (Este)

1. Enfermedades crónicas no transmisibles. ¿Qué podemos hacer ante la epidemia del siglo XXI?"
Dr. Daniel Piñeiro (Bs. As.)

2. Aspirina en prevención primaria. Han cambiado las indicaciones?
Dr. Arturo Cagide (Bs. As.)

3. Tengo un paciente con síndrome metabólico en prevención primaria. ¿Qué indicaciones debo hacerle?
Dr. César Berenstein (Ushuaia)

4. Prevención secundaria: Rol de la rehabilitación cardíaca.
Dra. Patricia Pantalena (Tucumán)

Panelistas: Dra. Gabriela Sosa (Allen), Dra. María Elisa Zgaib (Bariloche), Dr. Alejandro Esteban (Gral. Roca), Dr. José Spolidoro (Conurbano Oeste)

09.45 a 11.15 hs.

SALA LANÍN 2

ESTUDIANTES DE MEDICINA
Coordinadores: Dr. Claudio Militello (Bs. As.)
Secretario: Maria J. Etulain

1. ¿Porqué la residencia es el mejor sistema para la formación de postgrado?
CONAREC

2. Taller de ECG para estudiantes de medicina
Dr. Fernando Di Tommaso (Bs. As.), CONAREC

3. Imágenes en Cardiologia. ¿Cuál es su utilidad en el paciente cardiológico?
Dr. Juan Rousseau (Chaco)

09.45 a 11.15 hs.

SALA LANÍN 4

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Epidemiologia III"
Comentadores: Dres. Julio Fornes (Santiago del Estero), Luis M. Fernández,

Trabajo No. 70
Prevalencia de diabetes en una muestra de la población de Bariloche.
Dres. Zgaib, María Elisa; Parola, Marisa; Calandrelli, Matías E.; Saavedra, María Emilia; Trevisan, Mariano; Ferrante, Daniel
Distrito SAC Bariloche

Trabajo No. 71
Asociación de factores de riesgo coronarios con la presencia de aterosclerosis subclínica carotídea.
Dres. Siniawski, Daniel Alberto; Masson, Walter; Vita, Tomás; Fernández, Germán; Del Castillo, Santiago; Valle, Juan; Cagide, Arturo
Hospital Italiano de Buenos Aires

Trabajo No. 72
Características epidemiológicas de los pacientes con sobrepeso u obesidad asistidos en cardiología del Htal P.V. De cordero.
Dres. Galli, Mónica Graciela; Alvarez, Eduardo; Boscaro, Marcelo; Río, Ana Leticia; Balog, Ester; Todaro, María; Di Leva, Ana; Caceres Monié, César.
Hospital P.V. De Cordero

Trabajo No. 73
Causas de internación y mortalidad de los pacientes mayores de 80 años ingresados en la unidad coronaria de un hospital público.
Dres. Paolasso, María Florencia; Terragno, Alicia Lorena; Pezzati, Laura Daniela; Romero Villafañe, Sebastian; Moyano, Roxana; Dionisio, Gabriel Fernando; Giovenale, María Paula; Herrero, Jorge.
Hospital Francisco Santojanni

Trabajo No. 74
Variables socioeconómicas, educacionales y antropométricas en pacientes pre hipertensos, evaluación de factores predictores por análisis multivariado.
Dres. Galli, Mónica Graciela; Alvarez, Eduardo; Boscaro, Marcelo; Vieyra, Gustavo; Salazar, Adriana; Rio, Ana Leticia; Di Leva, Ana; Paves Palacio, Héctor.
SAC DCN

Trabajo No. 75
Disección aórtica aguda tipo a: presentaciones atípicas.
Dres. Zamar, Sandra Mariela; Baztarrica, Gabriel; Salvaggio, Flavio; Blanco, Norberto; Botbol, Alejandro; Corvalán, Emmanuel; Rosa, Laureano; Porcile, Rafael
UAI Hospital Universitario

11.15 a 11.30 hs.

INTERVALO

11.30 a 13.00 hs.

SALA PATAGONIA

TOMA DE DECISIONES EN CONSULTORIO
Coordinadores:
Dr. César Carreño (Neuquén)
Dr. Marcos Acuña (Río Cuarto)

1. Como realizar una evaluación de riesgo prequirúrgico en cirugía no cardiaca.
Dr. Juan Krauss (Bs. As.)

2. Cómo identificar al paciente coronario crónico de alto riesgo y que puede requerir revascularización.
Dr. Alvaro Sosa Liprandi (Bs. As.)

3. Enfermedad carotídea asintomática: Cuándo y cómo intervenir
Dr. Demetrio Thalasselis (Neuquén)

4. ¿Cómo y cuándo utilizar las imágenes para la evaluación de pacientes con valvulopatías crónicas?
Dra. Verónica Volberg (Bs. As.)

Panelistas: Dr. Carlos Baruf (Cipolletti), Dr. Luis Pérez (Gral. Roca), Dr. Claudio Moyano (Gral. Roca), Dr. José Valero Lucero (La Rioja)

11.30 a 13.00 hs.

SALA TROMEN

SINDROME CORONARIO AGUDO SIN SUPRADESNIVEL ST
Coordinadores:
Dra. Sandra Nucci (Cipolletti)
Dr. Eleno Martínez Aquino (Conurbano Sur)

1. A quienes y en que momento indico una coronariografia en un paciente inestable.
Dr. Miguel González

2. ¿Se utilizan los scores de riesgo para estratificar un paciente?
Dr. Carlos Barrero (Bs. As.)

3. Riesgo isquémico y el riesgo hemorrágico en SCA: su importancia clínica.
Dra. Ana Salvati (Bs. As.)

4. Esquemas racionales de antiagregación plaquetaria en 2011
Daniela Demollein (Bs. As.)
Panelistas: Dra. Graciela Avila (Neuquén), Dr. Rodrigo Verdugo Díaz (Neuquén), Dra. Constanza Medina (Junín de los Andes)

11.30 a 13.00 hs.

SALA LANÍN 2

ESTUDIANTES DE MEDICINA
Coordinadores: Dr. Alejandro Hita (Bs. As.), Dra. Mónica Galli (Con. Norte)
Secretario: Juan F. Maurino

1. Como evaluar el dolor precordial. Diagnósticos diferenciales.
Dr. Mario Grasso (Neuquén)
2. El paciente que consulta por disnea. Como hacer el diagnóstico etiológico?
Dr. Carlos Vallejo (La Pampa)
3. Los factores de riesgo cardiovascular. Importancia individual y poblacional.
Dr. Roberto Rodríguez (Bahía Blanca)

11.30 a 13.00 hs.

SALA LANÍN 4

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Ecocardiografía II"
Comentadores: Dres. Gastón Lanternier, Bernardo Benitez

Trabajo No. 76
Validación del ECG para valorar hipertrofia cardiaca utilizando el ancho del QRS.
Dres. Rocca, Federico Eduardo
Hospital Gral. de Agudos "Dr. José Penna" Bahía Blanca

Trabajo No. 77
Evolución de la función ventricular en pacientes con iam evolucionado.
Dres. Salmeri, Emiliano Eduardo; Kemps, Julián Andrés; Comas Wells, María Fernanda Emma; Darú, Víctor; Ferreyra, Raúl; Iglesias, Ricardo M
Sanatorio de la Trinidad-Mitre

Trabajo No. 78
Estudio de masas intra y para-cardíacas por resonancia magnética en un hospital de comunidad - serie de casos.
Dres. Fernandez Recalde, María Luz; Ludueña Clos, Esteban; Avaca, Horacio; Kurdrle, Cynthia; Schiavone, Miguel; Smith, Christian; Peña, Martín; Manuale, Osvaldo
Hospital Británico de Buenos Aires

Trabajo No. 79
Evaluación de FVD sistólica en 3 grupos de P sin antecedentes de enfermedad pulmonar.
Dres. Tripolone, Juan Antonio; Santiago Escolano, Gustavo Adolfo; Tripolone, Juan M; Delgado, Julia
Instituto Médico San Juan

Trabajo No. 80
Analisis de parámetros de FVI sistólica y postcarga en pacientes normales, FR CV y CI.
Dres. Tripolone, Juan Antonio; Santiago Escolano, Gustavo Adolfo; Tripolone, Juan M; Rivarola, Sofía.
Instituto Médico San Juan

Trabajo No. 81
Comportamiento de parámetros de función sistólica de vi en p normales, con FR CV y con CI, los 3 G con FEY normal
Dres. Tripolone, Juan Antonio; Santiago Escolano, Gustavo Adolfo; Tripolone, Juan M; Tripolone, Paula.
Instituto Médico San Juan

13.00 a 14.15 hs.

ALMUERZO

14.15 a 14.45 hs.

SALA PATAGONIA

Presidente: Dra. Eliana Ariet Medela (Neuquén)
Conferencia:
"Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada: un monstuo con dos cabezas"
Dr. Daniel Piñeiro

14.15 a 14.45 hs.

SALA TROMEN

Presidente: Dr. Claudio López (Neuquén)
Conferencia:
¿Es tiempo de cambios en el paradigma de la anticoagulación en la fibrilación auricular?
Dr. Arturo Cagide

14.15 a 15.45 hs.

SALA LANÍN 4

TEMAS LIBRES ORALES
Mesa "Cardiología Clínica III"
Comentadores: Dres. Mónica Galli, Néstor Singh

Trabajo No. 82
Fibrilación auricular. Utilización del SCORE de sangrado.
Dres. Silveiro, Sandra Edith; Comas, Analía Inés; Caprini, Romina Laura; Cainzo, Christian José; Quiroga, Bárbara Elena
Policlínica Bancaria "9 de Julio"

Trabajo No. 83
Anticoagulación oral en pacientes con fibrilación auricular crónica. Aplicación en la práctica diaria.
Dres. Silveiro, Sandra Edith; Merubia Cuellar, Marielita; Comas, Analia Ines; Cainzo, Christian José; Caprini, Romina Laura; Meza, Magali.
Policlínica Bancaria "9 de Julio"

Trabajo No. 84
Evaluación del comportamiento del intervalo desde el inicio del QRS al inicio de la onda de pulso carotidea con el resultado del TILT test en una población sin historia de síncope.
Dres. Mate, Jesica; Ivanovich, Vladimir; Villamil, Alejandro; Torres, Yenifers; Varini, Sergio; Fiamengo, Juan Martín; Mortola, Guillermo.
Centro Gallego de Buenos Aires

Trabajo No. 85
La realidad cardiovascular y social en una población a 3000 metros de altura.
Dres. Ovejero, Rodrigo Abel; Lescano, Adrián; Perez, Gonzalo; Pieroni, Pablo; Mettini, Silvana; Ellelit, Guillermina; Sosa, Ariel; Iglesias, Ricardo
Consejo Argentino de Residentes de Cardiologia

Trabajo No. 86
Influencia de los niveles de glucosa al ingreso y el flujo TIMI en pacientes tratados con angioplastía en el infarto con supradesnivel del ST.
Dres. Nieto, Ramiro Augusto; Sobré, Marcos; Lezana, Facundo; Jorge, Nadia; De Candido, Laura; Nobilia, Nicolás; Degrange, Marcela; Blanco Cerdeira, Patricia.
Hospital Naval

Trabajo No. 87
Frecuencia de eventos hemorrágicos y características clínicas de una población anticoagulada por fibrilacion auricular.
Dres. Contreras, Alejandro Ernesto; Revigliono, José; Amuchastegui, Tomás; Amuchastegui, Marcos.
Hospital Privado CMC

14.45 a 15.00 hs.

INTERVALO

_Viernes 15

15.00 a 16.30 hs.

SALA TROMEN

REGIONALIZACIÓN DEL IAM
Coordinadores:
Dr. Carlos Barrero (Bs. As.)
Dr. César Belziti (Bs. As.)

1. Epidemiología regional y nacional del Infarto agudo de Miocardio
Dr. Miguel Pulita (Neuquén)

2. Importancia del tiempo a la reperfusión
Dr. Eduardo Mele (Bs. As.)

3. Alternativas para la reperfusión
Dr. Ricardo Iglesias (Bs. As.)

4. Proyecto Regionalización del IAM
Dr. Luis Flores (Cipolletti) – Dr. Miguel González (Bs. As.)

16.30 a 16.45 hs.

INTERVALO

16.45 a 18.30 hs.

SALA TROMEN

ATENEO CLÍNICO

Coordinadores:
Dr. Sergio Varini (Bs. As.)
Dr. Ricardo Iglesias (Bs. As.)

Panelistas:
Dr. Arturo Cagide (Bs. As.)
Dr. Hugo Grancelli (Bs. As.),
Dr. Juan Krauss (Bs. As.)
Dr. Osvaldo Masoli (Bs. As.)
Dr. Néstor Pérez Baliño (Bs. As.)
Dr. Daniel Piñeiro (Bs. As.)
Dr. Alvaro Sosa Liprandi (Bs. As.)

Presentador:
CONAREC

_Jornadas

Jornadas de Cardiología Pediátrica
Fundación Cardiológica Argentina

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

14 y 15 de Abril de 2011

_Jornadas de Cardiología Pediátrica

SALA LANÍN 1

09.45 a 11.15 hs.

EXPERIENCIA "PLAN NACER"
A nivel nacional, Dra. Alejandra Villa
Neuquén, Dr. Carlos Reeves
Río Negro, Dr. Carlos Labaroni

11.30 a 13.00 hs.

AVANCES DE LA CIRUGÍA EN CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN LA ÚLTIMA DÉCADA.
Patologías derechas. Dr. Carlos Antelo
Patologías izquierdas. Dr. Pablo García Delucis

14.00 a 15.00 hs.

BASES FISIOPATOLÓGICAS Y TRATAMIENTO DE LAS ARRITMIAS EN PEDIATRÍA
Presidente: Dr. Enrique Fischman.
Dr. José Moltedo
Dr. Alberto Sciegata

15.00 a 16.30 hs.

VENTRÍCULO DERECHO EN PEDIATRÍA
Presidente: Dr. Pablo Domínguez

EVALUACIÓN DEL VD. CONSIDERACIONES EMBRIOLÓGICAS, ANATÓMICAS, FISIOLÓGICAS Y FISIOPATOLÓGICAS, ECG, EVALUACIÓN CON ECO.
Dra. Ana de Dios

RMN DE VD.
Dr. Alejandro Ithurralde

EXPERIENCIA Y EVOLUCIÓN ALEJADA EN LA FALLA DE VD, EBSTEIN, FALLOT, VU.
Dr. Mariano Ithuralde

16.45 a 18.00 hs.

INTERVENCIONISMO.

CUANDO INDICARLO Y POR QUÉ ELEGIRLO. COMPLICACIONES.
Dr. Oscar Vagnola

PATOLOGÍAS IZQUIERDAS. CAO, EST AO. CIV, DAP, FÍSTULAS.
Dr. Horacio Faella

PATOLOGÍAS DERECHAS. EPV Y EP RAMAS, CIA, FONTAN, CIERRE DE COLATERALES.
Dr. Jesús Damsky Barbosa

_Fundación Cardiológica Argentina

	ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD		REFERENCIAS
	NEUQUÉN	CIPOLLETTI	
JUEVES 14 DE ABRIL	**Medición de Factores de Riesgo Cardiovascular** 10 a 13	**Demostraciones gratuitas de RCP Básica** 10 a 13	Demostraciones gratuitas de RCP Básica. *A cargo de instructores de la FCA.*
	Charlas de concientización de Factores de Riesgo 13 a 14:30	**Break**	
	Medición de Factores de Riesgo Cardiovascular 15 a 18	**Demostraciones gratuitas de RCP Básica** 15 a 18	Charlas de concientización de Factores de Riesgo. *A cargo de profesionales locales.*
VIERNES 15 DE ABRIL	**Demostraciones gratuitas de RCP Básica** 10 a 13	**Medición de Factores de Riesgo Cardiovascular** 10 a 13	
	Break	**Charlas de concientización de Factores de Riesgo** 13 a 14:30	Medición de Factores de Riesgo Cardiovascular. *A cargo de estudiantes de medicina y residentes de CONAREC.*
	Demostraciones gratuitas de RCP Básica 15 a 17	**Medición de Factores de Riesgo Cardiovascular** 15 a 17	
	Tango cardiosaludable: Clase abierta 17 a 18	**Tango cardiosaludable: Clase abierta** 17 a 18	Clase abierta Tango cardiosaludable. *A cargo de profesionales locales.*

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

VIERNES 15 - SALA LANIN 3

8.00 Horas - Acto de apertura (10 minutos)

8.10 a 9.30 Horas. SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS
Coordinador: Factores de riesgo. Epidemiología:
Enfermería: Lic. Ana María Romero (Neuquén) (10 minutos)
- **Clasificación de los síndromes coronarios agudos** (20 minutos) Disertante: TPC María José Zurita (Neuquén)
- **Diagnóstico electrocardiográfico**: (20 minutos) Disertante: TPC Damián Longo (Buenos Aires)
- **Manejo del paciente en la Unidad de Emergencia** (20 minutos) Disertante: Lic. Javier Lescano (Buenos Aires)

Tiempo de preguntas: (10 minutos)

9.45 a 11.15 Horas. INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO
Coordinadora: Diagnóstico diferencial del dolor precordial. TPC Militza Rodríguez (10 minutos)
- **Prueba ergométrica graduada:** (10 minutos) Disertante: TPC Diego Longarini (Buenos Aires)
- **Eco estrés:** (10 minutos) Disertante: TPC Mariano Silveira (Buenos Aires)
- **Cardiología nuclear:** (10 minutos) Disertante: TMN Mariano Portillo (Buenos Aires)

Tiempo de preguntas: (5 minutos)

Coordinador: Manejo del paciente agudo: (5 minutos) (Enfermería)
- **Reperfusión y tratamiento del IAM: ¿estreptoquinasa o angioplastia de rescate?** (15 minutos) Disertante: TPC Marcela Proietto (Buenos Aires)
- **Complicaciones del IAM:** (15 minutos) Disertante: Lic. Javier Lescano (Buenos Aires)

Tiempo de preguntas: (10 minutos)

11.30 a 13.00 Horas. TALLER DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y CASOS CLÍNICOS
Coordinador: Importancia del diagnóstico diferencial. (5 minutos). TPC Damián Longo (Buenos Aires)
- **1º Caso: TPC Andrea Simón (Neuquén)** (15 minutos)
- **2º Caso: Lic. Ana María Romero (Neuquén)** (15 minutos)
- **3º Caso: TPC Betiana Mataruco (Buenos Aires)** (15 minutos)
- **4º Caso: Referente Servicio de Cardiología Adultos - Hospital Regional de Neuquén** (15 minutos)

Tiempo de preguntas: (10 minutos)

13.30 a 15.00 Horas. CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN EL RECIEN NACIDO Y PEDIÁTRICO
Coordinador: ¿Qué son las cardiopatías congénitas?
Disertante: TPC Patricio White (Buenos Aires) (5 minutos)
- **La circulación en el feto y en el recién nacido cambios que ocurren en el nacimiento.** (10 minutos) Disertante: Enf. Mónica Libertela (Hosp. Regional Ushuaia)
- **Consideraciones anatómicas y fisiológicas aplicadas a las cardiopatías congénitas.** (15 minutos) Disertante: Lic. Claudia Flores Ortiz (Buenos Aires)
- **Tipos de cardiopatías. Clasificación: Cianóticas y Acianóticas. Cuidados de enfermería: signos y síntomas más frecuentes.** (15 minutos) Disertante: Lic. Claudia Flores Ortiz
- **Estudios diagnósticos:** (15 minutos) Disertante: TPC Diego Longarini (Buenos Aires)

15.00 a 16.30 Horas.
REGIONALIZACIÓN DEL INFARTO: MESA SAC

16.30 a 16.45 Horas. TRASLADO DE PACIENTES
Pautas a tener en cuenta en la Organización del traslado del paciente neonatal y pediátrico (intra y extra hospitalario). (10 minutos) Disertante: Lic. Norma Esther Moreno

16.45 a 17.05 Horas. CONFERENCIA: (20 minutos)
Programa nacional para la atención de los pacientes con cardiopatías congénitas "PLAN NACER".
Objetivos del plan. Experiencias del traslado de un paciente de baja complejidad a una de alta complejidad
Conferencista: Lic. Claudia Flores Ortiz

17.05 a 18.30 Horas. HIPERTENSIÓN ARTERIAL
- **17.05 a 18.30 hs. Coordinador: Hipertensión e hipotensión arterial** (10 minutos) Disertante: TPC Mariano Silveira (Buenos Aires)
- **Clasificación de la presión arterial en adultos y niños - Pautas a seguir para el control.** (20 minutos) Disertante: Lic. Ana María Romero (Neuquén)
- **Técnica de medición de la presión arterial** (15 minutos) Disertante: TPC Mariana Fita (Mar del Plata)
- **Hipertensión arterial y embarazo (15 minutos)** Disertante: TPC Patricio White (Buenos Aires)

Tiempo de preguntas: (10 minutos)

JUEVES 14

HS	SALA PATAGONIA	SALA TROMEN	SALA LANÍN 1	SALA LANÍN 2	SALA LANÍN 3	SALA LANÍN 4
10.30 12.00	Temas Libres Epidemiología I	Temas Libres Electrofisiología I	Temas Libres Cardiología Clínica I	Temas Libres Cardiología Intervencionista	Temas Libres Síndromes Coronarios Agudos I	Temas Libres Ecocardiografía I
12.00 - 12.30			INTERVALO			
12.30 13.00	Conferencia	Conferencia				12.30 a 14.00 Temas Libres Epidemiología II
13.00 - 14.30			INTERVALO			
14.30 16.00	Hipertensión Arterial	Arritmias				Temas Libres Cardiologia Clínica II
16.00 - 16.30			INTERVALO			
16.30 18.00	SCA con supra ST	Clínica de Imágenes en Cardiología				Temas Libres Electrofisiología II
18.00 - 18.30			INTERVALO			
18.30 20.00		Acto Inaugural. Conferencia. Dr. Héctor Maisuls				

VIERNES 15

HS	SALA PATAGONIA	SALA TROMEN	SALA LANÍN 1	SALA LANÍN 2	SALA LANÍN 3	SALA LANÍN 4
08.00 09.30	Temas Libres Insuficiencia Cardiaca	Valvulopatías	Temas Libres Pediatría	Reunión Presidentes de Distritos	Enfermería y técnicos	Temas libres Síndromes Coronarios Agudos II
09.30 a 09.45			INTERVALO			
09.45 11.15	Insuficiencia Cardiaca	Prevención	Pediatría	Estudiantes	Enfermería y técnicos	Temas Libres Epidemiologia III
11.15 a 11.30			INTERVALO			
11.30 13.00	Toma de decisiones en consultorio	Síndrome Coronario Agudo, sin ST	Pediatría	Estudiantes	Enfermería y técnicos	Temas Libres Ecocardiografía II
13.00 a 14.15			INTERVALO			
14.15 14.45	Conferencia	Conferencia	Pediatría		Enfermería y técnicos	14.15 a 15.45 hs.Temas Libres Cardiologia Clínica III
14.45 a 15.00			INTERVALO			
15.00 16.30		Regionalización del Infarto	Pediatría		Enfermería y técnicos	
16.30 a 16.45			INTERVALO			
16.45 18.00		Ateneo Casos Clínicos	Pediatría		Enfermería y técnicos	

Loplac®

LOSARTAN 50/100 mg

El bloqueante del Receptor 1 de la Angiotensina II (AT1) de mayor experiencia de uso y evidencia de actividad

Presentaciones

50mg: envases con 15 y 30 comprimidos recubiertos

100mg: envase con 30 comprimidos recubiertos

LINEA CARDIOVASCULAR CASASCO

Recetario Solidario

IOMA

Desde hace más de CASASCO 130 AÑOS

www.casasco.com.ar

_Resúmenes de Trabajos

Trabajos presentados en las
XXII Jornadas Nacionales de los Distritos Regionales
14 y 15 de Abril de 2011. Neuquén, Provincia de Neuquén.

Trabajo Libre Nº1

APLICABILIDAD CLÍNICA DEL SCORE DE FRAMINGHAM A 30 AÑOS BASADO EN EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL PARA LA DETECCIÓN DEL TOTAL DE EVENTOS CARDIOVASCULARES. UTILIDAD EN LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y EN EL DIAGNÓSTICO DE PLACA ATEROSCLERÓTICA CAROTÍDEA.

SINIAWSKI, DANIEL ALBERTO | MASSON, WALTER | VITA, TOMÁS | DEL CASTILLO, SANTIAGO | VALLE, JUAN | FERNANDEZ, GERMÁN | CAGIDE, ARTURO. **HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES**

Objetivos: El score de Framingham a 10 años (SF10) subestima el riesgo cardiovascular en ciertas poblaciones. Extender el horizonte temporal a 30 años y evaluar la relación con la presencia de placa aterosclerótica carotidea (PAC) podría mejorar la estratificación de riesgo. Los objetivos fueron: 1) Determinar qué porcentaje de pacientes analizados con el SF10 para el total de eventos cardiovasculares basado en el índice de masa corporal (SFT10I) reclasifica aplicando el score de Framingham a 30 años para el total de eventos cardiovasculares basado en el índice de masa corporal (SFT30I); 2) Analizar la prevalencia de PAC; 3) Determinar la capacidad diagnóstica del SFT30I para detectar PAC.

Materiales y Métodos: Se realizó un ecodoppler carotideo y se calcularon los SFT10I y SFT30I en una población de pacientes en prevención primaria. Se determinó la prevalencia de PAC. Se realizo un análisis ROC.

Resultados: Se incluyeron 410 sujetos (edad 48±11 años, 54% hombres). El SFT30I reclasificó el 53% de la población total y al 72% de los sujetos de bajo riesgo. La prevalencia de PAC fue del 28% y se observó una asociación gradual y progresiva con los decilos del SFT30I (p<0.01). El área bajo la curva (ABC) del SFT30I para el diagnóstico de PAC fue de 0.824 (IC 95%, 0.780-0.867) y resultó significativamente mayor que el correspondiente al SFT10I (0.7029 [IC 95%, 0.647-0.759], p<0.00001). El punto de corte óptimo del SFT30I para discriminar entre sujetos con o sin PAC fue > o = a 34% (sensibilidad 84%, especificidad 68%, valor predictivo positivo 51%, valor predictivo negativo 92%, índice de Younden: 0.524).

Conclusiones: El SFT30I reclasificó a un gran número de pacientes y tuvo mayor precisión que el SFT10I para el diagnóstico de PAC subclínica. Esta nueva herramienta de predicción podría utilizarse sin limitaciones en nuestro país ya que no implica costo alguno.

Trabajo Libre Nº2

APLICABILIDAD CLÍNICA DEL SCORE DE FRAMINGHAM A 30 AÑOS BASADO EN LÍPIDOS PARA LA DETECCIÓN DEL TOTAL DE LOS EVENTOS CARDIOVASCULARES. UTILIDAD EN LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y EN EL DIAGNÓSTICO DE PLACA ATEROSCLERÓTICA CAROTÍDEA

MASSON JUAREZ, WALTER MAURICIO | SINIAWSKI, DANIEL | VITA, TOMÁS | FERNANDEZ, GERMÁN | VALLE RALEIGH, JUAN | DEL CASTILLO, SANTIAGO | CAGIDE, ARTURO. **HOSPITAL ITALIANO**

Objetivos: El score de Framingham a 10 años (SF10) subestima el riesgo cardiovascular en ciertas poblaciones. Extender el horizonte temporal a 30 años y evaluar la relación con la presencia de placas ateroscleróticas carotideas (PAC) podría mejorar la estratificación de riesgo. Los objetivos fueron: 1) Determinar qué porcentaje de pacientes analizados con el SF10 para el total de eventos cardiovasculares basado en lípidos (SFT10L) reclasifica aplicando el score de Framingham a 30 años para el total de eventos cardiovasculares basado en lípidos (SFT30L); 2) Analizar la prevalencia de PAC; 3) Determinar la capacidad diagnóstica del SFT30L para detectar PAC.

Materiales y Métodos: Se realizó un eco-doppler carotideo y se calcularon los SFT10L y SFT30L en una población de pacientes en prevención primaria. Se determinó la prevalencia de PAC. Ser definió PAC cuando el espesor medio intimal era >=1.5mm. Se realizó un análisis ROC, determinando el área bajo la curva y el punto de corte óptimo del SFT30L (basado en el índice de younden) que discrimine entre sujetos con o sin evidencias de PAC. Los datos continuos entre dos grupos se analizaron con el test de T y el análisis de los datos categóricos se realizó con el test de Chi2.

Resultados: Se incluyeron 410 sujetos (edad 48±11 años, 54% hombres). El SFT30L reclasificó el 68% de la población total y al 81% de los sujetos de bajo riesgo. La prevalencia de PAC fue del 28% y se correlacionó con decilos crecientes del SFT30L (p<0.01). El área bajo la curva del SFT30L para el diagnóstico de PAC fue de 0.838 (IC 95%, 0.795-0.880, younden 0,506) y resultó significativamente mayor que el correspondiente al SFT10L (0.6946 [IC 95%, 0.63778-0.75142], p<0.00001). El punto de corte óptimo del SFT30L para discriminar entre sujetos con o sin PAC fue >=37% (sensibilidad 83%, especificidad 68%, valor predictivo positivo 50%, valor predictivo negativo 91%).**Conclusiones:** El SFT30L reclasificó a un gran número de pacientes y tiuvo mayor precisión que el SFT10L para el diagnostico de PAC. Su utilización podría disminuir la necesidad de efectuar ecografías carotídeas como pesquisa de ateroesclerosis subclínica.

Trabajo Libre Nº3

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON SOBREPESO ASISTIDOS EN CARDIOLOGÍA DEL HTAL P.V. DE CORDERO

GALLI, MONICA GRACIELA | ALVAREZ, EDUARDO | BOSCARO, MARCELO | CÁCERES MONIÉ, CÉSAR | VIEYRA, GUSTAVO | SALAZAR, ADRIANA | PAVES PALACIOS, HÉCTOR | STEWART HARRIS, ALEJANDRO
HOSPITAL P.V. DE CORDERO - SAC DCN - SAC DCN

Objetivos: Evaluar si los pacientes que presentan sobrepeso, asistidos en el servicio de cardiología de nuestro hospital, presentan características epidemiológica que los diferencien de aquellos con normopeso.

Materiales y Métodos: Se evaluaron 728 pacientes en control de rutina en consultorio de Cardiología de nuestro Hospital a los cuales se les confeccionó HC completa con relevamiento de datos antropométricos (peso, altura) BMI (normal > 20 y < 25 y sobrepeso >25 y <30), antecedentes personales, evaluación de presencia de patología cardiovascular y factores de riesgo. Todos los pacientes tuvieron control de tensión arterial (TA), niveles de colesterol plasmático y glucemia en ayunas. Se utilizó la clasificación del JNC 7 para clasificar TA. Para su estudio se utilizó análisis univariado y se consideró significativa una p < de 0,05.

Resultados: De la población general evaluada se identificaron 270 pacientes con normopeso y 287 con sobrepeso .Este último grupo presentó mayor edad, preponderancia de sexo masculino, valores más elevados de colesterol total. El grupo con sobre peso presentó mayor PRE-HTA, e HTA estadio 1.Todos con P estadísticamente significativas.

Conclusiones: Las características epidemiológicas que diferenciaron a esta población con sobrepeso fueron: mayor prevalencia de sexo masculino , de hipercolesterolemia y de pre HTA e HTA estadio 1.

	Normal (n:270)	Sobrepeso(n:287)	P
Edad (AÑOS) □45.52 +/-17.3	□51.0 +/-14.4	□0.00001	45.52 +/-17.3	51.0 +/-14.4	0.00001
BMI (KG/M2)	22.08 +/- 2.65	26.9 +/-1.4	0.00001
Sexo M/F	63/207	134/153	0.00001
Colesterol (mg/dl)	194.5 +/- 36.6	203.0 +/- 41.0	0.0097
Pre HTA	72	116	0.0006
HTA 1	46	94	0.0001
HTA 2	19	20	0.9838
DBT	9	19	0.070
Tabaco	93	88	0.3553

Trabajo Libre Nº4

ANÁLISIS MULTIVARIADO DE MEDICIONES ANTROPOMÉTRICAS Y FACTORES DE RIESGO ENTRE PACIENTES NORMOTENSOS Y PREHIPERTENSOS, PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PREDICTORES QUE DIFERENCIEN ESTAS POBLACIONES.

GALLI, MONICA GRACIELA | ALVAREZ, EDUARDO | BOSCARO, MARCELO | CACERES MONIÉ, CÉSAR | MARQUEZ, GUSTAVO | PARDO, EDUARDO | VILLAMIL, ALEJANDRO. **SAC DCN**

Objetivos: Determinar a través del análisis de los factores de riesgo, antecedentes familiares, mediciones antropométricas y/o presencia de patología cardiovascular, elementos distintivos de los pacientes pre-hipertensos (PHT), en comparación con los normotensos (NT).

Materiales y Métodos: Se evaluaron 734 pacientes en control de rutina en consultorio de Cardiología de nuestro Hospital a los cuales se les confeccionó HC completa con relevamiento de datos antropométricos, antecedentes personales y familiares, evaluación de presencia de patología cardiovascular y factores de riesgo. Todos los pacientes tuvieron control de tensión arterial (TA), y se obtuvieron niveles de colesterol plasmático (Col. Total). Se utilizó la clasificación del JNC 7 para seleccionar grupos. Para su estudio se utilizó análisis multivariado y se consideró significativa una p < de 0,05.

Caracteristicas de la población	n=20
Sexo masculino	11(55%)
Edad promedio	73 años
Hipertensión	18(90%)
Dislipemia	11(55%)
Tabaquismo	8(40%)
Diabetes	5(25%)
Revascularizacion miocardica	6(30%)
Infarto previo	7(35%)
Insuficiencia renal	3(15%)

Resultados: De la población general evaluada se identificaron 340 NT (TAS 109+/-7,3) y (TAD 69,4+/-8,5) y 138 PHT (TAS 130,8+/-4.99) Y (TAD 82,9+/-10,3) Este último grupo presentó mayor edad, mayor BMI, preponderancia de sexo masculino, valores más elevados de colesterol total y además se observó en el mismo mayor presencia de enfermedad cardiovascular asociada. Todos con P estadísticamente significativas.

Conclusiones: Los datos evaluados por medio de un análisis multivariado, muestran que 1) La edad, 2) el sexo masculino, 3) el aumento del BMI, y 4) la dislipidemia se asociaron con prehipertensión.

	Ta normal(n:340)	Pre HTA (n:138)	P
Edad	43.5 +/-15.5	50.2 +/-13.6	0.00001
BMI	25.2 +/- 4.7	27.916 +/-	0.00001
Sexo(M/F)	94 (27%)	62 (44%)	0.0003
Colesterol	191.6 +/- 33.6	204.3 +/- 39.3	0.0004
Pat. cardiov	34 (10%)	25 (18%)	0.0145

Trabajo Libre Nº5

SINDROME DE BURNOUT COMO ENTIDAD PREDISPONENTE DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

SANDALI, IGNACIO MANUEL | MIGUELEZ, PABLO | GARCÍA HAMILTON, DIEGO | BRODSKI, LAURA | CARDONE, FEDERICO | SARAVIA, MARÍA ANGÉLICA | GITELMAN, PATRICIA | SALZBERG, SIMÓN.
HOSPITAL FERNÁNDEZ

Objetivos: Evaluar la prevalencia de síndrome de Burnout en personal de la salud y policial, identificar variables sociales y demográficas asociadas y determinar la relación con enfermedad cardiovascular (ECV) y factores de riesgo cardiovascular (FR).

Materiales y Métodos: Se realizó una encuesta en trabajadores mayores de 40 años de un hospital público y policías de distintas comisarías del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires entre mayo del 2009 y enero del 2011. Previo toma de consentimiento, se entregó un cuestionario pre-impreso y anónimo (Score de Maslach), diseñado para evaluar despersonalización, realización personal y agotamiento emocional (AE). Se utilizó el AE para determinar el nivel de Burnout, definiendo de alto riesgo aquellos con un score mayor o igual a 26 puntos. Se compararon 116 personas (46,6%) de alto riesgo (A), con las 135 restantes (B). Se realizó un análisis univariado con el programa Epiinfo2002.

Resultados: Se realizaron 257 cuestionarios, de los cuales se excluyeron 6 por falta de datos o errores en el llenado. Del análisis de los 251 restantes surgió una edad media de 49 ± 5,5 años con un 67,6% de mujeres. La incidencia de A fue mayor en el sexo masculino (53,7% vs 46%) p=0,06.
Comparando A vs B el Tabaquismo fue de 32,5% vs 31,3% (pNS), Sobrepeso 57% vs 53% (p NS), Hipertensión arterial 36 vs 27,6% p=0,08, Dislipemia 39 % vs 17% p=<0,001 y Diabetes 17% vs 5,3% p=<0,01. Dentro de las ECV la prevalencia de Insuficiencia cardiaca fue de 2,6% vs 0 p= 0,04, Cardiopatía isquémica 7,7% vs 0,7% p=0,002. y Arritmias 6% vs 4,5% pNS.
Están casados 53% vs 50% pNS. No tienen hijos 36,8% vs 43% p=0,28 NS. Conviven con otras personas 76,9% vs 81,3% p NS. Tienen más de un trabajo 41% vs 47,8% pNS. Trabajan mas de 48 hs.semanales 51,3% vs 38 p=0,01. Trabajan los fines de semana 47,9% vs 56,7% del B p=0,08 .
Utilizan más de un medio de transporte para llegar a sus trabajos 21,6% vs 5% p=0,005
Con respecto a conciliar fácilmente el sueño, el resultado fue de 48% vs 72% p=<0,001.

Conclusiones: Casi la mitad de los encuestados presentó sindrome de Burnout, con una tendencia mayor de hombres. La presencia de dislipemia, diabetes y enfermedades cardiovasculares fue mayor en las personas con Burnout positivo. En cuanto al aspecto social, resultaron significativas la dificultad para conciliar el sueño, desempeñar más de un trabajo y la utilización de más de un medio de transporte para llegar al puesto laboral. Se requiere de estudios con una muestra mayor para definir la asociación de factores de riesgo y ECV con el síndrome de Burnout

Trabajo Libre Nº6

PREVALENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN 4540 ENCUESTADOS DE SIETE CIUDADES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. INDIVIDUOS EN TRATAMIENTO Y CONTROLADOS.

PAUTASSO, ENRIQUE JOSE | ESTEBANEZ, MARÍA JOSÉ | SWIESZKOWSKI, SANDRA | PANTANELA, SILVIA PATRICIA | LAGRECA, DANIEL | SPOLIDORO, JOSÉ | THIERER, JORGE | IGLESIAS, RICARDO
FUNDACIÓN CARDIOLÓGICA ARGENTINA

Objetivos: Uno de los propositos primordiales en prevención cardiovascular es la detección, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Nuestro objetivo es evaluar el grado de conocimiento del diagnostico, la eficacia del tratamiento y control de la hipertensión arterial en una población de siete ciudades de la Republica Argentina.

Materiales y Métodos: Se colocaron "carpas saludables" en la ciudad de Victoria provincia de Entre Rios, Córdoba provincia de Córdoba, en Junín, Bahía Blanca y Mar del Plata provincia de Buenos Aires, en Tucumán y en cinco plazas de la Capital Federal. El objetivo de estas carpas fue realizar encuestas, medir la presión arterial (PA), controlar el nivel de colesterol serico (NCS) a las personas que se presentaban y en los intervalos de estas mediciones divulgar los perjuicios de los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) y como deben controlarse. Las 4540 personas que concurrieron, debieron permanecer 10 minutos sentados, lapso durante el cual se les realizó la encuesta. Luego se midió la PA. en tres oportunidades con un intervalo de un minuto entre tomas y después de descartar la primera se calculó el promedio de las dos últimas. Luego se determinó el NCS.

Resultados: La edad media es de 57±16 años prevaleciendo el sexo femenino en un 58,3%. La proporcion de hipertensos fue 32,1% el cual el 87,3% tuvo indicado tratamiento cumpliendo el mismo el 91,4% de acuerdo a lo referido por los encuestados. A pesar de que en ambos sexos refirieron cumplir con el tratamiento en igual proporción, los hombres tuvieron una media de PAsistolica de 146,51 mmHg, mientras que en las mujeres fue de 138,26. (P<0,0001) y la PAdiastolica fue de 86,5 y 80,72 respectivamente. (P<0,0001). Los hombres fueron más hipertensos y tuvieron en el momento del control mayor presión arterial sistodiastolica que las mujeres. El 23,3% de los pacientes que negaron ser hipertensos tuvieron una Pasistólica mayor de 140 mmHg mientras que el 16,5% mostraron en el control una PAdiastolica mayor de 90 mmHg prevaleciendo también el sexo masculino.

Conclusiones: Pese a los avances obtenidos en las últimas décadas en el conocimiento de la patogenia de la hipertensión arterial y la disponibilidad de drogas eficaces para su tratamiento, esta enfermedad sigue teniendo una alta proporción de individuos que desconocen ser hipertensos y de aquellos conocidos, una alta proporción de pacientes que no la tienen controlada. Esta apreciación es más significativa en la población masculina. Estas observaciones muestran la necesidad de desarrollar nuevas políticas de salud para lograr un mayor control de esta enfermedad.

Trabajo Libre Nº7

PREDICTORES CLÍNICOS DE CHOQUES APROPIADOS EN PACIENTES CON CARDIODESFIBRILADOR IMPLANTABLE

GONZALEZ, NICOLÁS | MALDONADO, SEBASTIÁN | PÉREZ ETCHEPARE, RAÚL | MAID, GUSTAVO | CAGIDE, ARTURO. **HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES**

Objetivos: Analizar una población de pacientes a los que se les colocó un cardiodesfibrilador implantable (CDI) como prevención primaría de muerte súbita (MS), evaluando la asociación de distintas variables y la incidencia de choques apropiados en su seguimiento.

Materiales y Métodos: Se estudió una cohorte retrospectiva de 49 pacientes a los que se les colocó un CDI con un seguimiento de dos años. Se analizaron variables clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas, y se evaluó su asociación con la incidencia de choques apropiados en ese periodo de tiempo.

Resultados: La edad media fue de 59 años (± 15.5), 86% hombres. El 51% presentaba cardiopatía isquémica, el QRS fue de 120 mseg (p25-75: 100-120) y la fracción de eyección (Fey) del 34% (p25-75: 29.3-49.7%). El 49% tuvo un síncope. Un estudio electrofisiológico (EEF) positivo fue determinante en la indicación del CDI en el 27% de los casos. En el seguimiento se evidenció que el 24.5% de los pacientes presentaron choques, siendo apropiados el 67% de ellos. La mortalidad fue del 6.1% y la necesidad de internación por insuficiencia cardíaca del 12.2%. Se analizaron en los siguientes subgrupos la incidencia de choques apropiados: pacientes con y sin cardiopatía isquémica, 12% y 21% respectivamente (p=NS); pacientes con y sin EEF, 22.2% y 9% respectivamente (p=NS); pacientes con Fey <35% y >35% fue de 14.2% y 20% respectivamente (p=NS), en los pacientes con QRS >120 y <120 mseg el 12.5% y 18.7% respectivamente (p=NS) y en los pacientes con y sin sincope el 20.8% y 12% respectivamente (p=NS) (ver TABLA). La edad media en aquellos con choques apropiados fue de 54 años (± 33-64) mientras que en los que no los tuvieron fue de 63 años (± 47-73) (p=NS).

Conclusiones: En esta población analizada no se pudo evidenciar asociación alguna entre las diferentes variables estudiadas y la incidencia de choques apropiados, siendo concordante con otras publicaciones. Si se pudo observar una tendencia, sin ser significativa, a ser más jóvenes aquellos pacientes que recibieron choques apropiados.

Trabajo Libre Nº8

PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR. ANÁLISIS INTERINO DEL REGISTRO NACIONAL DE FIBRILACIÓN Y ALETEO AURICULAR (RENAFA)

DI TOMMASO, FERNANDO ARIEL | FITZ MAURICE, MARIO | DELGADO DEL AGUILA, F. | MARTURANO, P. | MAGNI, R. | VISSANI, S. | BERESTEIN, C. | STUTZBACH, P. **SAC**

Objetivos: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más frecuente en la práctica diaria. Dado que su morbimortalidad está asociada a fenómenos embólicos, en particular el accidente cerebrovascular (ACV), uno de los pilares terapéuticos es la prevención de los eventos tromboembólicos. En nuestro país no disponemos de datos observacionales actualizados, representativos de la población, que reflejen el manejo de los enfermos con FA o aleteo auricular (AA).
el objetivo de este análisis fue evaluar datos parciales sobre demografía, comorbilidades y estrategias de manejo terapéutico, en especial la profilaxis tromboembólica en pacientes con FA o AA.

Materiales y Métodos: Se realizó un registro prospectivo multicéntrico a nivel nacional desde agosto 2010, con datos provistos por médicos cardiólogos de los Distritos de la Sociedad Argentina de Cardiología, de pacientes con diagnóstico de FA o AA (Registro Nacional de Fibrilación Auricular o RENAFA). Se excluyeron los pacientes con FA de causa secundaria, FA postquirúrgica y FA o AA diagnosticados en los 3 meses previos a la inclusión. Para este análisis se consideraron los casos registrados hasta febrero de 2011. Se evaluó el empleo de profilaxis tromboembólica y se construyó un modelo de regresión logística múltiple para detectar las variables asociadas de manera independiente al uso de esta profilaxis en los pacientes sin contraindicaciones para anticoagulación (ACO).

Resultados: Se analizaron 872 pacientes: 785 con FA y 87 con AA; 32% internados y 68% ambulatorios. La edad fue de 68.7 ± 14 años (67.4% mayores de 65 años); 71.9% eran hipertensos y 14.6% diabéticos. El 42.2% tenía historia de insuficiencia cardiaca, el 48.8% alguna miocardiopatía, el 6.7% de ACV y el 3.2% de AIT. La proporción de pacientes con score CHADS2 de 0 fue 13.5%, de 1 31.8% y de 2 o más 54.7%. El 21.3% de los pacientes tenía alguna contraindicación para recibir ACO: las más frecuentes edad avanzada (13.8%), limitaciones sociales (4.1%), imposibilidad de control de RIN (1.7%) y caídas frecuente (1.7%). De éstos, el 63% recibía antiagregantes plaquetarios. De la población sin contraindicaciones, 72.7% recibía ACO (86% acenocumarol y 14% warfarina) y según su categoría CHADS2, 0, 1 ó 2 o más, la proporción de medicados con ACO fue de 48.3%, 68.9% y 83.3%, respectivamente (p0.0001). No hubo diferencias significativas en la ACO entre los pacientes con AA y FA (71.7% vs. 82.1, p=0.07), pero sí según el tipo de FA: paroxística (48.4%), persistente (61.4%) o permanente (66.2%), p=0.001. El médico a cargo del tratamiento con ACO era hematólogo en el 53.7% de los casos y cardiólogo en el 34.6%. Los predictores independientes asociados al uso de ACO en los 686 pacientes sin contraindicaciones fueron HTA (OR=3.9, IC95%=2.5-5.9), insuficiencia cardiaca previa (OR=2.0, IC95%=1.2-3.4), miocardiopatía (OR=1.2, IC95%=1.1-1.3) y planes de CVE (OR=2.9, IC95%=1.4-6.2), mientras que los predictores de no uso de ACO fueron: edad mayor de 75 años (OR=0.52, IC95%=0.31-0.86), coronariopatía (OR=0.43, IC95%=0.23-0.82) y la estrategia de control de ritmo (OR=0.15, IC95%=0.09-0.24).

Conclusiones: El análisis interino del RENAFA muestra características basales comparables a las de otros estudios observacionales. Dos de cada 10 pacientes tienen alguna contraindicación para recibir anticoagulantes. Sin embargo, en aquellos sin contraindicaciones, la proporción de empleo de ACO es significativamente elevada, superando el 80% en aquellos con CHADS2 de 2 o más. La edad avanzada, como en otras series, constituye uno de los predictores asociados al no uso de profilaxis tromboembólica.

Trabajo Libre Nº9

ALTERNANCIA DEL INTERVALO DEL CICLO EN TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES ORTODRÓMICAS Y POR REENTRADA INTRANODAL: CONDUCCIÓN ANTERÓGRADA ALTERNANTE POR DOS VÍAS NODALES AURÍCULO-VENTRICULARES.

DE ZAN, GABRIELA MARÍA | GARRO, HUGO A. | CHIALE, PABLO A. | SCHMIDBERG, JORGE | GONZÁLEZ, MARIO | ELIZARI, MARCELO V.

HERSHEY MEDICAL CENTER - HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "DR. JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA"

Objetivos: Evaluar las características de la alternanacia u oscilación en el intervalo del ciclo (AIC) de las taquicardias paroxísticas supraventriculares (TPS) y establecer su mecanismo subyacente.

Materiales y Métodos: Trazados electrocardiográficos y electrogramas intracavitarios de 9 paciente (p) sometidos a ablación por radiofrecuencia por TPS recurrentes y que presentaron AIC durante el estudio electrofisiológico. Seis p eran mujeres y la edad promedio fue de 38 años. Ningún p recibía fármacos depresores de la conducción en el momento del estudio. Seis p presentaron TPS ortodrómicas y 3 p taquicardia por reentrada nodal aurículo-ventricular (TRNAV) "lenta-rápida"

Resultados: La AIC fue reproducible en 7 de los 9 p. En todos los casos, los cambios en el intervalo del ciclo se debieron a modificaciones en el intervalo AH, en tanto el intervalo HV permaneció constante. En los casos de TPS ortodrómica tampoco se advirtieron cambios en el intervalo VA. En 5 casos la AIC coincidió con alternancia en los complejos QRS. La AIC perduró sin modificaciones hasta la interrupción de la arritmia por sobreestimulación en 5 p; en los 4 p restantes el intervalo AH más largo se prolongó de manera paulatina, aunque a veces algo errática, hasta el momento del a interrupción espontánea de la arritmia, que siempre sucedió cuando debía ocurrir un intervalo AH prolongado.

Conclusiones: Puede inferirse que, en nuestros pacientes, el mecanismo de la AIC se debió a la conducción del impulso por dos vías nodales anterógradas, con bloqueo 2:1 en la que presentaba la conducción más rápida, o tal vez bloqueo alternante en las dos vías. Si bien este fenómeno puede producirse como consecuencia de cambios en la refractariedad y bloqueo funcional en el sistema His-Purkinje, ello se descartó por la inmutabilidad del intervalo HV durante la AIC. El fenómeno de AIC puede proveer un mecanismo para autolimitar las TPS y no parece ser tan raro como se lo considera en la TRNAV.

Trabajo Libre Nº10

INCIDENCIA DE ACTIVIDAD GATILLO DE LA VENA CAVA SUPERIOR EN LA FIBRILACION AURICULAR

RIVERA, SANTIAGO HORACIO | SCAZZUSO, FERNANDO | ALBINA, GASTÓN | SAMMARTINO, VICTORIA | LAIÑO, RUBÉN | GINIGER, ALBERTO. **INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES**

Objetivos: El 97% de los gatillos de la fibrilación auricular (FA) se localizan en las venas pulmonares y solo un bajo porcentaje lo hacen en vasos extrapulmonares según la bibliografía actual. Sin embargo, nuevas técnicas de ablación por radiofrecuencia, que incluyen el aislamiento de la vena cava superior(VCS), han demostrado tasas de éxito mayores. Nuestro objetivo fué determinar la incidencia de actividad eléctrica en la VCS en pacientes seleccionados para aislamiento de venas pulmonares (AVP), con el fin de obtener un major entendimiento de la fisiopatología de dicha arritmia.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes seleccionados para AVP en el período comprendido entre mayo 2009 y Enero 2011. La actividad eléctrica en VCS fue evaluada mediante el posicionamiento de un catéter circular multipolar (Optima, St. Jude Medical) 2cm por arriba de la desembocadura de la vena en la auricular derecha. Se definió como presencia de actividad electrica el registro de potenciales por el catéter circular en la VCS, tanto en ritmo sinusal como en FA.

Resultados: Un total de 107 pacientes fueron incluídos. Solo se evaluó la actividad eléctrica de la VCS en 42 pacientes; 90.47% masculinos; Edad 48 +/- 8,4 años; 73.80% FA paroxística. El 38% (16 pacientes) presentó actividad electrica en VCS; 68.75% presentó diagnostic de FA paroxística.

Conclusiones: La vena cava superior posée un rol significativo en la fisiopatología de la fibrilación auricular, presentando una incidencia de actividad gatillo aún mayor que la reportada, siendo ésta de casi un 40%. Este estudio sugiere porqué las nuevas técnicas de ablación presentan mayores tasas de éxito en el tratamiento de la fibrilación auricular.

Trabajo Libre Nº11

RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL Y MONITOREO DE CAMBIOS DE POSICIÓN DEL ESÓFAGO CON SISTEMAS DE MAPEO ELECTROANATOMICO

RIVERA, SANTIAGO HORACIO | SCAZZUSO, FERNANDO | ALBINA, GASTÓN | SAMMARTINO, VICTORIA | LAIÑO, RUBÉN | GINIGER, ALBERTO. **INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES**

Objetivos: La ablación dirigida por catéter representa un logro sustancial en el tratamiento de la fibrilación auricular, sin embargo esta técnica no está libre de complicaciones. La fístula atrioesofágica ha sido reportada y si bien su incidencia es baja, el resultado es fatal en la mayoría de los casos. Nuestro objetivo es describir una nueva técnica para la recontrucción tridimensional del esófago a partir de una tamografía computada multi corte (TCMC 64) y determinar su posición y relación anatómica con la pared posterior de la aurícular izquierda, previo al aislamiento de venas pulmonares (AVP). También, determinar cambios de posición del esófago durante el AVP mediante la función SHADOW del programa NAV X (Sistema En Site) como abordaje metodológico para evitar fístulas atrioesofágicas.

Materiales y Métodos: Análisis consecutivo de pacientes sometidos a AVP entre mayo 2009 y Enero 2011. Se realizó una MSCT 64 en cada paciente. Se realizó una reconstrucción tridimensional de la aurícular y el esófago con la herramienta VerismoTM del sistema En Site y fueron fusionadas con la imágen de la MSCT 64 obtenida previamente para determinar la relación del esófago con el ostium de las venas pulmonares. Se obtubieron puntos feduciarios a nivel del ostium de las venas pulmonares y los puntos obtenidos del esófago fueron transportados en forma pasiva durante la reconstrucción (Fusión Pasiva). Determinamos el curso del esofago con un análisis digital de el área negativa de la imágen y su proximidad con el ostium de la vena pulmonar (OVP).

Se definió como posición lateral izquierda cuando el esófago se encontraba a menos de 10mm del OVP izquierdo; Posición lateral derecha cuando se encontraba a menos de 10mm del OVP derecho; Trayecto oblicuo cuando se dirigía de un OVP hacia el OVP contralateral; La posición central fue definida cuando las distancias en tre los OVP a ambos lados del esófago eran iguales.

Un catéter cuadripolar fue introducido en el esófago para monitorear cambios de posición durante el procedimeinto (Función SHADOW). La imágen de la función SHADOW fue comparada en forma contínua con la imágen obtenida de la fusión pasiva.

Resultados: Un total de 107 pacientes fueron incluídos; edad 45±11.2 años, 87.3% masculinos; BMI 27.3±4.9 kg/m2. El 95% presentó ritmo sinusal en el momento de la MSCT-64. Definimos el trayecto del esófago en 100 pcientes (93.45 %). En 7 pacientes fue imposible realizar la reconstrucción por problemas con la técnica de contraste. La posición lateral izquierda se presentó en el 57% de los casos, 7%presentaron una posición lateral derecha, 11% oblicua y 25% central. Un total de 95 pacientes (88.78%) presentaron estabilidad esofágica, sin desplazamientos significativos monitoreados por la función SHADOW, durante el procedimiento.

Conclusiones: La reconstrucción tridimencional del esófago y su fusión pasiva a partir de la imágen obtenida de la TCMC 64 es feasible y reproducible para determinar su posición y relación con la aurícula izquierda. El monitoreo continuo con la función SHADOW ha demostrado que esta estructura mantiene su posición durante el AVP en casi el 90% de los casos.

Trabajo Libre Nº12

DISTINTAS RESPUESTAS FARMACOLÓGICAS EN TAQUICARDIA AURICULAR SENSIBLE A LIDOCAÍNA.

AUGUSTO ATIENZA, PABLO CHIALE, LUCIANO FAIVELES, HUGO A. GARRO, PABLO FERNÁNDEZ, JUAN J. HERRERA PAZ, MARCELO ELIZARI.

Introducción: La Taquicardia auricular repetitiva sensible a lidocaína es una arritmia poco frecuente. El sustrato electrofisiológico es poco conocido y las repuestas farmacológicas de la misma no han sido suficientemente exploradas.

Objetivo: Investigar el efecto de la adenosina y el verapamilo endovenoso (ev) en pacientes con taquicardia auricular sensible a lidocaína.

Métodos: En 9 pacientes con taquicardia auricular repetitiva uniforme se exploró la respuesta a: lidocaína (1 mg/kg de peso corporal), adenosina (12 mg) y verapamilo (10 mg) por vía ev en forma secuencial. Se realizó electrocardiograma de 12 derivaciones simultaneas basal y permanecieron bajo monitoreo continuo.

Se obtuvieron trazados en intervalos de tiempo preestablecidos después de la administración de cada droga para evaluar cambios en las características de la arritmia, con la misma finalidad se realizaron maniobras de estimulación vagal luego de la administración de lidocaína y verapamilo.

Resultados: La taquicardia auricular repetitiva fue abolida por la lidocaína ev en los 9 pacientes estudiados. La adenosina suprimió la arritmia en 2 pacientes y enlenteció la frecuencia de la actividad ectópica auricular en 1 paciente. El verapamilo fue efectivo en 2 pacientes, uno de ellos insensible a adenosina y el otro sensible a éste agente. En 5 pacientes, la arritmia fue abolida por ulterior ablación por radiofrecuencia en diferentes sitos de la aurícula derecha.

Conclusión: La taquicardia auricular sensible a lidocaína puede también ser suprimida por adenosina y /o verapamilo. Esto sugiere que en la génesis de ésta arritmia intervienen distintos mecanismos electrofisiológicos y que al menos en algunos casos las post despolarizaciones tardias juegan un rol determinante.

Trabajo Libre Nº13

CAUSAS PREVENIBLES DE DESCOMPENSACIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

PAOLASSO, MARÍA FLORENCIA | PUERTA, LEANDRO | LIUZZO, FABRICIO | TERRAGNO, ALICIA | MURANO, SOLEDAD | GÓMEZ, GASTÓN | ROMERO, SEBASTIÁN | TORRES, PABLO

HOSPITAL FRANCISCO SANTOJANNI

Objetivos: Determinar las causas de descompensación prevenibles en aquellos pacientes (p) con diagnóstico de Insuficiencia cardíaca (IC) que concurren al servicio de guardia de cardiología de fin de semana de un hospital público

Materiales y Métodos: Se incluyeron p que ingresaron entre Octubre del 2009 y Agosto del 2010. Se analizaron variables vinculadas con la presentación. Se les realizó al ingreso examen clínico, de laboratorio y diversos exámenes complementarios

Resultados: El número de p fue de 23; 12 eran de sexo masculino (52%). La mediana de edad fue de 75 años. El 95.6% presentaban factores de riesgo para enfermedad coronaria, siendo el más prevalente la hipertensión arterial (HTA). El motivo de consulta más frecuente fue falta de aire (91.3%), seguido de palpitaciones (8.7%), y edemas (4.3%). La principal causa de descompensación observada fue el tratamiento insuficiente (47.8%), seguido de la presencia de arritmias (17.4%).

Conclusiones: El presente registro muestra una población con factores de riesgo modificables. La principal causa de descompensación deriva de una estrategia preventiva ineficiente. Podría evitarse a través de intervenciones realizadas por equipos multidisciplinarios de diagnóstico y tratamiento

Trabajo Libre Nº14

CORRELACIÓN DEL INTERVALO ENTRE EL INICIO DEL QRS Y LA ONDA DE PULSO CAROTÍDEA, DURANTE EL TILT TEST CON ECODOPPLER. APROXIMACIÓN FISIOPATOLÓGICA DEL SÍNCOPE NEUROCARDIOGÉNICO

PAOLASSO, MARÍA FLORENCIA | PEZZATI, LAURA | VILLAMIL, ALEJANDRO | PERONA, CARLOS | FLAMENGO, JUAN MARTÍN | BECILLIA, LIGIA | ESTEVEZ, ARIEL | TORREJÓN, NICOLE

HOSPITAL FRANCISCO SANTOJANNI

Objetivos: Localizar el periodo del ciclo cardíaco donde se produce la prolongación del intervalo QRS-RC durante el tilt test (TT) con Ecodoppler

Materiales y Métodos: Estudio observacional prospectivo en 5 pacientes (p) con síncope que durante el TT prolongaron (>de 25 mseg) el QRS-RC a los 5 minutos de la inclinación a 70º, medido con un polígrafo a 100 mm/seg. Simultáneamente se analizo el intervalo QRS - apertura aórtica (QRS-AA) con ecodoppler en decúbito dorsal y a 70º para identificar el origen de la modificación en el ciclo cardiaco.

Resultados: Fueron incluidos p entre 15 y 64 años (3 mujeres /2 varones) con síncope espontáneo y provocado, y prolongación precoz significativa del intervalo QRS-RC. La mediana del QRS-RC en decúbito dorsal y a los 5 minutos en inclinación a 70% fue 98.6 mseg (90/105) y 131 (116/145) respectivamente, representando una prolongación media de 32.4 mseg. La medición de la variación del intervalo QRS-AA fue de 4.4 mseg (13.5% de la prolongación media del QRS-RC).

Conclusiones: La prolongación del QRS-RC es un fenómeno predominantemente eyectivo, relacionado a la distensibilidad. Por Ecodoppler se observó un mínimo incremento del periodo preeyectivo (13.5%).

Trabajo Libre Nº15

FIBRILACIÓN AURICULAR AGUDA. TRATAMIENTO DE ELECCIÓN EN LA PRÁCTICA DIARIA

SILVEIRO, SANDRA EDITH | QUIROGA, BARBARA | CAPRINI, ROMINA | CORTEZ, YUDY | CAINZO, JOSE

POLICLÍNICA BANCARIA "9 DE JULIO"

Objetivos: Evaluar cuál es el tratamiento de elección utilizado en pacientes que ingresan a cardiología y presentan fibrilación auricular aguda (FAA). Analizar al alta, la persistencia de la arritmia o su reversión a ritmo sinusal.

Materiales y Métodos: Fueron evaluados en forma retrospectiva pacientes ingresados en Cardiología que presentaron FAA. Se evaluó características demográficas, epidemiológicas y patologías asociadas.

Resultados: De los 272 pacientes evaluados con fibrilación auricular, 30 presentaban FAA. Edad. 73.21±13.3. *Varones:* 16 (53.3%). *Patologías asociadas:* Hipertensión arterial 24 (80%), Diabetes 6(20%), Insuficiencia renal crónica 2(6.66%), Cardiopatía isquémica: 6(20%). *Tratamiento recibido:* Cardioversion eléctrica: 8 (26.66%); amiodarona 18(60%); Beta Bloqueantes: 5(16.66%); Digoxina 1(3.33%); Bloqueantes cálcicos: 1 (3.33%). *Ritmo al alta:* Sinusal: 22(73.3%), ritmo de fibrilación auricular: 8(26.66%).

Conclusiones:

1. En nuestra población solo un 10% de la fibrilación auricular es aguda.
2. La misma fue más frecuente en el sexo masculino, y mas de la mitad de los pacientes tenían patologías previas asociadas.
3. El tratamiento más utilizado para esta arritmia fue la amiodarona, seguida por la cardioversión eléctrica.
4. Cerca de las dos terceras partes de los pacientes revirtieron a ritmo sinusal.

Trabajo Libre Nº16

VARIABLES CLÍNICAS ASOCIADAS CON LA MORTALIDAD POR CUALQUIER CAUSA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA Y SEGUIMIENTO EN EL LABORATORIO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

PARQUET, CARLOS ALBERTO | CORDERO, DIEGO | PERESSOTTI, BRUNO | MACHADO, ROGELIO | DEGREGORIO, ALEJANDRO | ALASIA, DIEGO | ANGEL, ADRIANA | CUROTTO GRASIOSI, JORGE

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: evaluar variables clínicas predictoras de mortalidad total en pacientes (pts.) con insuficiencia cardíaca crónica con seguimiento intensivo en el laboratorio de insuficiencia cardíaca (LIC).

Materiales y Métodos: ingresamos 144 pts. que llegaron espontáneamente al LIC, donde se corroboró el diagnóstico. Aceptaron un plan intensivo de control: semanal el primer mes, quincenal el segundo y mensual a partir del tercero. Excluimos a los pts. que no llegaban espontáneamente, los de etiología valvular, los menores de 18 años y los que requerían cirugía cardiovascular. Analizamos: edad, tensión arterial sistólica y diastólica (TAD), índice de masa corporal, frecuencia cardíaca, diámetro ventricular izquierdo (DDVI), diámetro auricular izquierdo, fracción de eyección (Fey), creatininemia, natremia, clase funcional al ingreso y al final del seguimiento, que fue de 56±29 meses.

Resultados: el 80% eran hombres, edad 64±13, Fey 26±8, el 94% estaba en clase funcional II a IV. Coronarios 53%. La mortalidad al final del seguimiento fue del 31%. Al comparar vivos con muertos, las variables vinculadas con la mortalidad fueron: edad 63±13 vs. 68±10 ($p< 0,01$), la TAD 74±9 vs. 68±10 ($p< 0,001$), el DDVI 65±6 vs. 69±9 ($p< 0,008$) y la clase funcional al final del seguimiento 1.7±0.5 vs. 2±0.6 ($p< 0,005$). El resto no tuvo diferencias significativas.

Conclusiones: en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica, variables clínicas fácilmente detectables como la edad, la TAD y la no mejoría de la clase funcional durante el seguimiento, predicen una mayor mortalidad. Además, algunos datos aportados por estudios complementarios de bajo costo, por ejemplo la ecocardiografía, mostraron ser de utilidad como predictores de mal pronóstico, no así las variables de laboratorio estudiadas.

Trabajo Libre Nº17

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON LESIONES DE TRES VASOS CORONARIOS

PARQUET, CARLOS ALBERTO | CARDUS, MARTA | PERESSOTTI, BRUNO | ABDALA, ANTONIO | DEGREGORIO, ALEJANDRO | CAÑAS, SEBASTIÁN | DELGADO, JORGE | CUROTTO GRASIOSI, JORGE
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: determinar las características clínicas que identifican al grupo de pacientes (pts.) con lesión de tres vasos coronarios.

Materiales y Métodos: de los pts. ingresados durante 2001-2007 que fueron sometidos a angiografía coronaria por cualquier causa, incluimos a aquellos con lesiones significativas y los agrupamos según el número de vasos afectados en: lesión de tres vasos o grupo 1 (G1) y lesiones de uno y dos vasos o grupo 2 (G2). El G1 estaba compuesto por 222 pts. y el G2 por 332 pts. Excluimos aquellos que no tenían lesiones coronarias significativas. Para el análisis, ingresamos los siguientes factores de riesgo cardiovascular: edad, sexo, hipertensión arterial, antecedente de tabaquismo, dislipidemia, diabetes y obesidad. Además, agregamos los siguientes antecedentes clínicos: síndrome coronario agudo, angina crónica estable, insuficiencia cardíaca, infarto miocárdico o revascularización previa. Por medio de estas variables se determinaron las características de cada grupo para finalmente confrontarlas y establecer las posibles diferencias.

Resultados: de confrontar G1 vs. G2 obtuvimos: edad: 70±11 vs. 64±12 años, hombres: 79% vs. 69%, hipertensión arterial: 81% vs. 70%, dislipidemia: 61% vs. 50%, diabetes: 20% vs. 14%, infarto previo: 29% vs. 22%, revascularización previa: 30% vs. 17%, todas p<0,05. Al comparar las otras variables no hallamos diferencias significativas.

Conclusiones: los pts. portadores de lesiones de tres vasos coronarios frecuentemente son hombres de edad mayor, hipertensos, dislipidémicos, diabéticos y con antecedentes de infarto de miocardio o revascularización previa. Nuestra población no difiere con otras publicaciones nacionales y extranjeras.

Trabajo Libre Nº18

ASOCIACIÓN ENTRE HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDAD VASCULAR PRECOZ Y DETECCIÓN DE ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA CAROTÍDEA.

MASSON JUAREZ, WALTER MAURICIO | SINIAWSKI, DANIEL | VITA, TOMÁS | DEL CASTILLO, SANTIAGO | FERNANDEZ, GERMÁN | VALLE, JUAN | CAGIDE, ARTURO. **HOSPITAL ITALIANO**

Objetivos: La historia familiar de enfermedad vascular (HFEV) se asocia en forma independiente con mayor riesgo de eventos vasculares. Se desconoce en nuestro medio cual es el impacto de la HFEV sobre la presencia de ateroesclerosis subclínica. Los objetivos fueron comparar el espesor íntima-media (EIM) y la prevalencia de placa carotídea (PC) entre sujetos con o sin HFEV.

Materiales y Métodos: Se incluyeron individuos que se encontraban en una estrategia de prevención primaria. Se definió HFEV al antecedente de un evento coronario o stroke isquémico en un familiar de primer grado con una edad <55 años en hombres y <65 años en mujeres. Se midió el EIM 1 cm antes de la bifurcación, en la bifurcación y 1 cm luego de la bifurcación carotídea mediante un eco-doppler, tomando para este análisis el valor máximo hallado. Se diagnosticó PC cuando el EIM era >= 1.5mm. Se efectuó un análisis univariado y un análisis ajustado por edad y sexo, analizando la presencia de aterosclerosis subclínica carotídea entre sujetos con o sin HFEV .

Resultados: Se incluyeron 410 pacientes (edad media: 48±11 años, hombres: 54%, tabaquistas 20%). El 21% presentó HFEV (n=88). Según el score de Framingham, el 79% de la población era de bajo riesgo. Los pacientes con HFEV presentaron un mayor EIM (1.28±0.64 vs. 1.07±0.49 mm, p<0.05) y una mayor prevalencia de PC (39% vs. 25%, p<0.05) que los sujetos sin HFEV. Independientemente del sexo y la edad, los pacientes con HFEV tuvieron en promedio 0.153±0.06 mm más de EIM que los sujetos sin HFEV. Ajustado por la edad y el sexo, la HFEV aumenta la chance de presentar PC en un 78% (OR 1.78, IC95% 1.04-3.00).

Conclusiones: En esta población en prevención primaria, la presencia de HFEV precoz se asoció con un incremento del EIM y una mayor prevalencia de PC. Estos resultados sugieren la necesidad de implementar estrategias de prevención más intensivas en sujetos con HFEV.

Trabajo Libre Nº19

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD INTRA HOSPITALARIA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO TRATADO CON ANGIOPLASTÍA TRASLUMINAL CORONARIA

LAVAGGI, DIEGO MIGUEL | CARI, MARTÍN ALEJANDRO | ABUGAUCH, SANDRA VIVIANA | RUEDA RIVAS, JUAN ANTONIO | PEREZ, LUIS ALBERTO | OTATTI, LUIS ALBERTO | BRAMARDI, SERGIO JORGE | FLORES, LUIS MARÍA. **INSTITUTO CARDIOVASCULAR JUAN XXIII - INSTITUTO CARDIOVASCULAR SAN PABLO**

Objetivos: Correlacionar estadisticamente distintas variables clínicas y angiográficas con la mortalidad intra hospitalaria en pacientes con infarto agudo tratados con angioplastia coronaria

Materiales y Métodos: Se evaluaron retrospectivamente 120 pacientes (pts) con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) tratados consecutivamente mediante angioplastia coronaria (ATC) en 2 servicios de General Roca y Neuquén entre julio de 2005 y junio de 2010. Se consideraron las siguientes variables: edad, sexo, enfermedad vascular previa, infarto previo, cirugía de revascularización miocárdica (CRM) previa, ATC previa, tiempo sin revascularización, localización del infarto, número de vasos enfermos, killip-kimbal (K-K) al ingreso y Flujo TIMI post-ATC. Para las variables cualitativas se expresaron los resultados en porcentajes y se correlacionaron con la mortalidad intra hospitalaria por el método estadístico del chi cuadrado. Las variables de mayor significancia fueron sometidas a un análisis multivariado por regresión logística.

Resultados: La mortalidad intra hospitalaria total fue de 13,3%. El promedio de edad de los pts tratados fue de 60,82 años (+/-12), 91pts(75,8%) hombres y 29pts (24,2%) mujeres.Los factores de riesgo más prevalentes fueron hipertensión 72 pts (60%), sedentarismo 64 pts(53,3%), dislipemia 63 pts(52,5%), y tabaquismo 56 pts(46,6%). Las variables analizadas se detallan en la tabla. Las que se asociaron significativamente con la mortalidad fueron la presencia de enfermedad vascular previa, el numero de vasos enfermos, el K-K C ó D al ingreso, y el Flujo TIMI post ATC no satisfactorio (0-I-II). En el análisis multivariado, la variable killip kimbal C-D es la unica que demostró ser predictor independiente de mortalidad.

Variable de exposición	%mortalidad expuestos	%mortalidad no expuestos	p
Edad >75 a	3/20(15%)	13/100 (13%)	ns
Sexo masculino	12/91(13,2%)	4/29(13,8%)	ns
enfermedad vascular previa	5/9(55,5%)	11/111(9,9%)	0,0001
infarto previo	2/7(28,6%)	14/113(12,4%)	ns
crm previa	0/2(0%)	16/118(13,6%)	ns
atc previa	2/7(28,6%)	14/113(12,4%)	ns
>6 hs sin revascularizacion	9/76(11,8%)	7/54(13,0%)	ns
infarto de cara anterior	9/76(11,8%)	7/44(15,9%)	ns
+ de 1 vaso enfermo	14/69(20,3%)	2/51(3,9%)	0,02
K-K C ó D al ingreso	13/17(76,5%)	3/103(2,9%)	<0,00000000000001
TIMI pos atc < III	7/23(30,4%)	9/97(9,3%)	0,0073

Conclusiones: En la población presentada las variables predictoras de mortalidad encontradas fueron enfermedad vascular previa, número de vasos enfermos,killip kimbal C-D al ingreso,y flujo TIMI 0-I-II final. En el análisis multivariado el único predictor independiente de mortalidad fue el killip-kimball C-D al ingreso.

Trabajo Libre Nº20

RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS Y EVOLUCIÓN ALEJADA EN LA ANGIOPLASTÍA DE TRONCO DE CORONARIA IZQUIERDA.

LAVAGGI, DIEGO MIGUEL | CARI, MARTÍNALEJANDRO | BAUM, SANTIAGO CEFERINO | NOGARA, ELYZABETH ESTELA | BUFFOLO, LUCÍA ELÍA | BERNARDINI, ROBERTO FERNANDO | BRISOTTO, ALEJANDRO ATILIO | FLORES, LUIS MARIA
INSTITUTO CARDIOVASCULAR JUAN XXIII - INSTITUTO CARDIOVASCULAR SAN PABLO

Objetivos: Evaluar los resultados iniciales y el seguimiento alejado en pacientes (p) con enfermedad severa de tronco de coronaria izquierda(TCI) tratados con angioplastia transluminal coronaria (ATC). Se consideró la incidencia de mortalidad global, Infarto y reintervención.

Materiales y Métodos: Entre julio de 2006 y diciembre de 2010 se efectuó ATC a TCI en 20 p, el procedimiento se realizó en 15p(75%) con TCI no protegido y 5 p(25%) con TCI protegido. El seguimiento promedio fue de 31 meses (4- 57 m) clínico en 20p (100%) y angiográfico en 9p (45%) promedio 6 meses post ATC. El diagnóstico de ingreso fué Angina inestable 9p (45%), Infarto sin suprdesnivel del ST 5p (25%), Angina estable 3p (15%) e Insuficiencia cardiaca 3p (15%). Se excluyeron los pacientes tratados con angioplastía primaria. La indicación fue electiva en 12 p (60%) y por contra indicación quirúrgica en 8 p(40%).

Características de la población	n=20
Sexo masculino	11(55%)
Edad promedio	73 años
Hipertensión	18(90%)
Dislipemia	11(55%)
Tabaquismo	8(40%)
Diabetes	5(25%)
Revascularizacion miocardica	6(30%)
Infarto previo	7(35%)
Insuficiencia renal	3(15%)

Resultados: En la tabla se describen las características de la población. En 17p (85%) se utilizaron stents liberadores de farmacos y en 3p (15%) stents convencionales. El promedio de stents utilizado fué de 1.7 por p. En 1 p con insuficiencia cardiaca severa la intervención se realizó bajo contrapulsación aortica. El procedimiento fue exitoso en 20p (100%) , con 0% de mortalidad e infarto intrahospitalario. Durante el seguimiento no se registraron infartos, 2p (10%) requirieron reintervención por reestenosis intra stent, (1p ATC y 1p cirugía de revascularización miocárdica), la mortalidad fué de 3p (15%)

Conclusiones: En la población analizada la ATC a TCI representó una opción terapeútica segura en pacientes con contraindicaciones para la cirugía de revascularización miocárdica o que rechazan electivamente la realización de la misma.

Trabajo Libre Nº21

ANGIOPLASTIA PRIMaría EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS. RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS Y A LARGO PLAZO.

ALLIN, JORGE GUSTAVO | FERNANDEZ RECALDE, M. LUZ | KOROLOV, YEVGENY | MIGLIARO, GUILLERMO | LEIVA, GUSTAVO | LUDUEÑA CLOS, ESTEBAN | GIORGINI, JULIO | ALVAREZ, JOSÉ A.
HOSPITAL ALEMÁN - HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Determinar las características clínicas, angiográficas y terapéuticas de los pacientes (p) mayores de 65 años de edad a los que se les realizó una angioplastia primaría (AP). Evaluar y analizar resultados intrahospitalarios y durante el seguimiento alejado en esta población.

Materiales y Métodos: Fueron evaluados en forma retrospectiva 211 p consecutivos con Infarto Agudo de Miocardio (IAM) tratados con AP en dos hospitales de comunidad durante los años 1993 y 2000, de los cuales se seleccionaron y analizaron aquellos p con > = de 65 años de edad. Se analizaron variables clínicas, angiográficas y terapéuticas. Se evaluaron resultados intrahospitalarios y se realizó seguimiento clínico al 98% de la población, con una mediana de 10,8 años.

Resultados: La edad promedio fue de 72,3±11 años y el 68,3% hombres. El 60% de la población era hipertenso, el 19% diabético (DM) y el 57% dislipémico. La localización del IAM fue anterior en el 54% de los casos e inferior en el 40%. El 19% se presentó al ingreso en shock cardiogénico. El 65% tenía enfermedad de dos o más vasos coronarios. Se utilizaron en el 25% de los p inhibidores plaquetarios IIb/IIIa. La mortalidad intrahospitalaria fue del 14,3%, identificando al shock cardiogénico como único predictor independiente (p 0,005 OR 75 IC95% 3,7-163). En el seguimiento la mortalidad fue del 49% y sólo se evidenció a la DM como predictor a largo plazo en el análisis multivariado (p 0,03 OR 14,1 IC95% 1,3-151).

Conclusiones: La población mayor de 65 años con IAM tratada con AP presenta un alto riesgo clínico y angiográfico de ingreso asociado a una elevada mortalidad intrahospitalaria. Durante la evolución alejada, la sobrevida fue del 50% a los 10 años y se identificó a la DM como única variable predictora de mortalidad a largo plazo.

Trabajo Libre Nº22

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA PATOLOGÍA AÓRTICA TORÁCICA Y ABDOMINAL: RESULTADO INTRAHOSPITALARIO Y EVOLUCION ALEJADA

LAVAGGI, DIEGO MIGUEL | MOYANO, CLAUDIO CÉSAR | CARI, MARTÍN ALEJANDRO | MENICHINI, NICOLÁS ADOLFO | DEL PERCIO, ANDREA | BALBUENA, NÉSTOR | LÓPEZ, SEBASTIÁN ARIEL | FLORES, LUIS MARÍA. **INSTITUTO CARDIOVASCULAR JUAN XXIII**

Objetivos: Evaluar los resultados intrahospitalarios y la evolución alejada en pacientes con patología aórtica tratados consecutivamente por vía endovascular.

Materiales y Métodos: Entre agosto del 2007 y diciembre del 2010, se realizó tratamiento endovascular en 29 pacientes(p). Se trataron 12p (41,4%) con patología de aorta abdominal (11p con aneurismas ateroescleroticos y 1p con disección), 2p (6,9%) con complicación iliaca de tratamiento previo (1p con endoleak post tratamiento endovascular y 1p con pseudoaneurisma posquirurgico) y 15p (51,7%) con patología de aorta torácica (10p con síndromes aórticos agudos, 5p con patología aortica crónica).

El seguimiento promedio fue de 17 meses e incluyó control clínico y/o teléfonico en 29 p (100%) y por imágenes en 15p (51,7%).

Resultados: Las características de la población se describen en la tabla adjunta. El implante fue exitoso en 27 p (93,1%), parcialmente exitoso por sub expansión de rama iliaca contralateral en 1p (3.4%) y no exitoso por no lograr avanzar la prótesis por tortuosidad ilíaca en 1p (3,4%). Se efectuó bypass femoro-femoral cruzado complementario en 3p (10,3%) en 2p en forma programada y en 1p por conversión a aorto-monoiliaca por subexpansión de rama contralateral.

No se registró mortalidad intra procedimiento. 1p (3,4%) falleció durante la internación por sepsis de origen respiratorio y 2p (6,8%) fallecieron durante el seguimiento, 1p por mediastinitis post cirugía de revascularización miocárdica y 1p post conversión programada a cirugía convencional.4p (13,8%) presentaron complicaciones no fatales en el seguimiento.

De los 15p controlados por imágenes, sólo 1p (6,6%) requirió nuevo tratamiento endovascular.

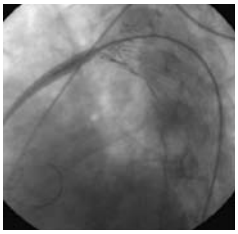
Características de la población	n= 29
Edad	68,5 a (33-84a)
Sexo masculino	24 (82,8%)
Tabaquismo	15 (51,7%)
Hipertensión	28 (96,5%)
Dislipemia	16 (55,2%)
Diabetes	3 (10,3%)
Insuficiencia renal crónica	4 (13,8%)
Enfermedad coronaria	8 (27,6%)
Revascularización coronaria previa	6 (20,7%)
Enfermedad vascular periférica	9 (31%)

Conclusiones: En los pacientes con patología de aorta analizados el tratamiento endovascular fue seguro con una mortalidad y complicaciones no fatales similar a la de otras series publicadas.

Trabajo Libre Nº23

REPARACIÓN ENDOVASCULAR EN PACIENTES CON PATOLOGÍA AÓRTICA TORÁCICA Y ALTO RIESGO QUIRÚRGICO POR EUROSCORE

HEREDIA SERENO, GASTÓN MANUEL | ROSA, LAUREANO | PEREZ BAZTARRICA, GABRIEL | FERNANDEZ, JUAN | ARELLANO, JUAN | VILLECCO, SEBASTIAN | SORIA TITTO, FERNANDO | PORCILE, RAFAEL
UAI HOSPITAL UNIVERSITARIO



Objetivos: El presente estudio expone el tratamiento endovascular de la patología de aorta torácica, en pacientes con alto riesgo quirúrgico. Analizamos la morbimortalidad intrahospitalaria y al año.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal de pacientes ingresados al Hospital Universitario de la UAI entre abril del 2004 y marzo del 2010 con diagnóstico de aneurisma o disección de aorta torácica descendente. Se realizó la revisión de historias clínicas, analizando características clínicas y angiográficas. El seguimiento fue por consultorio y vía telefónica. Se consideró pacientes de alto riesgo clínico con Euroscore mayor de 10. El tratamiento estadístico de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 11.0.1.

Resultados: De un total de 15 pacientes sometidos a implante de endoprótesis, 6 fueron de aorta torácica, (4 disecciones tipo B y 2 aneurismas), el 100% masculinos, la edad media fue de 61 (57-73). Sus características basales fueron HTA (n=5), IMC > 30 (n=4), EPOC (n=4), IRC (n=3), IAM (n=4), ACV (n=1) y Fey <40 (n=4). 3 pacientes fueron internados de urgencia. El diámetro promedio del aneurisma fue de 64 mm transverso. Euroscore promedio 21.8% (11-51). La media de días de internación fue 4 en total. Un paciente falleció (score 51%), por hemotórax. 16% IRA y hematoma no complicado femoral. La tasa de complicaciones al año fue de un 10% (endoleak).

Conclusiones: En pacientes con alto riesgo quirúrgico y observamos una aceptable tasa de mortalidad intrahospitalaria asociado a corta estadía hospitalaria y buena sobrevida a largo plazo. Creemos que esta opción terapéutica en pacientes de alto riesgo, que concuerda con resultados de registros internacionales, podría ser una estrategia válida futura.

Trabajo Libre Nº24

RELACION ENTRE DIABETES Y CIRCULACIÓN COLATERAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA SEVERA.

PEREZ NUÑEZ, HERNÁN | SILBERSTEIN, MARIO ALEJANDRO | PISANO, SILVINA | LOPARDO, CÉSAR | ORQUERA, DANIEL | CURCIO, MIRIAM. **HOSPITAL 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 influencia de la diabetes en el desarrollo de CCC.

Materiales y Métodos: Se diseñó un estudio analítico, observacional, de corte transversal. Desde setiembre de 2009 a enero de 2011 se incluyeron de manera consecutiva 207 pacientes derivados al laboratorio de hemodinamia con enfermedad coronaria severa de al menos un vaso. Se conformaron 2 grupos: Grupo A (GA), con 101 pacientes diabéticos, y Grupo B (GB), con 106 pacientes no diabéticos. Se analizaron las respectivas cinecoronariografías evaluando la presencia y graduación de CCC por medio de la clasificación de Rentrop. Los datos clínicos y factores de riesgo cardiovasculares fueron recabados de las historias clínicas. Se excluyeron pacientes con antecedentes de infarto de miocardio, angioplastia coronaria y cirugía de revascularización miocárdica. Para el análisis estadístico se utilizó test de chi cuadrado, para evaluar tendencia lineal se utilizó el test de Cochran-Armitagge y regresión logística multivariada para evaluar asociaciones ajustadas.

Resultados: La media de edad de los pacientes incluidos fue de 57 (± 8,9 años), con población mayoritaria de género masculino (77%). La prevalencia de CCC del grupo A fue de 34 % vs 39% de los pacientes del grupo B (OR: 0,8; IC 95: 0,4- 1,4). Se analizó el tipo de CCC entre ambos grupos evidenciando que el GA tuvo mayor CCC de tipo 0-1 (p<0,001) y el GB de tipo 2-3 (p< 0,002). El GA presentó tendencia no significativa a portar enfermedad de más vasos que el GB (medias y DS respectivos: 1,95 ± 0,76 vs 1,75 ± 0,8; p<0,07), evidenciando que en el GA la CCC no depende del número de vasos (p para tendencias -test Cochran-Armitagge- 0.46), y en el GB hubo una tendencia a mayor circulación colateral cuanto más vasos estén afectados (p para tendencias < 0.001).

	Grupo A	Grupo B	OR (IC 95%)	p
CCC	34%	39%	0,8 (0,4-1,4)	NS
CCC Grado 0-1	68%□	29%	5 (1,8-13,5)	< 0,001
CCC Grado 2-3	38%□	73%	0,23 (0,085-0,6)□	< 0,002
Enfermedad de 3 Vasos	37%□	71%		< 0,001
Nro de vasos comprometidos	1,95 ± 0,76	1,75 ± 0,8		<0,07

Conclusiones: No hubo diferencia en cuanto a la manifestación de CCC entre pacientes diabéticos y no diabéticos. Sin embargo, en el análisis por subgrupos de pacientes con enfermedad de 3 vasos existió significancia estadística en cuanto a la presencia de CCC, en detrimento de los pacientes diabéticos. Éstos últimos presentaron menor desarrollo de CCC según Rentrop.

Trabajo Libre Nº25

PREDICTORES DE MORTALIDAD EN EL INFARTO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST EN LA CIUDAD DE CONCORDIA

FORTE, EZEQUIEL HERNÁN | PEDROZA, CARLOS | LÓPEZ BULLO, FEDERICO | GRAZIANO, FEDERICO | MURGA, ALCIDES. **SANATORIO GARAT Y HOSPITAL DELICIA C MASVERNAT**

Objetivos: La ciudad de Concordia es la segunda ciudad de la provincia de Entre Rios (ER) por su cantidad de habitantes y complejidad sanitaria. Existen escasos datos del tratamiento que reciben los pacientes con infarto agudo de miocardio en dicha ciudad. Nuestro objetivo fue analizar las características generales de los pacientes con Infarto Agudo de Miocardio con supradesnivel del ST (IAM ST) en Concordia ER para determinar las variables asociadas a mayor riesgo de mortalidad en este grupo de pacientes.

Materiales y Métodos: Se realizó un registro en el que participaron dos de los tres centros que reciben pacientes con IAM ST en la ciudad de Concordia. Se analizaron los datos en forma retrospectiva de todos los pacientes que ingresaron con este diagnóstico, en forma consecutiva, entre los años 2006 al 2010 (Sanatorio Garat) y los años 2009 y 2010 (Htal Masvernat).

Resultados: Se analizaron 153 pacientes (p). La edad media fue de 60,2 ± 11,3 años. El 61% (94p) eran hipertensos, el 59% (91p) referían antecedentes de dislipidemia, el 38,3% (59p) eran tabaquistas activos y el 22,7% (35p) eran diabéticos. El Killip y Kimbal de ingreso resultó de: I en el 80% (84p), II en el 8,6% (9p), III en el 8,6% (9p) y IV en el 2,9% (3p). El 25,3% (39p) de los paciente ingresaron con mas de 6 hs.de evolución. En relación con la estrategia de reperfusión se utilizó trombolíticos en el 44,4% (68p) o bien angioplastia primaria en el 24,2% (37p). En total el 66,5% (105p) recibió alguna estrategia de reperfusión. Solo en 1,9% (3p) de los pacientes se empleó angioplastia de rescate. Las complicaciones surgieron en el 27,3% (41p) de los pacientes. El total de fallecidos durante la estadía hospitalaria fue del 13% (20p). Si comparamos pacientes que recibieron o no reperfusión, observamos que en los que no recibieron reperfusión, la mortalidad fue del 26% (12/45 p) y en los que recibieron reperfusión resultó del 10% (11/109 p). En el análisis multivariado el Killip y Kimbal III y IV y el no haber recibido tratamiento de reperfusión, resultaron variables independientes asociadas a mayor riesgo de muerte.

Conclusiones: La tasa de reperfusión en este grupo de pacientes resultó elevada y comparable con otros registros. Las variables que se asociaron con mayor mortalidad en este análisis, resultaron el Killip y Kimbal III/IV de ingreso y la falta de tratamiento de reperfusión.

Trabajo Libre Nº26

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DE DOS CENTROS DE DIFERENTE COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE CONCORDIA ER

FORTE, EZEQUIEL HERNÁN | PEDROZA, CARLOS | GRAZIANO, FEDERICO | LÓPEZ BULLO, FEDERICO | MURGA, ALCIDES. **SANATORIO GARAT Y HOSPITAL DELICIA C MASVERNAT**

Objetivos: Observar los resultados obtenidos en los pacientes ingresados por infarto de miocardio ST en dos centros asistenciales de diferente complejidad.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis de todos los pacientes que ingresaron en forma consecutiva con infarto de miocardio con supradesnivel del ST. Los datos se extrajeron en forma retrospectiva de las bases de datos de dos centros asistenciales de la ciudad de concordia, uno de ellos con laboratorio de hemodinámia y otro sin esta complejidad.

Resultados: Se analizaron 153 pacientes. La edad media fue de 60,8 ± 11,6 años para el centro con hemodinamia y 58,4 ± 10,4 para el centro sin hemodinamia (p=0,23). En la siguiente tabla podemos ver las diferencias en la población y los resultados de los tratamientos.

	Centro c/hemodinamia	Centro s/hemodinamia	p
>65 años	36%	26,2%	0,2
> 75 años	13,4%	7,1%	0,2
Tabaquismo	67%	45%	0,01
Dislipidemia	68,7%	33,3%	<0,001
Diabetes	22,3%	23,8%	0,8
Hipertensión	71,4%	33,3%	<0,001
KK 1-2	82,1%	90,4%	0,2
KK 3-4	10,5%	9,5%	0,8
> 6 horas	28,5%	16,7%	0,1
Reperfusión	66,07%	69,7%	0,1
Trombolíticos	33,5%	69,7%	<0,001
Angioplastia 1°	33,3%	0%	<0,001
Complicaciones	20,5%	45,2%	0,002
Mortalidad	11,6%	16,7%	0,4

Conclusiones: La tasa de reperfusión en ambos centros fue similar. En el centro con posibilidad de hemodinamia se empleó más frecuentemente la angioplastía primaria, observándose una menor frecuencia de complicaciones y una tendencia a la reducción de la mortalidad.

Trabajo Libre Nº27

PREDICTORES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS Y ENFERMEDAD SEVERA DEL TRONCO COMÚN DE LA ARTERIA CORONARIA IZQUIERDA

NALLAR VILLARREAL, MARÍA BELÉN | CAPECCE, M. | HERRERO, E. | KHOURY, M. | SCHOCRON, L. | VILLARREAL, R. | MELE, E. | SOSA LIPRANDI, A. **SANATORIO GÜEMES**

Objetivos: identificar predictores clinicos, bioquimicos, electrocardiograficos y ecocardiograficos de mortalidad intrahospitalaria en pacientes (p) con síndrome coronario agudo (SCA) y enfermedad severa del tronco común de la arteria coronaria izquierda (TCI).

Materiales y Métodos: de un total de 1456 p que ingresaron a unidad coronaria con SCA entre noviembre del 2007 y diciembre del 2010 a un centro de la CABA, se obtuvo diagnóstico angiográfico de enfermedad severa del TCI en 126 p (8.6%).

Se evaluaron las siguientes variables al ingreso: función renal, insuficiencia cardiaca (IC), cambios electrocardiográficos, edad y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEY). Se consideró insuficiencia renal (IR) a un Clearence de creatinina < 60 ml/min y disfunción ventricular moderada y severa a una FEY medido por ecocardiograma <45 y 30% respectivamente.

Se realizó análisis de regresión logística en cada variable y múltiple para identificar predictores de mortalidad durante la internación. Se consideró significativa una p < 0,05.

Resultados: del total de 126 p, se presentaron con SCA sin elevación del segmento st 116 p (92,07%) y con SCA con elevación del segmento st 10 p (7,93%). Fueron sometidos a cirugía de revascularización miocárdica 96 p (76,2%), a angioplastia de TCI 15 p (11,9%) y a tratamiento médico 15 p (11,9%). La mortalidad intrahospitalaria observada para cada grupo fue del 12,5%, 26,5% y 26,6% respectivamente. La mortalidad total fue del 15,87% (20 p). En el análisis individual, las siguientes variables se asociaron en forma estadísticamente significativa con mortalidad: FEY<45% (OR=135,92; IC95%=16,76-1102,17); IC (OR= 38,42; IC95%= 10,73-137,36); IR (OR=36,42; IC95%= 7,83-169,40); troponina T >0,03 (OR= 4; IC95%= 1,42-11,28); supradesnivel del segmento st (OR= 3.74; IC95%= 1,36-10,29); infradesnivel del segmento st (OR= 3,24; IC95%= 1,21-8,67) y edad mayor a 65 años (OR=2,72; IC95%= 1-7,37). Se construyó un modelo (forward y backward Stepwaise) que incluyó FEY<45% (OR=121; IC95%=12-1192) e IR (OR=31; IC95%=4,77-212,13) como predictores de mortalidad. La probabilidad de muerte fue de 0,15% cuando no había ningún predictor, de 4,6% si tenían IR, de 15,7% si tenían FEY<45 y de 85,57% cuando tenían ambos.

Conclusiones: en pacientes internados por SCA y enfermedad severa del TCI, la edad mayor a 65 años, la presencia de cambios en el segmento st al ingreso, insuficiencia cardiaca, troponina positiva, IR y disfunción ventricular izquierda fueron predictores de mortalidad intrahospitalaria.

Las variables que se asociaron más fuertemente con mortalidad intrahospitalaria fueron disfunción ventricular e IR.

Trabajo Libre Nº28

PREVALENCIA DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS DE EDAD ADMITIDOS EN LA UNIDAD CORONARIA Y SUS COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS

IBARRA, HERNÁN GABRIEL | RUBIO, EDGARDO | CURCIO, MIRIAM | SCHOCRON, LUCIANA | DEURQUIZA, IGNACIO NICOLÁS. **HOSPITAL CARLOS G. DURAND**

Objetivos: Determinar la prevalencia del sindrome coronario agudo sin elevacion del segmento ST (SCASEST) en pacientes de ambos sexos mayores de 65 años de edad y algunas de sus complicaciones durante la estadia hospitalaria.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, analitico y observacional.

Sobre un total de 440 pacientes admitidos a la unidad coronaria (UCO) en el periodo comprendido entre diciembre del 2007 y mayo del 2009, 169 pacientes fueron mayores de 65 años de edad tanto de sexo masculino como femenino.

Se evaluaron las siguientes complicaciones durante la internacion: insuficiencia renal (IR), insuficiencia cardiaca (IC), infarto agudo de miocardio (IAM) y muerte.

Resultados: De los 169 pacientes mayores de 65 años de edad de ambos sexos, el 17,7% (30 p.) presento diagnostico de SCASEST, de los cuales el 33,3% (10 p.) evoluciono con complicaciones. Dentro de las complicaciones evaluadas se observo que el 13,3% (4 p.) presento IR, el 10% (3 p.) IC, el 3,3% (1 p.) IAM y el 6,6% (2 p.) fallecio.

Conclusiones: En este grupo de pacientes mayores de 65 años de edad se observó una alta prevalencia de SCASEST, lo cual podria estar relacionado con el inadecuado control de los factores de riesgo cardiovasculares debido a la pobre adherencia que presentan los pacientes para realizar controles de rutina. Por otra parte la baja tasa de mortalidad probablemente estaria vinculada con la presencia de hemodinamia de urgencia en el centro respectivo evitando derivaciones a otros centros lo cual prolonga el tiempo puerta-balón.

Trabajo Libre Nº29

VALOR ADITIVO DEL ÍNDICE ALBUMINA/CREATININA URINARIA EN LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE INSUFICIENCIA RENAL POST CINECORONARIOGRAFÍA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO.

HIGA, CLAUDIO CÉSAR | KOROLOV, EUGENIO | CATALANO, MARÍA PAULA | RIZZO, NATALIA | NOGUES, IGNACIO | NOVO, FEDOR | GAMBARTE, JIMENA | COMIGNANI, PABLO. **HOSPITAL ALEMÁN**

Objetivos: Entre 10 y 25% de los pacientes internados por el síndrome coronario agudo (SCA) desarrollan insuficiencia renal aguda (IRA), asociándose ésta con el aumento de la morbi-mortalidad intrahospitalaria y en el seguimiento alejado. Las causas de IRA incluyen nefrotoxicidad por contraste, alteraciones hemodinámicas, toxicidad farmacológica y aeroembolias entre otras. Existen scores desarrollados para predecir la aparición de IRA post CCG en pacientes con SCA (R. Mehran, MD et all; J Am Coll Cardiol 2004; 44: 1393-1399). El objetivo de este trabajo es evaluar prospectivamente el valor aditivo del Índice Albumina/Creatinina urinario (IAC) para predecir el desarrollo de IRA post CCG en pacientes con SCA.

Materiales y Métodos: Se analizaron pacientes, que ingresaron prospectiva y consecutivamente a nuestra Unidad Coronaria por SCA. A todos se realizó el cálculo del índice albumina/creatinina urinario (IAC), midiéndoselo en las primeras 24 horas por el método de inmunoturbidimetría. Se definió IRA post CCG como un incremento de creatinina sérica mayor o igual a 0,5 ml/dl, o 25%, respectivamente, en 48-72 horas posteriores al procedimiento angiográfico percutáneo con respecto al valor de creatinina sérica al ingreso. El score de Mehran incluyó las sigientes variables: hipotensión arterial (TAS < 80 mmHg), uso de balon de contrapulsación intraaórtica, volumen de contraste usado, insuficiencia renal, diabetis, insuficiencia cardiaca y edad > a 75 años. Se determinó el mejor valor de corte por curva ROC del IAC asociado a IRA post CCG. Se compararon las curvas ROC del score de Mehran solo y con el agregado de la variable de IAC.

Resultados: Se analizaron 397 pacientes. Edad (mediana p25-p75) 63 años, 35% de ellos fueron mujeres, diabéticos 20%, con dislipidemia 54%, hipertensos 65%, tabaquistas 42%. La media de glucemia al ingreso fue de 110 mg/dl (98-133 mg/dl), del clearance de creatinina (por MDRD) fue de 86 ml/min (66-107 ml/min), IAC 0,16 mg/gr. Un 9,6% de los pacientes desarrollaron IRA post CCG cuando su IAC fue mayor o igual a 20 mg/g y 1,6%, cuando IAC fue menor a 20 mg/g. El IAC mayor a 20 mg/g resultó ser una variable relacionada independientemente con el desarrollo de IRA post CCG, ajustada por sexo, edad, diabetes, clearance de creatinina, volumen de contraste utilizado, antecedentes de insuficiencia renal y glucemia al ingreso. El Área bajo la curva ROC del score de Mehran para predecir el desarrollo de IRA post CCG fue de 0,75 (IC 95% 0,68-0,81). Cuando se le agregó la variable de IAC, el mismo fue de 0,82 (IC 95% 0,76-0,87).

Conclusiones: En nuestra cohorte de sindromes coronarios agudos el IAC basal se asoció independientemente al desarrollo de IRA post CCG. Incorporado al score de Mehran presentó una franca tendencia en su capacidad discriminativa adicional .El IAC podría así constituirse en una herramienta de simple determinación, bajo costo y amplia disponibilidad para detectar pacientes en riesgo de IRA y adoptar en ellos medidas preventivas apropiadas.

Trabajo Libre Nº30

PRONÓSTICO CUANTITATIVO DE LAS TROPONINAS EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

LEWICKI, HERNÁN ERNESTO | TRIGO, MAXIMILIANO | DI NANNO, DANIEL | PASINATO, CARLOS | CHECKERDEMIAN, SERGIO. **COMPLEJO MÉDICO DE LA POLICÍA FEDERAL ARGENTINA CHURRUCA - VISCA**

Objetivos: Establecer si en los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST) de alto riesgo, el valor absoluto de las troponinas I (TNI) positivas modifican la mortalidad, el infarto agudo de miocardio (IAM) / re IAM, la recurrencia anginosa y la necesidad de revascularización, durante la internación, al mes y los tres meses.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 113 pacientes que ingresaron a la Unidad Coronaria con diagnóstico de SCASEST entre Octubre del 2008 y Julio del 2010. Además de la rutina habitual, electrocardiograma (ECG) y evaluación clínica, se realizó dosaje de TNI, mioglobina y CPK-MB masa fuera de la ventana en la totalidad de los pacientes. Se evaluó la mortalidad, el re IAM/IAM, la recurrencia anginosa y la necesidad de revascularización durante la internación, y el seguimiento al mes y a los tres meses. La base de datos y el análisis estadístico se realizó con el programa EpiInfo

Resultados: De los pacientes ingresados el 74% eran hombres y el promedio de edad de ambos sexos fue de 65 años. Los factores de riesgo asociados fueron hipertensión en un 64.5%, tabaquismo en un 40.9%, obesidad en un 36.6%, diabetes en un 25.4% y dislipemia en un 46.36%.

Según los criterios diagnósticos de la AHA/ACC, el 23% presentó IAM no Q, el 60% angina inestable de alto riesgo, el 16% de moderado y el 1% bajo riesgo. De acuerdo al percentilo 99 de nuestro test de dosaje (TRIAGE ®), se consideran TNI positivas los valores mayores o igual a 0.4 ng/ml. Se produjeron 5 muertes intra hospitalaria, sin registrarse muertes al mes y los tres meses. Cabe aclarar que 3 muertes fueron de causas no cardiogénicas por complicaciones extracardíacas, 1 post angioplastia y 1 asociada a IAM. Un solo paciente con angina inestable evolucionó con IAM durante la internación, 38 pacientes presentaron recurrencia y 28 necesidad de revascularización. Al mes, 12 pacientes presentaron recurrencia anginosa y 5 necesitaron revascularización mediante. Finalmente a los tres meses 3 pacientes presentaron recurrencia anginosa seguidos de revascularización. Cuando se realizó el análisis estadístico no se observaron diferencias significativas en cuanto a las complicaciones y el valor absoluto de TNI. La única diferencia significativa (p 0.0165) se observó con la mayor necesidad de revascularización durante la internación, cuanto mayor era el valor de TNI. No hubo diferencias significativas entre los cambios ECG (isquemia o injuria subendocardica) con respecto a los valores de TNI.

Conclusiones: La distribución de los valores obtenidos de TNI no fue homogénea, por lo cual es difícil determinar si existen diferencias significativas entre un valor de corte u otro. El "n" de los pacientes debería ser mayor para obtener mas valores de TNI y obtener una distribución homogénea que permita un mejor análisis estadístico. La diferencia significativa encontrada, de mayor necesidad de revascularización cuanto mayor era el valor de TNI "positiva" durante la internación, puede estar dada por el mayor riesgo general en este grupo de SCASEST. A pesar de eso, los resultados obtenidos refuerzan las recomendaciones de las guías que concideran a las troponinas como positivas o negativas, sin considerar valores absolutos, para determinar una conducta terapéutica y determinar un pronóstico.

Trabajo Libre Nº31

FACTORES ASOCIADOS AL VOLUMEN DE LA AURÍCULA IZQUIERDA EN PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA.

ELISSAMBURU, PABLO FERNANDO | AVEGLIANO, GUSTAVO | COSTABEL, JUAN PABLO | THIERER, JORGE | RONDEROS, RICARDO. **INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES**

Objetivos: La Miocardiopatía Hipertrófica (MCH) es una enfermedad con una gran heterogeneidad genética y fenotípica. Varios estudios han relacionado el tamaño de la aurícula izquierda (AI) con un peor pronóstico de estos pacientes, evidenciando una relación con la presencia de fibrilación auricular, la clase funcional e incluso la muerte súbita. El objetivo de nuestro estudio fue analizar los factores demográficos, clínicos, y del aspecto morfológico y funcional que se asociaron con el tamaño AI

Materiales y Métodos: Se estudiaron prospectivamente 86 MCH (63 hombres, 55±14 años) provenientes de dos centros de carácter terciario (Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina y el Centro Cardiovascular Sant Jordi, Barcelona, España). Veintisiete MCH septales obstructivas, 37 con MCH septales no obstructivas y 22 pacientes con MCH apical. Los pacientes fueron valorados clínicamente y estudiados mediante ecocardiograma Doppler convencional, tisular para valorar la presencia de obstrucción y la función diastólica. El tamaño auricular izquierda fue estudiado mediante ecocardiograma 3D a través de la medición del volumen máximo de la AI. Se practicó resonancia magnética cardíaca (RMC) para caraterizar el subtipo morfológico y se cuantificó la masa ventricular izquierda (MVI). A través de las imágenes de realce tardío miocárdico se valoró la presencia y el grado de fibrosis intersticial miocárdica.

Resultados: La media del volumen auricular fue del 25.4 ± 11,7 ml/m2. El análisis univariado mostró que la edad, el sexo femenino, la insuficiencia mitral, la clase funcional, las formas obstructivas, la relación E/e' y el score de fibrosis se asociaron al volumen AI. En el análisis multivariado sólo el score de fibrosis (p = 0.01) y la insuficiencia mitral III-IV (p = 0.009) mostraron que se relacionaron con el tamaño AI.

Conclusiones: El tamaño de la aurícula izquierda se asoció al grado fibrosis intersticial miocárdica valorado por RMC y a la presencia de insuficiencia mitral grado III-IV.

Trabajo Libre Nº32

EVALUACIÓN DE CAMBIOS AGUDOS EN PARÁMETROS ELÉCTRICOS Y ECOCARDIOGRÁFICOS DE DISINCRONIA AL REALIZAR ESTIMULACIÓN VENTRICULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DEL NÓDULO SINUSAL

MATTA, MARÍA GABRIELA | MAID, GUSTAVO FABIAN | PEREZ ETCHEPARE FIGUEROA, RAUL ERNESTO | OBERTI, PABLO FERNANDO | BELZITI, CÉSAR ANTONIO | DOVAL, HERNÁN CLAUDIO | MALDONADO, SEBASTIAN | FERRO GONZALEZ, ALEJANDRA. **HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES**

Objetivos: Evaluar cambios agudos en los parámetros eléctricos y ecocardiográficos de disincronía ventricular producidos por el marcapaseo ventricular derecho en pacientes con enfermedad del nódulo sinusal y función sistólica del VI conservada (fracción de eyección > 50%).

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Se evaluó 40 pacientes ambulatorios con implante de marcapaso de doble cámara (DDD) por enfermedad del nódulo sinusal con conducción auriculoventricular conservada. Se cuantificaron parámetros de disincronía electrocardiográficos y ecocardiográficos basales y luego de 30 minutos de estimulación ventricular.

Los parámetros eléctricos evaluados fueron: ancho del QRS y cambio del eje eléctrico. Los parámetros ecocardiográficos medidos fueron: diámetros sistólico y diastólico del VI, fracción de eyección.

La disincronía en el ecocardiograma fue valorada por el intervalo pre eyectivo aórtico, el retraso aórtico-pulmonar, retraso de activación septal-posterior y septal-pared lateral.

Resultados: La edad promedio fue de 79 años, 43% de sexo masculino. Los parámetros eléctricos medidos: ancho del QRS sin marcapaseo 0.099 ± 0.033 seg. vs 0.145 ± 0.034 seg. con marcapa-

seo; p < 0.001) y el eje eléctrico – 9.73 grados vs – 41.35 grados con marcapaseo; p<0.01). Los parámetros ecocardiográficos basales y con marcapaseo no mostraron diferencias estadísticamente significativas: diámetro de fin de sístole del VI 2,84 cm (IC 95% 1,64 - 4,04) vs 2,8 cm (IC 95% 1,54 - 4,06); diámetro de fin diástole del VI 4,66 cm (IC 95% 3,66 – 5,66) vs 4,7 cm (IC 95% 3,46 – 5,94); fracción de eyección 61,01 % (IC 95% 44,41 - 77,61) vs 62,5 % (IC 95% 45,56 - 79,44). Las medidas de disincronía cardiaca obtenidas: intervalo pre eyectivo aórtico 110,90 mseg (IC 95% 6,1 – 215,7) vs 117,2 mseg (IC 95% 16,78 – 217,62) ; retraso aórtico pulmonar 35,79 mseg (IC 95% - 71,21 – 142,79) vs 29,4 mseg (IC 95% - 49,86 – 138,06) , retraso pared lateral-septum 32,26 mseg (IC 95% -19,34 – 83,86) vs 38,9 mseg (IC 95% - 24,48 – 102,28), retraso pared posterior-septum 32,76 mseg (IC 95% - 94 – 159,52) vs 44,2 mseg (IC 95% - 28,48 – 116,88).

Conclusiones: En esta selección de pacientes con enfermedad del nódulo sinusal y función sistólica de VI conservada, al realizar estimulación ventricular se modificaron en forma aguda los parámetros eléctricos sin modificar los parámetros ecocardiográficos basales ni los que miden disincronía ventricular.

Trabajo Libre Nº33

EVALUACIÓN DE PARÁMETROS GEOMÉTRICOS Y FUNCIÓN SISTÓLICA DE VI, ANTROPOMÉTRICOS EN PACIENTES NORMALES, CON FR CV Y CI

TRIPOLONE, JUAN ANTONIO | SANTIAGO, GUSTAVO A | TRIPOLONE, JUAN M | CLAUDEVILLE, SOFÍA
INSTITUTO MÉDICO SAN JUAN

Objetivos: La alteración de la geometría del VI se ha usado para ayudar a estratificar el riesgo CV en diversas enfermedades y describir en forma mas completa la reestructuracion del Vi en cardiopatia valvulares, ICC, HTA CI, caracterizandose por cambios en la masa y geometría del VI.

El aumento del IMC se asocia con HVI preclínica y clinica, alteración de FVI sistolica aun en ausencia de HTA y CI, y con Fey normal o aumentada. (miocardiopat.de la Obesidad)

El volumen de Ai (VAI) indicaria alteración de la FVI sistoDiastólica en forma crónica.

Con tal motivo se decidio el estudio en 3 grupos de p de variables antropometricas, de geometría VI, Auricular y variables sistolicas de VI eyectivas y Preeyect.

Materiales y Métodos: Se tomaron 131p y se los dividio en 3G: G1 normales 28p(ep 37+-13), G2 Con FR CV (HTA, DBT, Obesidad, tabaco, dislipid, sindMetab) 68p (ep 58 +-12.6), G3 CI probada c/s InfartoPrevio 35p (ep 68+-9.3). Se evaluó los siguientes parámetros:

· *Antropometric:* IMC

· *Tamaño AI:* Diámetro AP de AI (DAI) desde eje largo paraesternal, Volumen AI (VAI) indexado a SC: VAI= (area AI 4C * area AI 2C/diametroMenor AI) * 0.85/ SC

· *Geometría VI:* Espesor Parietal Relativ (EPR): PPFD*2/DFD, Masa de VI segun ASE

· *Parámetros sistolicos de VI:* Fey por regla de Simpson (VN >55%), VEAM (Velocidad de acortamiento de eje longitud de VI por modo M convención, en el promer tercio de la sistole, a nivel de region lateral de anillo mitral)

· *Análisis Estadístico:* contraste de hipótesis para diferencias medias (DS p<0.05)

Resultados:	DAI*	VAI*	EPR	MASA*	IMC	FEy	VEAM*
Normal	3.35	23	0.39	88	24	62	10.8
FR CV	4	31	0.50	115	29.5	60	7.3
CI	4,45	36	0.45	146	28.8	56	6.3

DAI tuvo DS entre: G1 y G2 0,00001, G1 y G3 0.00000005 y G2 y G3 0,0002. **VAI DS entre:** G1 y G2 0,00001, G1 y G3 0,0000000000001, G2 y G3 0,007. **EPR DS G1 y G3** 0,0007. **Masa DS G1 y G2** 0,0001, G1 y G3 0,00000003, G2 y G3 0,0003. **IMC DS G1 G 2** o,000001, G1 y G3 0,00007. **Fey DS G1 G3** 0,0005, G2 G3 0,01. **VEAM DS G1 G2 0,02, G1 G3** 0,004, G2 g3 0,016

Conclusiones:

1. DAi, VAI, MASA y VEAM separa los 3 grupos de estudio en forma significativa
2. En la estratificación de riesgo se ve la importancia de la valoración no solo de parámetros clásicos (Fey) sino tambien de geometricos (masa, DAi, VAI) y preeyectivos (VEAM)
3. Se observó la importancia de FR CV sobre el deterioro de la FSVI (VEAM) y geometría (MASA, VAI, DAI)
4. El estudio sugiere que en la valoración de riesgo es conveniente evaluar no solo parámetros de funcion sistolica eyctivos, sino también preeyectivos, geométricas de VI y antropométricos.

Trabajo Libre Nº34

COMPORTAMIENTO DE VARIABLES DE FUNCION DIASTOLICA DE VI EN P NORMALES, CON FR CV Y CON CI, TODOS CON FEY NORMAL.

TRIPOLONE, JUAN ANTONIO | SANTIAGO, GUSTAVO A. | TRIPOLONE, JUAN M | RIVAROLA, SOFIA
INSTITUTO MÉDICO SAN JUAN

Objetivos: Un porcentaje significativo de casos de ICC se debe a anomalia de la función diastolica, la falta de síntomas en presencia de una FEy normal se conoce como disfunción diastolica.

En el presente trabajo se valoro la alteración de la función diastólica en 3 G de p, normales, con FR CV y con CI, todos ellos con Fey normal

Materiales y Métodos: Se tomaron 131p y se los dividio en 3G: G1 normales 28p(ep 37+-13), G2 Con FR CV (HTA, DBT, Obesidad, tabaco, dislipid, sindMetab) 68p (ep 58 +-12.6), G3 CI probada c/s InfartoPrevio 35p (ep 68+-9.3) 20% con IP

Se realizo el estudio ecocardiografico con equipo GE Vigmed system five

Se evaluó los siguientes parámetros:

1. Tiempo de relajación Isovolim (TRIV): VN 0.07-0,09 seg
2. Tiempo de desaceleración (TD): VN 0,16-0,24
3. E/A: VN 1-2
4. E/E' TDI: VN <8-10
5. Presión AI media : E/E* 1,24+1,9. (VN <15mmHg)
6. Índice de tei= iciv+iriv/tey Vn 0,37+-0,05

Análisis Estadístico: prueba de contraste de hipótesis para diferencias medias (DS p < 0.05)

Resultados:	TRIV	TD*	TEI	E/A	E/E'*	PAIM*
Normales	0.076	0.21	0,44	1,57	5,5	8,9
FR CV	0.134	0,29	0,54	0,97	8,5	12
CI	0.13	0,33	0,62	0,89	10,9	15

TRIV: DS p<0.05: G1 vs G2 0,00025, G1 vs G3 0,00001. **TD:** G1 vs G2 0,0005, G1 vs G3 0,00008, G2 vs G3 0,048. **TEI:** G1 vs G2 0,01, G1 vs G3 0,0005. **E/A:** G1 vs G2 0,00002, G1 vs G3 0,000004 **E/E':** G1 vs G2 0,00000007, G1 vs G3 0,000001 , G2 vs G3 0,01. **PAIM:** G1 vs G2 0,00, G1 vs G3 0,00002, G2 vs G3 0,007

Conclusiones:

1. Los parametros que diferenciaron los 3 G de p fueron: TD, E/E', PAIM
2. El TRIV, TEI, E/A separo los G de p normales de G 2-3
3. Todos los p del trabajo estaban compensados hemodinamicamente con FEy normal
4. El G3 presenta un TD prolongado con aumento de PAIM, teniendo el mismo un 20% de IP. En este G un 26% de p con TD > 0,24 tenian E/E' mayor de 15, lo cual representa una PAIM > de 20,5 mmHg. Lo anterior implica que un TD prolongado no siempre descarta aumento de PAIM.

Trabajo Libre Nº35

CALCULO DE PRESIÓN DE LLENADO DE VI COMPARANDO 2 ÍNDICES ECOCARDIOGRAFICOS EN 3 GRUPOS DE PACIENTES

TRIPOLONE, JUAN ANTONIO | SANTIAGO, GUSTAVO A | TRIPOLONE, JUAN M | ORDONEZ, SANTIAGO
INSTITUTO MÉDICO SAN JUAN

Objetivos: La evaluación de la presión de llenado de VI es importante en el diagnóstico, tto y pronostico de las enfemedades CV.

La estimacion de las presiones de llenado necesitan Eco TDI, Doppler de venas pulmonares, Doppler de venas Hepaticas, y M color del flujo de velocidad de propagacion (Vp) del flujo de llenado mitral a traves de inclincacion del 1 aliasing

El motivo del presente fue la comparación de la valoración de la presion de llenado de VI, entre el calculo por dopler pulsado-TDI y por doppler pulsado-M color.

Materiales y Métodos: Se tomaron 131p y se los dividio en 3G: G1 normales 28p(ep 37+-13), G2 Con FR CV (HTA, DBT, Obesidad, tabaco, dislipid, sindMetab) 68p (ep 58 +-12.6), G3 CI probada c/s InfartoPrevio 35p (ep 68+-9.3) 20% con IP

Se realizo el estudio ecocardiográfico con equipo GE Vigmed system five

Se evaluo los siguientes parámetros:

Calculo por TDI: PLLVi: VPE/VPEm TDI*1.24+1.9 (VN < 15mmHg) (Nague, Jacc 1997)

Calculo por M color: PLLVI: 5.27 +VPE/VPM color +4.66 (garcia JACC 1997)

Se compararon los resultados en cada G y posteriormente en la totalidad de p

Análisis estadístico: Análisis de Regresión - Modelo Lineal . DS (p<0.05)

Resultados:	PAIM	TDI	PAIM M Color p	Confianza
G1	8.9+-1.7	9+-3	0.07	90%
G2	12+-3.7	12.2+-3.4	0.001	99%
G3	15.5+-6.6	14.2+-4.3	0.3	90%
Total	12.1+-4	11.8+-4	0.000	99%

La ecuación del modelo lineal ajustado es: **G2:** PAIM M Color Grupo 2 = 7,34724 + 0,409678*PAIM Grupo 2. **Total:** PAIM M Color General = 7,14082 + 0,407698*PAIM General

Conclusiones:

1. Los G que presentaron correlacion de las 2 ecuaciones fueron el G2 y el Total de P.
2. Los resultados del G total coinciden con garcia que tomo grupo heterogéneo de p y encontró una correlación de 0.8
3. En los servicios sin TDI se puede usar el M color para evaluación de presiones de llenado, según el presente trabajo, únicamente en un Grupo de p similar al G2.
4. Limitación del estudio: Todos los p se valoraron en forma no invasiva a través de Ecocardiografía no comparando con métodos invasivos.

Trabajo Libre Nº36

DILATACIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA. ETIOLOGÍAS DE UN HOSPITAL PÚBLICO Y DE UN INSTITUTO PRIVADO: ¿EXISTEN DIFERENCIAS?

PEDROZA, CARLOS ERNESTO | FORTE, EZEQUIEL | LÓPEZ BULLO, FEDERICO. **HOSPITAL DELICIA MASVERNAT - SANATORIO GARAT - SANATORIO GARAT Y HOSPITAL DELICIA C MASVERNAT**

Objetivos: Establecer si existen diferencias de etilogía en los pacientes portadores de dilatación ventricular izquierda evaluados en estudios ecocardiográficos realizados en un hospital público y un instituto privado de la ciudad de Concordia Entre Ríos.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de la base de datos de todos los estudios de ecocardiografia realizados en los últimos años en las dos instituciones mencionadas. Se tomó como punto de corte para dilatación de ventrículo izquierdo 57 mm de DDVI. Se dividió a estos estudios en diferentes etiologías de acuerdo a las características de los mismos, a saber: Cardiopatía Hipertensiva, Isquémico-necrótica, Valvular, Idiopática, Congénita y No especificada.

Resultados: De 7475 estudios se evaluaron en forma retrospectiva 879 que respondían a los criterios de selección, 562 de la institución privada y 320 del hospital público. El 79% fueron masculinos y el 21% femeninos con una edad promedio de 54,37 y 55,22 respectivamente.

Conclusiones: Hubo diferencias estadísticamente significativas en la etiología isquémica y la cardiopatía dilatada idiopática. Predominando la primera en la institución privada y la segunda en el medio hospitalario.

Trabajo Libre Nº37

PARTICIPACIÓN DE HSP 70-CHIP EN LA EN LA REGULACIÓN NEGATIVA DE NOX 4 EN CULTIVO PRIMARIO DE CÉLULAS EPITELIALES DE TÚBULOS PROXIMALES DE RATAS ESPONTÁNEAMENTE HIPERTENSAS (SHR). EFECTO DE LOSARTAN.

LÓPEZ APPIOLAZA, CARLOS MARTÍN | CACCIAMANI, VALERIA | GIL LORENZO, ANDREA | VALLÉS, PATRICIA. **ÁREA DE FISIOLOGÍA PATOLÓGICA. DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA. FCM. UNCUYO. IMBECU. CONICET**

Objetivos: Estudiar la participación del complejo Hsp 70- CHIP en la expresión de Nox 4 de células epiteliales de túbulos proximales de SHR tratadas con Losartan .

Materiales y Métodos: Se desarrolló cultivo primario de células epiteliales de túbulos proximales, obtenidas a partir de corteza renal de ratas de 6 semanas de edad, SHR y controles WKY. Alcanzado 80% de confluencia celular, se dividieron en tres grupos: Control, Tratadas en dos tiempos de estimulación con Losartan (Los) 1x10-5M, 90 min, Angiotensina (AII) 1x10-7 y 1x10-11 M durante 60 y 15 minutos respectivamente. Se realizó: Expresión de AT1, Hsp-70, Nox4, Cav-1 por Western Blot. Interacción de proteínas por Inmunoprecipitación.

Resultados: Demostramos aumento de la expresión de AT1 en SHR vs WKY: 1.71 ± 0.04 $p < 0.001$. En presencia de Los (1x10-5M, 90 min) se observó incremento en la expresión de Cav-1 en SHR+Los vs SHR (0.74 ± 0.012 vs 0.48 ± 0.02) $p<0.0001$ asociado a un incremento de Hsp-70 en fracción de membrana (SHR+Los vs SHR 1.80 ± 0.08 $p<0.0001$ n=3). Disminución de Hsp-70 en fracción citosólica de SHR+Los vs SHR 0.78 ± 0.04 vs 1.00 ± 0.02 $p<0.0001$ n=3, permitió confirmar la translocación de Hsp-70 a fracción de membrana. Fue demostrado descenso en la expresión de Nox4 en fracción de membrana de SHR+Los vs SHR 0.24 ± 0.096 $p<0.0001$ n=3, asimismo descenso de Nox4 en SHR Los+AII (Los1x10-5M 90min, AII:1x10-7 M 60min) vs grupo SHR+AII(1x10-7,60min), 1.3 ± 0.12 vs 2.16 ± 0.02 $p<0.0001$, n=3. A fin de demostrar la participación del complejo Hsp 70-CHIP en la regulación negativa de la expresión de Nox 4 en membrana de células epiteliales de túbulos proximales de SHR+Los, se realizó inmunoprecipitación de Nox 4 con las proteínas CHIP-Hsp 70, observándose aumento de la expresión de CHIP asociado a disminución de Nox 4.

Conclusiones: Mediante la inhibición del receptor AT1 de AII demostramos disminución en la expresión de Nox4 asociado a traslocación e interacción tardía con Hsp 70 y CHIP en membrana de células epiteliales de túbulos proximales por efecto Losartan. Sugerimos la participación de CHIP en la inducción a la degradación protesómica de Nox 4 por poliubiquitinación.

Trabajo Libre Nº38

FACTORES DE RIESGO EN UNA POBLACIÓN HIPERTENSA EN LA CIUDAD DE CONCORDIA

FORTE, EZEQUIEL HERNÁN | PEDROZA, CARLOS | LÓPEZ BULLO, FEDERICO | OLIVA, MARTIN
REGIONAL RIO URUGUAY

Objetivos: Evaluar los factores de riesgo en una población de pacientes hipertensos que concurrieron al control en forma voluntaria. Compararlos con una población sin ese antecedente.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de al base de datos tomada en el contexto de una carpa saludable, colocada en la peatonal de Concordia (Entre Rios) y realizada durante la II jornada de la Regional Río Uruguay de la SAC. Se compararon pacientes con y sin antecedentes de hipertesión arterial (HTA).

Resultados: Se evaluaron durante 5 horas a 169 pacientes (p). Se obtuvieron datos de antecedentes, factores de riesgo coronarios, tensión arterial (TA), índice de masa corporal (IMC) y perímetro de cintura. El 66,9% (113p) eran mujeres. La edad media fue de $53,7 \pm 16$ (11 – 88) años. Los factores de riesgo cardiovasculares fueron: HTA 50,3% (85p), dislipidemia (DLP) 33,1% (56p), diabetes (DBT) 15,3% (26p) y tabaquistas (TBQ) 23,7% (40p). Se dividieron los resultados en dos grupos: Grupo 1: con antecedentes de HTA, Grupo 2: sin antecedentes de HTA. En la siguiente tabla comparamos las dos poblaciones.

Conclusiones: Los pacientes sin HTA tuvieron un IMC en rango de sobrepeso, mientras que los pacientes con HTA presentaron un IMC de obesidad grado I con mayor prevalencia de obesidad central. Asimismo observamos un mayor porcentaje de factores de riesgo cardiovasculares en la población hipertensa, principalmente en relación con diabetes y dislipidemia.

Trabajo Libre Nº39

PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL CON EL SINDROME METABÓLICO

BELOTTI, PABLO IGNACIO | PERESSOTTI, BRUNO | DEGREGORIO, ALEJANDRO | PARAGANO, EMANUEL | ALASIA, DIEGO | ANGEL, ADRIANA | DELGADO, JORGE | CUROTTO GRASIOSI, JORGE
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: la hipertensión arterial suele coexistir con otros factores de riesgo cardiovasculares, principalmente obesidad y dislipidemia; ésta es una asociación que eleva el riesgo. El objetivo del trabajo fue evaluar la prevalencia y la asociación de hipertensión arterial según los distintos componentes del síndrome metabólico.

Materiales y Métodos: se incluyeron 1157 individuos (37±9 años, 62% hombres) sin enfermedad demostrable. Se registraron las variables que conforme al sexo definen el síndrome metabólico (ATPIII-IDF): perímetro de cintura mayor o igual a 102/88 cm, lipoproteínas de alta densidad menor o igual de 40/50 mg/dl, glucemia mayor o igual a 100 mg/dl y triglicéridos mayor o igual a 150 mg/dl. Se agruparon a los participantes por sexo y se clasificaron en hipertensos, con tensión arterial menor o igual 140/90 mm Hg (JNC 7) y en no hipertensos o controles. Se estableció la frecuencia de cada elemento del síndrome metabólico entre hipertensos y se determinó la prevalencia de hipertensión según cada componente.

Resultados: entre los hombres de la población en estudio se hallaron 133 hipertensos que se compararon con 580 controles: edad: 43 ± 10 vs. 37 ± 9 años, perímetro de cintura mayor o igual 102 cm: 32% vs. 14%, triglicéridos mayor o igual a 150 mg/dl: 39% vs. 20%, glucemia mayor o igual a 100 mg/dl: 29% vs. 5%; todas $p < 0,001$. Entre las mujeres hubo 39 hipertensas que se confrontaron con 405 no hipertensas: edad 44 ± 9 vs. 36 ± 9 años y perímetro de cintura mayor o igual a 88 cm: 46% vs. 16%; ambas, $p < 0,001$. La prevalencia de hipertensión entre hombres fue: 19% general, 35% con perímetro de cintura mayor o igual a 102, 31% con triglicéridos mayor o igual a 150, 57% con glucemia mayor o igual a 100; todas $p < 0,001$ vs. general. En las mujeres, la prevalencia de hipertensión fue: 9% general, 22% con perímetro de cintura mayor o igual a 88; $p < 0,001$.

El análisis multivariado demostró que la edad, la glucemia mayor o igual a 100 mg/dl, los triglicéridos mayor o igual a 150 mg/dl y el perímetro de cintura mayor o igual a 102/88 cm son predictores independientes de hipertensión arterial.

Conclusiones: entre hipertensos los componentes del síndrome metabólico son más frecuentes. Además, especialmente en los hombres, determinan una prevalencia mayor de hipertensión arterial.

Trabajo Libre Nº40

EL TIEMPO DE RESIDENCIA EN ÁREA ENDÉMICA Y SU RELACIÓN CON LA CARDIOPATÍA EN LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

AUGER, SERGIO RICARDO | PAOLASSO, MARÍA FLORENCIA | GOROCITO, MARTA | DIONISIO, GABRIEL FERNANDO | GASTÓN, GOMEZ | OLIVA, MARTÍN | DE ROSA, MIGUEL | STORINO, RUBÉN.

HOSPITAL FRANCISCO SANTOJANNI - INSTITUTO FUNDACIÓN FAVALORO - INSTITUTO SACRE COEUR

Objetivos: Determinar si el mayor tiempo de residencia en área endémica (TRAE) del serológico reactivo para Chagas se asocia a mayor presencia de cardiopatía en el futuro.

Materiales y Métodos: Se incorporaron a protocolo 1182 pacientes (p) que asisten al hospital público durante un período completo de dos años. Variables evaluadas: Edad, Sexo, tiempo de residencia en área endémica (de 1 a 10 años, 11 a 20 años y mayor de 20 años) y lugar de nacimiento. Se clasificó a los p, según consenso de Chagas de la SAC, año 2002 en Período indeterminado (PI): serología reactiva sin cardiopatía. Cardiópatas "A"(CA): Cardiopatía sin dilatación y Cardiópatas "B"(CB) cardiópatas dilatados. A la totalidad se les realizó: Semiología, laboratorio, electrocardiograma, holter de arritmias y ecocardiografía doppler. Metodología estadística: Test de las diferencias de proporciones para comparar porcentajes

Resultados: Se incorporaron 1182 p, de los cuales 656 eran mujeres (55%) con una edad promedio de 44, con un desvio +/- 15,3 años. Pertenecían al grupo indeterminado 594 p (50,3%), cardiópatas "A" 360P (30,5%) y 228 cardiópatas "B" (19,2%). Los 3 lugares de mayor procedencia fueron: Santiago del Estero 241p (20,3%), Noroeste Argentino 228p (19,3%) y Bolivia 202 p (17%). En relación al tiempo de residencia en área endémica en porcentajes, se observó lo siguiente: de 1 a 10 años= 84% PI, 78,3% CA, 62,7% (CB). De 11-20 años= 13%(PI), 12,2% (CA) y 23,3% (CB). Mayores de 20 años= 3% (PI), 9,5% (CA) y 14% (CB). La comparación estadística entre el TRAE y el desarrollo de cardiopatía demostró que, entre PI y CA tuvo una P=0.043 (Diferencia significativa), PI y CB presentó una P=0,015(Diferencia significativa). En relación a los CA vs CB la p fue de 0,613 (no significativa)

Conclusiones: Del total de pacientes evaluados se observó que el mayor tiempo de permanencia en área endémica favoreció significativamente las posibilidades de evolucionar hacia la cardiopatía chagásica y por consiguiente no permanecer en período indeterminado en el futuro.

Trabajo Libre Nº41

EN LOS PACIENTES CHAGÁSICOS ¿HABER NACIDO EN ZONA RURAL Y CON CONTAGIO VECTORIAL, SE ASOCIA A UNA MAYOR PRESENCIA DE MIOCARDIOPATÍA SEVERA?

AUGER, SERGIO RICARDO | PAOLASSO, MARÍA FLORENCIA | SABRA, AMHED | DIONISIO, GABRIEL FERNANDO | DE ROSA, MIGUEL | OLIVA, MARTÍN | STORINO, RUBÉN | GOROCITO, MARTA

HOSPITAL FRANCISCO SANTOJANNI - INSTITUTO FUNDACIÓN FAVALORO - INSTITUTO SACRE COEUR

Objetivos: Determinar si en los pacientes (p) chagásicos, ser oriundo de zona rural y presentar como vìa de contagio a la vectorial, se asocia a una mayor presencia de cardiopatía dilatada, respecto de aquellos nacidos en área urbana con contagio ocasional. Esta hipótesis se plantea porque la miocardiopatía dilatada se asocia a una mayor morbilidad y mortalidad del p chagásico. Por lo tanto, el end point del trabajo consiste en determinar si estas variables podrían intervenir como factores de riesgo para una mayor presencia de cardiopatía severa.

Materiales y Métodos: Se incluyeron p serológicos reactivos para Chagas evaluados en un hospital público entre los años 2007-2009. Las variables evaluadas fueron: Edad, sexo, lugar de nacimiento (rural-urbano), vías de contagio (vectorial, vertical, transfusional y otras). Los estudios realizados fueron: Semiologia, laboratorio, electrocardiograma, Holter de 24 hrs y ecocardiograma doppler. Se consideraron dos grupos: Grupo "A": Serológicos reactivos, sin cardiopatía y cardiópatas no dilatados (con arritmias y/o trastornos de conducción). El Grupo "B": Cardiópatas dilatados. Se utilizó como método estadístico la Razón de Odds y su desvio standar.

Resultados: Se incorporaron 1200p chagásicos. Pertenecían al sexo femenino 689p(57%). Eran oriundos de zona rural, 1035p(86%), siendo la única vía de transmisión posible la vectorial, vs 165p nacidos en zona urbana(14%). Siendo las vías de contagio posible:1) 92p por vía vertical (de madre a hijo)(56%),2) 33 transfusional (20%) y 40 por otras vías (24%).Fueron del Grupo "A" 966 p(80,5%) y del "B": 234p (19,5%).Dentro del Grupo "A" y nacidos en área rural hubo 818p(85%) vs p del mismo grupo oriundos de zona urbana 148p(15%)*. En relación al grupo "B" y nacidos en área rural hubo 217p(93%), vs el mismo grupo nacido en zona urbana 17p(7%)* (*chi2:12,88- p=0,00033/diferencia altamente significativa. OR:2,88 con un intervalo de confianza de1,55-5,17).La edad promedio fue para el grupo "A":44 +/-11 años vs el Grupo "B":42+/-9 años.

Conclusiones: Como resultado de este estudio, los p chagásicos nacidos en zona rural y con vía de contagio vectorial presentan una significativa asociación con la presencia de miocardiopatía dilatada respecto de aquellos nacidos en zona urbana con vías de transmisión de la enfermedad de caracter ocasional. La edad promedio fue similar en ambos grupos, por lo cual no tuvo incidencia en la presencia de cardiopatía. Finalmente, las primeras variables evaluadas podrían actuar como factores de riesgo para llegar a la miocardiopatía chagásica grave (dilatada)

Trabajo Libre Nº42

PRIMER REGISTRO DE PACIENTES CHAGÁSICOS DEL HOSPITAL CASTRO RENDON. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

GUTIERREZ TOBARES, MARIANELA | GAY, HUGO ALBERTO | CATANEO, ADRIÁN | RICOTTO, JUAN CARLOS | PULITA, MIGUEL | TORRES, EMILIANO | DURET, ANA | SOSA, JUAN MANUEL

HOSPITAL CASTRO RENDON

Objetivos: Conocer las características demográficas y detectar signos de cardiopatía en un grupo de pacientes con infección chagásica.

Materiales y Métodos: Desde noviembre 2009 a febrero del 2011 se denunciaron al servicio de epidemiologia 72 pacientes (p) con diagnóstico de chagas por hemoaglutinación indirecta y Elisa. Se realizó encuesta con ficha epidemiológica la que incluye la realización de Electrocardiograma (ECG) y ecocardiograma bidimensional (Eco2D).

Resultados: Se obtuvieron datos de 72 p: 43 (60%) fueron mujeres. La mayoría fueron argentinos y bolivianos, 40 p (57,74%) y 30 p (41,6%) respectivamente. De los argentinos solo 13 (32,5%) pacientes fueron de Rio Negro y Neuquén. A 42 p (59%) se le realizó ECG y Eco2D, de los cuales 12 p (26,19%) presentaron ECG anormal (la bradicardia sinusal y el bloqueo completo de rama derecha con hemibloqueo anterior fueron los más frecuentes, 41,6% y 25% respectivamente). Dos p (4,8%) presentaron dilatación ventricular y deterioro de la función en el Eco2D. De los pacientes con ECG o Eco2D anormal solo 1(7%) fue neuquino.

Conclusiones: Los pacientes portadores de Chagas son en su mayoría provenientes de zonas endémicas, aunque existen casos de chagas autóctono. Los pacientes inmigrantes presentaron con más frecuencia afectación cardiaca. Se proyecta continuar este registro para obtener datos estadísticamente significativos.

Trabajo Libre Nº43

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MÉDICO Y A RECOMENDACIONES HIGIÉNICO DIETÉTICAS, LUEGO DE PRIMER EVENTO CORONARIO AGUDO

CIBALERIO, MARIANO ROBERTO | NOBILIA, NICOLÁS | DEGRANGE, MARCELA | BLANCO, PATRICIA

HOSPITAL NAVAL

Objetivos: Estudios previos demuestran que la adherencia al tratamiento médico (TM) y el cumplimiento de metas en prevención secundaria, reducen significativamente la incidencia de nuevos episodios ateroescleróticos.

Evaluar el cumplimiento de normas de prevención cardiovascular a 6 meses en pacientes hospitalizados que sobreviven a primer evento coronario agudo y su adherencia a TM. Evaluar en el seguimiento la presencia de eventos cardiovasculares (ECV) entre aquellos con y sin cumplimiento de las metas propuestas.

Materiales y Métodos: Estudio observacional que incluyó prospectivamente 92 pacientes entre diciembre de 2009 y septiembre de 2010. Al alta fueron educados sobre factores de riesgo cardiovasculares, (FRC) siendo luego seguidos por sus médicos tratantes; con un seguimiento telefónico a 6 meses. Entre las medidas analizadas se destacan: el cumplimiento de las recomendaciones higiénico-dietéticas (HD) (tabaco, dieta, ejercicio) y los ECV (muerte, revascularización y reinternación).

Resultados: La edad fue 65.4±11.7, 74% del sexo masculino. FRC presentes al ingreso hospitalario: Diabetes 14.1%, Dislipemia 38%, Hipertensión 59.8%, Tabaquismo 40.2% con índice de masa corporal (IMC) 28.3±3.2. Al alta 98.9% recibió Aspirina (AAS), 98.9% betabloqueantes (BB), 100% estatinas (ES) y 97.8% inhibidores de enzima convertidora (IECA). La patología de ingreso fue: Síndrome Coronario Agudo sin supra ST 71% y con supra ST el 29%. En el seguimiento a 10.6 ± 3.1 meses: recibían AAS el 96.7%, BB 88%, ES 91.3% e IECA 80.4%. En relación a las recomendaciones HD: continuaban fumando el 12%, dieta adecuada 28.3%, realización de actividad física 17,4%, el IMC 27.7±2.6. En el seguimiento el 14% presentó ECV, sin observarse diferencias estadísticamente significativas entre aquellos con y sin cumplimiento de las metas propuestas.

Conclusiones: Después de 10 meses de media de seguimiento, el 86% de los pacientes se encontraban libres de eventos. Se observó una alta adherencia al tratamiento médico, no así a las recomendaciones HD. La ausencia de diferencias estadísticas entre ECV y las metas a cumplir podría estar relacionada con el tiempo de seguimiento.

Trabajo Libre Nº44

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN EL TIPO DE PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD CORONARIA

BELOTTI, PABLO IGNACIO | TROSSERO, ROMINA | PERESSOTTI, BRUNO | ABDALA, ANTONIO | DEGREGORIO, ALEJANDRO | CAÑAS, SEBASTIÁN | ANGEL, ADRIANA | CUROTTO GRASIOSI, JORGE
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: determinar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con síndromes coronarios agudos (SCA) comparados con aquellos con angina crónica estable (ACE) y establecer sus eventuales diferencias.

Materiales y Métodos: incluimos a 559 pacientes que fueron sometidos a cateterismo cardíaco durante el período 2001-2007. Se los agrupó según la causa de estudio en SCA (angina inestable e infarto miocárdico agudo con o sin supradesnivel del ST) y ACE. Excluimos los pacientes que se estudiaron por otras causas. Analizamos las siguientes variables: edad, sexo, hipertensión arterial, tabaquismo actual o previo, dislipidemia, diabetes y obesidad. Para evitar diferencias por género el análisis se efectuó en forma separada según el sexo.

Resultados: se ingresaron 487 pacientes con diagnóstico SCA (71% hombres con edad de 63±13 años y 29% mujeres con edad de 70±11 años). Hubo 72 estudios por ACE (78% hombres con edad de 67±11 años y 22% mujeres con edad de 67±11 años). Al comparar las distintas variables entre hombres con SCA vs. ACE sólo se obtuvo diferencia significativa en la edad: 63±13 vs. 67±11 y el tabaquismo: 22% vs. 7%, p<0,02. Entre mujeres con SCA vs. ACE únicamente la obesidad mostró diferencia significativa: 20% vs. 50%, p<0,03. El resto de las variables no fue diferente.

Conclusiones: Los hombres con SCA son más jóvenes y prevalece el antecedente de tabaquismo comparados con los que padecen ACE. En cambio, las mujeres obesas son más frecuentes en el grupo ACE.

Trabajo Libre Nº45

CARDIOPATIA EN EL GERONTE. ANÁLISIS DE UNA DÉCADA

SILVEIRO, SANDRA EDITH | COMAS, ANALIA | FAURE, ROMINA | QUIROGA, BARBARA | GIMENEZ, CARLOS | DIAZ SEOANE, DIEGO
POLICLÍNICA BANCARIA "9 DE JULIO"

Objetivos: Detectar cambios epidemiológicos y de cardiopatía asociada en pacientes (pts)octagenarios a lo largo de la última década

Materiales y Métodos: Se analizaron en forma retrospectiva pacientes hospitalizados en Cardiología con una edad igual o mayor a 80, Período de evaluación: enero del 2000 a diciembre del 2009.
Se evaluaron datos demográficos, epidemiológicos y las principales causas que determinaron su internacíon tanto anualmente como a los largo de los diez años, estableciéndose la prevalencia de la patología a lo largo de la década.

Resultados: n= 1799

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
n	180	179	255	156	177	153
Edad	83.33±4.54	84.76±4.09	84.66±4.17	84.31±4.2	83.44±3.8	85.4±4.681
Mujeres	144(63.35%)	103(57.54%)	136(53.33%)	95(60.84%)	80(54.3%)	84(58.2%)
Insuficiencia cardiaca	105(58.35)	115(64.2%)	150(58.8%)	119(76.3%)	102(57.6%)	97(50.8%)
Cardiopatia isquemica	48(26.7%)	42(23.5%)	86(33.7%)	25(16.1%)	42(23.7%)	35(22.9%)
Bloqueo AV	17(9.4%)	17(9.5%)	12(4.7%)	11(7.1%)	19(10.7%)	12(7.8%)
Sincope	8(4%)	5(2.7%)	3(1.2%)	1(0.6%)	6(3.4%)	2(1.3%)
	2006	2007	2008	2009	p (años 2000-2009	
n	187	172	170	170		
Edad	84.96±4.27	84.15±4.33	85.03±3.74	85.34±3.82	0.001	
Mujeres	100(53.5%)	90(52.3%)	78(45.9%)	76(44.7%)	ns	
Insuficiencia Cardiaca	95(50.8%)	72(48.9%)	94(55.2%)	98(57.6%)	0.0001	
Cardiopatia isquemica	56(24.9%)	24(13.9%)	38(22.3%)	33(19.4%)	0.0001	
Bloqueo AV	14(7.5%)	18(10.5%)	20(11.8%)	22(12.9%)	ns	
Sincope	10(5.4%)	13(7.5%)	12(7.1%)	14(8.2%)	0.001	

Conclusiones:

1. A lo largo de los años observamos un aumento estadísticamente significativo de la media de edad, siendo anualmente pacientes cada vez mas añosos. Más de la mitad de los octagenarios hospitalizados son del sexo femenino.
2. Las cardiopatías que determinan la internación son similares a lo largo de la década, pero la prevalencia de las mismas ha variado hallándose un aumento con significancia estadística de hospitalizaciones por SCA en el año 2002, y de internaciones por ICC en el año 2003. Asismismo se observa un aumento progresivo de los pacientes con síncope, mostrando una hospitalización cercana al 5% en el año 2000, llegando a valores cercanos al 9% en el año 2009.

Trabajo Libre Nº46

ROL MODÉLICO DEL PERSONAL DE SALUD EN EL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO EN UN HOSPITAL NACIONAL

CAISSON, ALEJANDRO MIGUEL | BAVASSO, ELEONORA | GARCÍA, PABLO | ARANCIVA, MERCEDES | MOYANO, OMAR. **HOSPITAL NACIONAL DR. BALDOMERO SOMMER**

Objetivos: En el control de los factores de riesgo erradicables y modificables, el personal de salud, debería tener un rol fundamental mediante el adecuado consejo a los pacientes, respaldado por el ejemplo. Presumimos que un médico que fuma, tiene menos intervención en cesación tabáquica y en caso de tenerla, la misma sería menos efectiva. Del mismo modo, el médico con sobrepeso u obesidad, probablemente tenga una intervención menos efectiva al aconsejar sobre la necesidad de controlar el peso. Evaluar la presencia de factores de riesgo modificables (obesidad – sobrepeso y sedentarismo) y erradicables (tabaquismo) entre personal de salud (médicos y enfermeras) y compararlos con los del resto del personal del hospital

Materiales y Métodos: Realización de relevamiento de factores de riesgo cardiovascular mediante el pesaje y medición para el cálculo del índice de masa corporal y encuesta anónima recolectando datos relacionados con tabaquismo (TBQ) y hábito de actividad física. Consideramos como actividad física ideal a la que se realizaba al menos 120 minutos por semana, al menos 3 veces por semana.
Para el cálculo del grado de adicción al TBQ, se utilizó el test de Fagerström.

Resultados: Fueron relevados 238 trabajadores (t) del hospital de diferentes áreas, 93 hombres y 145 mujeres con una edad promedio de 38,79 años (rango 19 – 72)
La presencia de FRC evaluada globalmente fue la siguiente:
En relación al tabaquismo 81 t (34%) fuman, la edad promedio de inicio fue de 18,4 años (rango 11 - 49) y la cantidad promedio de cigarrillos/día fue de 13,8. 51 t (62,96%) intentaron previamente dejar de fumar sin resultado al menos 1 vez y 57 t (70,37%) estaría dispuesto a abandonar el hábito en los próximos 30 días. Del cálculo del nivel de adicción mediante el test de Fagerström se obtuvo que de los 81 tabaquistas, 66 t (81,48%) tenían un nivel de adicción leve, 13 t (16,04%) un nivel moderado y 2 t (2,46%) un nivel severo. Con respecto a la actividad física regular, 108 t (45,37%) refieren cumplirla. Del cálculo del IMC, 82 t (34,45%) tienen sobrepeso y 64 t (26,89%) se encuentran en rango de obesidad. 4 t no accedieron a pesarse. Se evaluaron en forma separada por un lado médicos y enfermeras (Grupo A) y por el otro al resto del personal (Grupo B) obteniendo los siguientes datos.

Grupo A.

- Total 63, 19 hombres y 44 mujeres con una edad promedio de 42,05 años.
- 27 (42,9 %) fuman. La edad promedio de inicio fue a los 18,26 años.
- La cantidad diaria promedio fue de 12,22 cigarrillos.
- El 66,66% (18) tendrían intención en dejar de fumar el los próximos 30 días.
- El promedio de intentos de cesación previos fue de 1,33.
- El Fagerström promedio fue 2,22. El IMC promedio fue de 27,83.
- El 34,92% (22) realizan actividad al menos 120 minutos semanales.

Grupo B.

- Total 175, 74 hombres y 101 mujeres con una edad promedio de 37,62 años.
- 54 (30,9%) fuman. La edad promedio de inicio fue a los 18,46 años.
- La cantidad diaria promedio fue de 14,62 cigarrillos.
- El 52,7% (39) tendrían intención en dejar de fumar en los próximos 30 días.
- El promedio de intentos de cesación previos fue de 1,57.
- El Fagerström promedio fue 2,57. El IMC promedio fue de 26,86.
- El 49,14% (86) realizan actividad física al menos 120 minutos semanales.

Conclusiones:

- El personal de salud fuma más y tiene escores de adicción e IMC similares, y niveles de sedentarismo mayores al del personal no médico, aunque estaría dispuesto a dejar de fumar en mayor proporción.
- Probablemente el incumplimiento de pautas de vida saludable del personal de salud puedan debilitar el consejo sobre las mismas.

Trabajo Libre Nº47

COMPORTAMIENTO DE LA FRECUENCIA CARDIACA ANTE JUEGOS DE AZAR

ACUÑA, LUCIANO RAÚL | GIMENEZ, LUISA | MITELMAN, JORGE | PALACIOS, KARINA | CALERO, SUSANA | PERRONE, HEBE | DÉBOLI, ALBERTO

CARRERA DE PSICOLOGÍA - INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUNDACIÓN H. A. BARCELO - CENTRO DE ASISTENCIA CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN DE LAS SOCIOADICCIONES - INVESTIGACIÓN CLÍNICA - INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUNDACIÓN H. A. BARCELO - UNIDAD CARDIOLOGÍA - HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS "TEODORO ÁLVAREZ"

Objetivos: Determinar la respuesta de la frecuencia cardiaca en ludópatas ante una exposición a situación de stress sostenida.

Materiales y Métodos: Se incluyeron en el estudio una población de 77 individuos, 21 jugadores ocasionales, 15 habituales no patológicos y 41 ludopatas, 39 varones, con edad promedio 47 años (20 a 55 años). Sin antecedentes reconocidos de cardiopatías. Se administró a todos los pacientes el test: SOGS. Cuestionario de South Oaks Gambling Screen (adaptación y valoración de Echeburúa y Baez 1993). La Puntuación está determinada por el número de preguntas en un total de 19 puntos, 4 o más = Probable Jugador Patológico. Se realizó examen clínico completo y se los sometió a la prueba de juegos de carta computarizados. Se tomó la presión (Normal 120/80 mmHg.) y la frecuencia cardiaca antes, durante, inmediata y a los 5 minutos de finalizada. Todos firmaron el consentimiento escrito.

Resultados: El aumento de la frecuencia cardiaca durante el juego fue superior en jugadores habituales no patológicos que en los ocasionales, y significativamente mayor en ludópatas que en el resto de los sujetos; el 82 % de los jugadores compulsivos tuvieron respuestas anormales (incremento TAS> 30 mmhg y taquicardia sinusal> 110 lpm) versus 9% del grupo ocasional y 12% grupo habituales no patológicos.

Conclusiones: La falta de capacidad adaptativa de los jugadores compulsivos con respuesta hiperadrenergica en forma sostenida en el tiempo podrían per se predisponer a cambios estructurales definitivos.

Trabajo Libre Nº48

DIAGNÓSTICO DE EGRESO EN UNIDAD CORONARIA ¿EXISTEN DIFERENCIAS DE ACUERDO AL GÉNERO?

MEZZADRA, MARÍA DE LA CRUZ | GOMEZ SANTAMARIA, HÉCTOR | GRANADA, CAROLINA | CHARASK, ADRIÁN | RODRIGUEZ, SANTIAGO | FAIRMAN, ENRIQUE | MAURO, VICTOR | BARRERO, CARLOS

CLÍNICA BAZTERRICA

Objetivos: Evaluar: 1) Prevalencia de los principales diagnósticos de egreso de UCO de acuerdo al género; 2) distribución etaria y 3) evolución clínica.

Materiales y Métodos: Material y métodos: Se evaluaron 2636 pts en un solo centro a través de la epicrisis computada (Epi-Cardio) desde el año 2006 a 2009,edad 65a (54-77), H (hombres)=64,5% (64a) y F (femenino)=35,5% (69,5a), p<0,001.

Resultados: Los diagnósticos de mayor prevalencia en UCO son: arritmias, SCA (sindrome coronario agudo), ATC(angioplastia coronaria) e insuficiencia cardíaca, sin embargo en los H prevalecen los SCA y en F las arritmias. Asimismo, las F tienen más insuficiencia cardíaca y pertenecen a un grupo etario mayor que los H. Las F presentan el doble de mortalidad que H (2,9% vs. 1,4% OR=2,1 IC95% 1,2-3,8, p<0,001) .

Tabla 1: *diferencia entre H y F diagnóstico y edad.

Diagnóstico de egreso	Total (N:2636) %	Edad mediana	H (N:1700) %	Edad mediana H	F (N:936) %	Edad mediana F	P*
Arritmia	21	67	19	65	26	70	<0,001
SCA	20	63	22	62	15	69	<0,001
ATC programada	14	64	17	63	8	65	<0,001
Insuf. cardiaca	13	79	11	77	17	82	<0,001
Dolor no coronario	11	58	10	57	13	60	<0,05
Cirugia cardiovas.	8	63	10	64	6	61	<0,001
Sincope	4	78	3	76	5	79	<0,01
Otros	9	64	8	63	10	69	NS

Conclusiones: La prevalencia de los principales diagnósticos de egreso de UCO varía de acuerdo al género. F peretenecen a un grupo etario mayor y de peor evolución clínica. Implicancia clínica: El género tiene aspectos particulares que deben ser analizados separadamente para cada patología.

Trabajo Libre Nº49

EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL INTERVALO DESDE EL QRS AL INICIO DE LA ONDA DE PULSO CAROTÍDEA CON EL RESULTADO DEL TILT TEST EN 100 PACIENTES Y GRUPO CONTROL

PAOLASSO, MARÍA FLORENCIA | ESTEVEZ, ARIEL | TERRAGNO, ALICIA | TORRES, PABLO | TORREJÓN, NICOLE | VILLAMIL, ALEJANDRO | PERONA, CARLOS | FLAMENGO, JUAN MARTÍN

HOSPITAL FRANCISCO SANTOJANNI

Objetivos: Profundizar en la utilidad de este novel parámetro en un mayor número de pacientes comparados con un grupo control.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, abierto, grupo - control, sobre 100 pacientes con historia de síncope comparada con un grupo de 28 sin síncope. Se realizó Tilt Test convencional registrando simultáneamente la frecuencia cardíaca, tensión arterial sistólica y diastólica, y onda de pulso carotidea con polígrafo multicanal digital. Un análisis estadístico evaluó la capacidad del retraso mayor de 25 mseg en la aparición de la onda de pulso desde el inicio del QRS para predecir el resultado del Tilt Test en los primeros 5 minutos de la inclinación.

Resultados: No hubo diferencias estadísticamente significativas en las características poblacionales de ambos grupos. El único parámetro estadísticamente significativo relacionado con el resultado del Tilt Test fue el retraso desde el QRS al inicio de la onda de pulso carotidea (>25 mseg) dentro de los primeros 5 minutos (p=0,001)

Conclusiones: El retraso en la onda de pulso identificó correctamente al 78% de los pacientes con historia de síncope y Tilt Test positivo y a los 2 que desarrollaron síncope del grupo control.

Trabajo Libre Nº50

¿CONTROL DE RITMO, CONTROL DE FRECUENCIA, A QUÉ FRECUENCIA? ANÁLISIS INTERINO DEL REGISTRO NACIONAL DE FIBRILACIÓN AURICULAR (RENAFA)

DI TOMMASO, FERNANDO ARIEL | LEON, C | FORNES, J | OLIVA, M | FAVA, G | AGUIRRE, A | FORTE, E | IGLESIAS, R. **SAC**

Objetivos: Los pacientes con fibrilación auricular (FA) han sido objeto de estudio en numerosos ensayos clínicos. Uno de los temas aún controversial es la elección de una estrategia de control del ritmo versus control de frecuencia cardiaca (FC), y en tal caso cuál es la FC óptima a alcanzarse. En nuestro país no disponemos de datos observacionales actualizados, representativos de la población, que reflejen el manejo de los enfermos con FA. El objetivo de este análisis fue evaluar estrategias de manejo en pacientes con FA, especialmente en lo relativo al control de ritmo y control de FC, así como los determinantes de esta elección.

Materiales y Métodos: Se realizó un registro prospectivo multicéntrico desde agosto 2010, con datos provistos por médicos cardiólogos de los Distritos SAC, sobre pacientes con diagnóstico de FA. Se excluyó FA secundaria, postquirúrgica, FA diagnosticada en los 3 meses previos a la inclusión. Para este análisis se consideraron los casos registrados hasta febrero de 2011 y se excluyeron los pacientes con aleteo. Se evaluaron las estrategias de control de ritmo y control de FC y se construyó un modelo de regresión logística múltiple para identificar las variables asociadas a la implementación de una u otra estrategia.

Resultados: Se analizaron 785 pacientes; 14% internados y 86% ambulatorios. La edad fue de 69.3 ± 14 años (70.3% mayores de 65 años), la mayoría hombres (56.8%). La prevalencia de HTA fue 72.4%, diabetes 14.8%, dislipidemia 45.1% y enfermedad coronaria 18.6%. El 42.7% tenía historia de insuficiencia cardiaca, el 49.9% de alguna miocardiopatía, el 16.0% de valvulopatía (2.0% reumática), el 6.9% de ACV y el 3.6% de AIT. La FEVI, evaluada en 446 pacientes era normal en 53.6%, leve en 15.9%, moderada en 24.4% y severa en 6.1%. Los síntomas reportados fueron palpitaciones (46.9%), disnea (41.5%) y fatiga (14.3%). De acuerdo al score CHADS2, 106 pacientes (13.5%) fueron catalogados como 0, 233 (29.7%) como 1 y los restantes 446 (56.8%) como 2 o ó más. La arritmia fue clasificada como paroxística en el 25.6%, persistente en el 14.6% y permanente en el 59.8%. La estrategia de control de ritmo se aplicó en 335 enfermos (42.7%), más frecuentemente mediante cardioversión farmacológica; el control de FC fue instituido en los restantes 450 pacientes (57.3%). Los fármacos más empleados fueron amiodarona (40.1%), carvedilol (32.9%), digoxina (21.8%) y atenolol (19.9%). Se anticoagularon 464 enfermos (59.1%): 47.8%% en el grupo control de ritmo y 67.6% en el de control de frecuencia (p menor 0.0001). A partir del ingreso se planificó realizar los siguientes procedimientos: cardioversión eléctrica en el 9.2% de los pacientes, ablación por radiofrecuencia de FA en el 2.9%, ablación del NAV y colocación de marcapasos en el 0.5% y cirugía de FA en el 0.5%. La FC fue significativamente más baja en los asignados a control de FC comparados con los de control de ritmo (84.5 ± 21.6 vs. 96.2 ± 31.9, p menor 0.001). Del grupo control de FC, el 86.9% tenía una FC menor a 110 lpm, el 66.9% menor a 90 lpm y el 46.7% menor a 80 lpm. Las siguientes variables fueron predictores independientes de la implementación de la estrategia de control de frecuencia: edad mayor 65 años (OR=1.9, IC95%=1.3-2.7) e insuficiencia cardiaca previa (OR=1.9, IC95%=1.3-2.8).

Conclusiones: Este análisis interino del RENAFA muestra que menos de la mitad de los pacientes son abordados con una estrategia de control de ritmo; el método más frecuente la cardioversión farmacológica y rara la ablación por radiofrecuencia. De los pacientes asignados a control de FC, 2 de cada 3 tienen una FC menor a 90 lpm y los factores independientes asociados a esta estrategia son la edad y la historia de insuficiencia cardiaca.

Trabajo Libre Nº51

VALOR PRONÓSTICO DEL SEGMENTO ST EN EL CURSO DE TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES

RIVERA, SANTIAGO HORACIO | SCAZZUSO, FERNANDO | ALBINA, GASTÓN | KLEIN, ANDRÉS | SAMMARTINO, VICTORIA | LAIÑO, RUBÉN | GINIGER, ALBERTO

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES

Objetivos: Determinar la capacidad del infradesnivel del segment ST (IST), en el curso de taquicardias supraventriculares (TSV), de predecir: Eventos coronarios, necesidad de revascularización cardiaca, insuficiencia cardíaca y mortalidad de origen cardíaco y total.

Materiales y Métodos: Fueron incluidos pacientes seleccionados para ablación por radiofrecuencia de TSV. Solo aquellos con diagnóstico de taquicardia por reentrada nodal fueron considerados. Se excluyeron aquellos con bloqueo preexistente de rama del haz de His y reentradas AV por participación de vías accesorias. Se analizaron las diferentes morfologías del segmento ST y las variaciones en ciclo RR de la arritmia. En el seguimiento promedio de 5 años se evaluó la incidencia de sindromes coronarios agudos (angina inestable o infarto de miocárdio), necesidad de revascularización miocárdica percutánea o quirúrgica, mortalidad total y de origen cardiaco. Fueron comparados dos grupos: El grupo A, quienes presentaron IST patológico (horizontal o descendete) vs. el grupo B, quienes no presentaron IST o presentarion IST ascendente.

Resultados: Total de 68 pacientes, edad (49,57 +/- 13 años); 66,3% sexo masculino. El grupo A demostró una incidencia de angina inestable de 0%; ninguno requirió revascularización miocárdica percutánea; La mortalidad total fue de 0%; ninguno desarrolló insuficiencia cardiaca. El grupo B presentó una edad promedio mayor (55.47 +/- 11,1años); 82,76% sexo masculino; incidencia de angina inestable (9,38%); necesidad de revascularización (11.82%); Insuficiencia cardiaca (2,56%) y mortalidad total (3,12%).

Conclusiones: El grupo B (IST no patológico o ausencia de IST) presentó mayores tasas de eventos coronarios y requerimientos de revascularización miocárdica. La mortalidad total en este grupo fue mayor. El grupo A (IST patológico) presentó una tasa de mortalidad de 0% y una incidencia de sindromes coronarios agudos y necesidad de revascularización miocardica también de 0% durante el seguimiento. Este análisis demuestra que el IST en el curso de taquicardias por reentrada intranodal no logró predecir mayores tasas de mortalidad e incidencia de síndromes coronarios o necesidad de revescularización miocárdica. Estos resultados sugieren que el IST no es un marcador de riesgo en esta población y no posee verdadero valor pronóstico.

Trabajo Libre Nº52

RELACIONES MORFOLÓGICAS DEL SEGMENTO ST EN TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES

RIVERA, SANTIAGO HORACIO | SCAZZUSO, FERNANDO | ALBINA, GASTÓN | KLEIN, ANDRÉS | SAMMARTINO, VICTORIA | LAIÑO, RUBÉN | GINIGER, ALBERTO

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES

Objetivos: El infradesnivel del segmento ST (IST) es un marcador de riesgo conocido en sindromes coronarios agudos. Sin embargo, su valor durante el curso de ciertas arritmias permanence incierto. El objetivo de este estudio es determinar las diferentes morfologías del IST y su prevalencia en taquivardias supraventriculares. A su vez, analizar las características clínicas de la población que lo desarrolla.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes seleccionados para ablación por radiofrecuencia de taquicardias paroxísticas supraventriculares. Solo se tuvieron en consideración las taquicardias por reentrada nodal. Se analizaron factores de riesgo cardiovascular (FRC), antecedentes coronarios (AEC) y el ciclo RR durante la taquicardia. El IST fue definido como mayor o igual a 0,1mv en dos o más derivaciones contiguas, tomado 80mseg luego del punto J. Las morfologías horizontales y descendentes se consideraron como patológicas, mientras que las ascendentes no. Se comparó la población que desarrolló IST patológico vs. aquellos que no desarrollaron IST o presentaron un IST no patológico

Resultados: Total de 162 pacientes, (edad 47.54+/-19 años), 67.6% sexo femenino, 41.89% presentaron FRC y 8.41% AEC; 39.86% presentaron IST (10.13% ascendente, 6.81% descendente y 25.67% horizontal). El grupo sin IST presentó mayor edad, FRC y AEC. Aquellos en el grupo sin IST fueron más jóvenes (45 +/- 17 vs. 50+/-16 años, p= 0.05) y presentaron menor FRC (49.51% vs. 25%, p= 0.04). El IST patológico tuvo una prevalencia del 34.56% (56 casos); Estos fueron aún más jóvenes comparados con aquellos con IST no patológico o sin IST (43 +/- 17 vs. 50+/-16 años, p= 0.03), y presentaron mayor prevalencia de sexo femenino (83 % vs. 65%, p= 0.04), con un ciclo RR durante la taquicardia más corto (277.5mseg vs. 370.6mseg, p=0.001).

Conclusiones: Casi la mitad de los pacientes presentaron infradesnivel del segmento ST. Este fenómeno se observó en pacientes jóvenes con menos factores de riesgo cardiovascular y antecedentes de enfermedad coronaria, a ciclos RR más cortos durante la taquicardia, que en los pacientes sin desnivel del ST. Estos resultados sugieren que el IST es un fenómeno intimamante ligado a la frecuencia cardíaca, observándose preferentemente en poblaciones más sanas y cuestionando su valor como marcador de riesgo coronario durante el curso de taquicardias por reentrada nodal.

Trabajo Libre Nº53

EL PLEXO DE LA VENA CAVA: EVIDENCIA ELECTROFISIOLÓGICA

RIVERA, SANTIAGO HORACIO | SCAZZUSO, FERNANDO | ALBINA, GASTÓN | SAMMARTINO, VICTORIA | LAIÑO, RUBÉN | GINIGER, ALBERTO

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES

Objetivos: Las fibras de los nervios Vago y Frénico tienen íntima relación con la Vena Cava Superior (VCS) y Vena Cava Inferior (VCI). Sin embargo, la existencia de un plexo nervioso que conecte ambas estructuras permanece incierta.

Nuestro objetivo es demostrar la presencia de dicho plexo, en pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular (FA) seleccionados para aislamiento de venas pulmonares (AVP), donde el aislamiento conjunto de la VCS demostró una mayor tasa de éxito.

Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes seleccionados para AVP en el período comprendido entre mayo 2009 y enero 2011. La actividad eléctrica de VCS y VCI fue objetivada mediante el posicionamiento de un catéter circular multipolar (Optima, ST. Jude Medical) dentro de ambos vasos, a dos centímetros de su desembocadura en la aurícula derecha. Definimos actividad eléctrica como el registro de potenciales por el catéter circular en ambas venas, tanto en ritmo sinusal como en FA. Luego de realizar el aislamiento de las venas cardíacas, se evaluó nuevamente la presencia de potenciales.

Resultados: De un total de 107 pacientes, la actividad eléctrica de VCS fue valorada en solo 42 pacientes (39,25%); 90.47% sexo masculino; Edad 48 +/- 8,4 años; 73.80% FA paroxística. Un total de 16 pacientes (38.09%) presentaron actividad eléctrica en VCS (68.75% FA paroxística); 9 pacientes (56,25%) presentaron actividad eléctrica concomitante en VCI. Se logró el aislamiento de la VCS en la totalidad de los casos.

En 100% de los casos, la actividad en VCI fue suprimida tras el aislamiento eléctrico de la VCS.

Conclusiones: En casi la mitad de los pacientes se observó actividad eléctrica en VCS, de los cuales el 50% presentó actividad concomitante en VCI. La actividad eléctrica de VCI fue suprimida en la totalidad de los casos, luego del aislamiento de la VCS.

Estos resultados podrían sugerir la existencia de un plexo conectando ambas estructuras.

Trabajo Libre Nº54

REVISIÓN DE LAS VARIACIONES ANATOMICAS DEL DRENAJE VENOSO DE LA AURÍCULA IZQUIERDA POR MAPEO ELECTROANATÓMICO

RIVERA, SANTIAGO HORACIO | SCAZZUSO, FERNANDO | ALBINA, GASTÓN | SAMMARTINO, VICTORIA | LAIÑO, RUBÉN | GINIGER, ALBERTO

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES

Objetivos: Analizar el patrón de drenaje de las venas pulmonares durante la fusión de imágenes del mapeo electro anatómico y la tomografía computada multi corte (TCMC).

Materiales y Métodos: Se analizaron TCMC de 107 pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular (FA) desde marzo del año 2009 hasta Enero del 2011, elegidos para aislamiento por radiofrecuencia de venas pulmonares. Las imágenes fueron fusionadas con aquellas obtenidas en la reconstrucción electro anatómica con el sistema En-Site (Nav X). Se consideró el número de ostiums pulmonares del lado derecho e izquierdo y la presencia de troncos comunes, determinando así sus variantes más frecuentes.

Resultados: El 55,1% presentaron 2 ostium de drenaje del lado izquierdo correspondientes a las venas pulmonares superior e inferior; 89.48% presentaron 2 ostiums de drenaje del lado derechos.

La presencia de un ostium común izquierdo se observó en el 28.4% de los casos; 16.5% presentaron un tronco común izquierdo; 5,32% presentaron ostium común derecho y 4.2% presentaron un tercer ostium de drenaje de lado derecho. Solo un paciente presentó un tronco común bilateral.

Conclusiones: La presencia de cuatro ostiums pulmonares continúa siendo la anatomía mas frecuente de la aurícula izquierda. Las variantes anatómicas observadas en este estudio fueron la presencia de un ostium común izquierdo, tronco común izquierdo, ostium común derecho, en ese orden, y en menor frecuencia la presencia de un tercer ostium de drenaje de lado derecho correspondiente a la vena pulmonar media. Solamente en un caso se visualizó un tronco común de cada lado de la auricula izquierda.

Trabajo Libre Nº55

EL ÍNDICE ALBÚMINA/CREATININA URINARIA PREDICE LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST.

HIGA, CLAUDIO CÉSAR | CATALANO, MARÍA PAULA | KOROLOV, EUGENIO | NOGUES, IGNACIO | RIZZO, NATALIA | GAMBARTE, JIMENA | DONATO, MARÍA SOL | COMIGNANI, PABLO. **HOSPITAL ALEMÁN**

Objetivos: Introducción: La identificación de predictores de cirugía de revascularización miocárdica (CRM) en síndromes coronarios agudos sin supradesnivel del segmento ST podría ser de utilidad al momento de decidir la estrategia antitrombótica al ingreso y reducir así el riesgo hemorrágico post operatorio. Objetivo: Identificar variables predictoras de realización de cirugía de revascularización miocárdica durante la internación en pacientes con síndromes coronarios agudos sin supradesnivel del segmento ST.

Materiales y Métodos: Se analizaron 305 pacientes con sindromes coronarios sin supradesnivel del segmento ST incluidos en forma prospectiva y consecutiva en nuestra Unidad Coronaria, a los que se les realizó la medición del índice albúmina/creatinina urinaria (IAC) al ingreso. La misma fue analizada por método de inmunoturbidimetría. Se determinó el mejor valor de corte de IAC asociado a la ocurrencia de CRM por análisis del Área Bajo la Curva ROC.

Resultados: De la población analizada, el 60 % eran varones, la edad promedio fue de 64,4 ± 12 años. 65 % eran hipertensos, 20 % diabéticos , 55 % dislipidémicos, 40 % eran tabaquistas y un 25% tenían antecedentes de infarto. El 23 % presentaron desniveles del segmento ST. Al ingreso un 97,7 % estaba en Killip I . Con respecto al tratamiento instaurado el 100 % recibió aspirina, 96,6% beta bloqueantes, 62% IECA/ARA II el 39%, Clopidogrel 96%, heparinas 66% y estatinas 99%. El 90 % tenía Fey normal (>50%). De los que fueron estudiados con cinecoronariografía (el 52%), 7 % presentaron enfermedad de tronco de coronaria izquierda y el 15 % enfermedad de tres vasos. El 12 % fue sometido a cirugía de revascularización miocárdica. Por Area bajo la curva ROC el mejor valor de corte de IAC asociado a cirugía de revascularización miocárdica fue de 5 mg/g. El porcentaje de pacientes que se sometieron a cirugía de revascularización miocárdica con IAC<o= 5 mg/g fue de 6% y de 19% en los con IAC > a 5 mg/g. Por análisis univariado las variables asociadas significativamente a cirugía de revascularización miocárdica fueron: diabetes , uso de AAS previa , Troponina T máxima, IAC e infradesnivel del ST. Por análisis realizado mediante un modelo regresión logística por método de step wise, el IAC se asoció independientemente a CRM durante la internación: OR 3 (IC 95% 1.7-7.2, p 0.006).

Conclusiones: En nuestra cohorte prospectiva de pacientes con síndromes coronarios agudos sin supradesnivel del segmento ST el IAC se relacionó en forma independiente a otras variables relevantes con la realización de CRM durante la internación.

Trabajo Libre Nº56

ANEMIA COMO PREDICTOR INDEPENDIENTE DE MORTALIDAD EN EL SEGUIMIENTO AL ALTA DE PACIENTES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA.

VILLARREAL, RICARDO ALFREDO | CAPECCE, MATIAS | SOSA, ARIEL | MORÔS, CLAUDIO | RACKI, MARIO | SOSA LIPRANDI, MARÍA INÉS | MELE, EDUARDO | SOSA LIPRANDI, ÁLVARO
SANATORIO GUEMES

Objetivos: Evaluar si la anemia se relaciona con la mortalidad en el seguimiento posterior al alta de pacientes (p) internados por insuficiencia cardiaca descompensada.

Materiales y Métodos: El servicio de cardiología cuenta con un registro prospectivo de variables clínicas, bioquímicas y terapéuticas de p internados por insuficiencia cardiaca descompensada. Durante el periodo comprendido entre mayo de 2007 y noviembre de 2010 se registraron 243 p, 212 de los cuales obtuvieron el alta. Fueron contactados telefónicamente en el seguimiento 183 p (86%) registrando, en caso de óbito, la fecha de fallecimiento. Se definió anemia al hallazgo valores de hemoglobina <11 mg/dl durante la internación. Se realizó análisis de supervivencia de Kaplan-Meier. Para evaluar la relación entre anemia y mortalidad se calculó Hazard Ratio (HR) ajustado por edad, sexo, etiología de la insuficiencia cardíaca e internaciones previas por tal motivo, diabetes (DBT), insuficiencia renal crónica (IRC), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hiponatremia (Na<135 mEq/L), hipotiroidismo, disfunción sistólica, bloqueos de rama y ritmo de marcapasos en un modelo multivariable utilizando Análisis Proporcional de Cox. En todos los casos se consideró significativo un valor p<0,05.

Resultados: La edad promedio fue de 67,0±15 años y el 61,2 % eran hombres (n=112). Etiologías: 36,6% isquémico-necrótica (n=67), 26,8% hipertensiva (n=49), 21,3% valvular (n=39), 7,1% Chagásica (n=13) y el 8,2% otras etiologias (n=15). El 51,4% tenían internación previa (n=94), 28,4% DBT (n=52), 15,3% IRC (n=28), 9,3% EPOC (n=17), 27,9% hiponatremia (n=54), 6% hipotiroidismo (n=11), 43,6% disfunción sistólica severa (n=79), 18,6% disfunción sistólica moderada (n=34), 9,3% disfunción sistólica leve (n=17), 26,8% bloqueo de rama (n=49), 12% marcapasos (n=22). El 24% tenían anemia (n=44). La mediana de seguimiento fue de 27 meses. Fallecieron 48 p. Supervivencia al año de seguimiento: con anemia 56% y sin anemia 80%. Log Rank p=0,0065. El HR crudo de la relación entre anemia y mortalidad fue de 2,24 (IC95%=1,2-4,0; p=0,008) y el HR ajustado fue de 4,14 (IC95%=1,8-9,3; p=0,001).

Conclusiones: La presencia de anemia en pacientes internados por insuficiencia cardiaca descompensada se comportó como predictor independiente de mortalidad en el seguimiento posterior al alta.

Trabajo Libre Nº57

¿ES IMPRESCINDIBLE EL MONITOREO CON SWAN GANZ EN EL POSOPERATORIO DE REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO CON BUENA FUNCIÓN VENTRICULAR?

LIVOV, JAVIER DAVID | COSTABEL, JUAN PABLO | CONDE, DIEGO | BENZADÓN, MARIANO | THIERER, JORGE | NAVIA, DANIEL | TRIVI, MARCELO. **INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES**

Objetivos: El monitoreo hemodinámico con catéter de Swan Ganz (SG) es frecuente en el posoperatorio de cirugía valvular. Su beneficio real es cuestionado por las potenciales complicaciones y su uso queda a criterio del equipo quirúrgico de cada institución. El objetivo es describir las condiciones hemodinámicas que presentaron en nuestro centro los pacientes (P) sometidos a recambio valvular aórtico (RVA) con función sistólica del ventrículo izquierdo (FSVI) conservada o leve en los que se colocó SG y analizar el beneficio de su utilización.

Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente 91 P con FSVI conservada o leve (fracción de eyección > 50 %) sometidos a RVA entre enero de 2008 y diciembre de 2009, independientemente de la etiología y de la prótesis utilizada. Del total, se seleccionaron los 30 (27.3%) en los que se utilizó SG. Se dividió la muestra según riesgo preoperatorio con Euroscore logístico (< 5 % bajo riesgo, 5 a 10 % moderado riesgo, > 10 % alto riesgo), resultando 12 (40%), 9 (30%) y 9 (30%) P respectivamente. Se analizaron los parámetros del SG (volumen minuto, presiones de lleno, resistencias) en el primer y segundo día posoperatorios, la incidencia de complicaciones posquirúrgicas, infecciones endovasculares o trombosis peri catéter y los días de recuperación cardiovascular, internación y SG.

Resultados: 23 P (77%) presentaron hemodinamia en rango normal, evolucionando 4 de ellos con síndrome vasopléjico (SV) y 2 con hipovolemia. Otros 5 (17%) presentaron inicialmente hipovolemia; 4 normalizaron los parámetros y 1 evolucionó con SV. Dos P (7%) presentaron de inicio SV evolucionando ambos hacia la normalidad. No hubo casos de bajo gasto. No hubo relación entre los trastornos hemodinámicos y el Euroscore.

Las complicaciones más comunes fueron plaquetopenia (60%), disfunción renal (50%) y fibrilación auricular (37%). No se registraron infecciones endovasculares ni trombosis asociada a catéter.

La mediana de días de recuperación cardiovascular fue de 1, la de internación 5,5 y la de SG de 1.

Conclusiones: La baja tasa de complicaciones hemodinámicas en el posoperatorio inmediato de cirugía valvular aórtica con FSVI conservada o leve, sugiere que su uso rutinario no es necesario, incluso en los P de riesgo elevado. Estudios de mayor envergadura son necesarios para confirmar esta hipótesis.

Trabajo Libre Nº58

Características Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA

METTINI, SILVANA | PIANCIOLA, FEDERICO | VILLANUEVA, ISABEL | LATRONICO, LOURDES | BUÑAY, ALVARO | URDAPILLETA, MARCELA | GAMBAZZA, NICOLÁS | HERRERA PAZ, JUAN JOSÉ
INSTITUTO SACRE COEUR

Objetivos: Evaluar las características y evolución de pacientes (pac) internados por IC aguda.

Materiales y Métodos: Se evaluaron retrospectivamente 404 pac con diagnóstico al alta de insuficiencia cardíaca aguda. Las internaciones fueron consecutivas, por primera vez en nuestro centro, desde abril de 2003 hasta diciembre de 2008. Se realizó seguimiento telefónico al 82,4% de los pac, con una media de 31.9 meses, evaluando reinternaciones y mortalidad.

Resultados: Se obtuvo una edad media de 77,7 años. El 53,5% fueron hombres. Sobre las características basales, se observaron 78,2% de hipertensos, 38,4% de dislipemicos, 31,7% de tabaquistas y 20% de diabéticos; dentro de los antecedentes, hubieron 31,9% de pac con FA o AA y 29% de revascularizados, y 14,6% de pac con insuficiencia renal crónica conocida. El 34,7% presentaban internaciones previas por IC; el 78,5% de los casos presentaban disnea habitual CF I-II. En cuanto al tratamiento previo, el 48,5% tomaban aspirina, el 43,6% beta-bloqueantes (BB), el 54,5% inhibidores de la enzima convertidora (I-ECA) o antagonistas de receptores de angiotensina (ARA II) y el 38,9% furosemida (fur). La media de fracción de eyección fue de 43%, observándose un 41,6% de pac con fracción de eyección mayor al 50%. Sobre la etiología, el 38,1% era de origen isquémico-necrótica, el 17,6% hipertensiva y el 24,5% no tenían estudiada la causa de la IC. El promedio de días de internación fue de 4,8 días. En la descompensación las drogas más utilizadas fueron fur endovenosa (92,8%) y NTG (54%), con una baja utilización de inotrópicos (9,9%). La mortalidad intrahospitalaria fue de 5,4%. Comparando el tratamiento al ingreso y al alta, hubo mayor utilización al alta (con diferencias estadísticamente significativas) de IECA + ARA-II (54,5% vs 70,4%, p<0,001), a expensas del I-ECA (41,6% vs 57,3%, p<0,001), de BB (43,6% vs 51,8%, p<0,02), de fur (38,9% vs 54,7%, p<0,001), y de aspirina (48,5% vs 77,2%, p<0,001). En el seguimiento, el 38,5% se reinternó por IC y la mortalidad fue de 40,3% (con un 33% de causa cardiovascular).

Conclusiones: Destacamos la presencia de una población añosa, con alta prevalencia de tabaquismo como principal factor de riesgo y de IC con FEVI preservada. Se observa, además, alto porcentaje de reinternaciones y mortalidad en el seguimiento, aunque coincidente con otros registros y, creemos, con estrecha relación con el promedio de edad de la población evaluada. Estas características plantean la necesidad de implementar un sistema estricto de seguimiento, con el objetivo de reducir dichos eventos.

Trabajo Libre Nº59

PREDICTORES DE MALA EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES AÑOSOS INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

CHIRINO NAVARTA, DANIEL AGUSTIN | BERNABEO, GUSTAVO | FORCINITO, DANIELA | TREJO, GRACIELA | MONTEROS, ARIEL | MACHADO, ROGELIO | DIZEO, CLAUDIO.

UNIDAD ASISTENCIAL POR MÁS SALUD DR. CÉSAR MILSTEIN

Objetivos: Evaluar parámetros al ingreso que sean predictores de mala evolución intrahospitalaria en pacientes mayores de 60 años internados por insuficiencia cardíaca aguda en unidad coronaria

Materiales y Métodos: Se analizaron en forma retrospectiva los pacientes (pt) internados en unidad coronaria con diagnóstico de insuficiencia cardíaca aguda entre enero de 2010 y enero de 2011. Se registraron los antecedentes, parámetros clínicos y de laboratorio al ingreso y la evolución intrahospitalaria. Se analizó el punto combinado de mala evolución intrahospitalaria (MEIH), que incluyó la mortalidad intrahospitalaria, la necesidad de asistencia respiratoria mecánica o ventilación no invasiva, el requerimiento de diálisis o ultrafiltración por mala respuesta al tratamiento y de inotrópicos por más de 48 horas. El análisis univariado se realizó mediante los métodos apropiados para variables contínuas o discretas,y el multivariado, mediante regresión logística, con MEIH como la variable dependiente. Las variables continuas se expresan como media ± desvío estándar y las categóricas como porcentajes. El límite de significación se estableció en p <0.05.

Resultados: Se analizaron 122 pacientes con una edad de 77.9±8.0 años, 46.7% hombres, 53,7% con deterioro de la función sistólica del ventrículo izquierdo (fracción de eyección > 45%), 40,2% con antecedentes de fibrilación auricular (FA). En total, 34 pt (27.9%) tuvieron MEIH, con una mortalidad del 2.5% (3 pt), necesidad de diálisis del 5,7% (7 pt), requerimiento de inotrópicos del 14,8% (18 pt) y de ARM o VNI del 13.9% (17 pt). En el análisis univariado los pacientes con MEIH tuvieron menor natremia (132.5 ±6.8 vs 135.9 ± 5.6, p=0.005), mayor uremia (96 ± 62 vs 58±25, p=0.002), mayores antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (32.4% vs 8.0%, p=0.0014) y de insuficiencia renal crónica (44,1% vs 21,6%, p=0.015). Asimismo, se observó en los pt con MEIH, una tendencia, aunque no significativa, a presentar mayores antecedentes de anemia (41% vs 25%) y menor hematocrito de ingreso (35.3 ± 7.9 vs 36.6 ± 5.9). No hubo diferencias en el resto de los parámetros de ingreso ni en los antecedentes. Se comportaron como predictores independientes de MEIH la uremia al ingreso (OR 5,7 IC 95% 1,7-19,2, p=0.006) y el antecedente de EPOC (OR 8,1 IC 95% 2,3-28,9, p=0.001).

Conclusiones: Esta población de pacientes añosos internados por insuficiencia cardíaca presentó una alta tasa de complicaciones pero baja mortalidad. Los factores de predictores de evolución desfavorable intrahospitalaria fueron la uremia y natremia al ingreso, y los antecedentes de EPOC e IRC. En el análisis multivariado, la uremia y el antecedente de EPOC resultaron predictores independientes de MEIH.

Trabajo Libre Nº60

IMPORTANCIA DEL DOSAJE DE HORMONAS TIROIDEAS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

PARQUET, CARLOS ALBERTO | BECHARA, PAULA | MUGLIA, MATÍAS | DEGREGORIO, ALEJANDRO | CORTEZ QUIROGA, GUSTAVO | DELGADO, JORGE | CORDERO, DIEGO | CUROTTO GRASIOSI, JORGE

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: determinar la prevalencia de hipotiroidismo subclínico (HS) y evaluar la mejoría de la capacidad funcional en pacientes portadores de insuficiencia cardíaca crónica CF I-III de la NYHA medida con una caminata de seis minutos.

Materiales y Métodos: se enrolaron 156 pacientes consecutivos y ambulatorios, bajo tratamiento óptimo. Criterios de inclusión: edad > 21 años, diámetro diastólico del ventrículo izquierdo (DDVI) > 55 mm, fracción de eyección (Fey) <35%. La capacidad funcional se evaluó con la prueba de la caminata de 6 minutos. Se excluyeron los pacientes con indicación de cirugía por cualquier causa, las miocardiopatías de origen valvular e hipertrófica y aquellos con incapacidad motora para realizar la caminata de seis minutos. Se detectaron los pacientes con Hs.a quienes luego de un reposo de 15 minutos, un mismo operador controló la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno; posteriormente, les indicó que caminaran durante seis minutos a la mayor velocidad; una vez finalizada, se controlaron las mismas variables. Los pacientes fueron remitidos al servicio de endocrinología del hospital y fueron medicados para su HS; una vez eutiroideos se les realizó una nueva caminata de 6 minutos con la misma metodología. Se registraron los metros recorridos en cada una de las pruebas y se analizó la diferencia de los metros caminados en cada paciente.

Resultados: se observó una prevalencia de Hs.del 12%. Características de la población: edad: 66,28± 9,31; hombres 77%; etiología isquémico necrótica: 50%; CF I: 6%; CF II: 38,5%; CF: III 55,5%; Fey: 28±7,13; DDVI: 67,78±8,43. En la siguiente tabla se puede observar el comportamiento de las variables analizadas y los metros recorridos antes y después de ser tratados con suplementos tiroideos. Se observó una mejoría significativa en los metros recorridos en los pacientes tratados.

CAMINATA DE 6 MINUTOS	hipotiroideos subclinicos no tratados (n=18)	hipotiroideos subclinicos tratados (n=18)	p
PAS basal (mmHg)	107,8±13,2	110,8±10,7	0,452
PAS final (mmHg)	117,2±18,2	117,2±13,0	1,000
PAD basal (mmHg)	63,89±9,0	68,3±10,3	0,177
PAD final (mmHg)	69,4±12,8	70,0±10,1	0,875
FC basal (lat/min)	68,3±12,5	64,67±9,55	0,337
FC final (lat/min)	81,2±14,1	79,94±9,33	0,761
Mts recorridos	300,4±56,5	357,8±72,8	0,013

Conclusiones: encontramos una prevalencia de Hs.del 12%. Los pacientes una vez tratados mejoraron en forma significativa su perfomance física, lo cual justifica el pedido rutinario de hormonas tiroideas sobre todo si los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica tratados en forma óptima no mejoran su capacidad funcional.

Trabajo Libre Nº61

RELACIÓN ENTRE CLASE FUNCIONAL Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA

VIEYRA, GUSTAVO ALEJANDRO | PAUTASSO, ENRIQUE | AGRI, OLGA | KORETSKY, MARTÍN | GALLI, MONIC | PARDO, EDUARDO | SALAZAR, ADRIANA | PAVES PALACIOS, HECTOR. **SAC DCN**

Objetivos: Evaluar si la cantidad drogas utilizadas en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca permite identificar la clase funcional del paciente al existir una relación directa entre ellas.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 111 pacientes (P) de una base de datos de 209 P ambulatorios de un registro de insuficiencia cardiaca crónica reclutados del Conurbano Norte de la Provincia de Buenos Aires. Los P en clase funcional II fueron excluidos. (98 P). Se compararon los P en clase funcional I (grupo 1) con los de clase funcional III (grupo 2). Luego se confeccionó un lista de las drogas habitualmente utilizadas en esta base de datos para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca: digoxina (DIG), inhibidores del la ECA (IECA), beta bloqueantes (BB), fursosemida (FURO) y es espirolactona (ESPIRO), se calculó el porcentaje en que era utilizada en cada grupo cada una de las drogas para luego comparar ambos grupos y evaluar si existían diferencias estadísticamente significativas. Para el análisis estadístico se utilizó el test del Chi Cuadrado considerándose que una asociación era estadísticamente significativa cuando la p < 0.05

Resultados: La edad promedio de los P fue de 66 años (+/- 10) con un rango de 38 a 88 años. El género masculino fue 66%. Hubo 81 P en el grupo 1 y 31 en el grupo 2. La DIG fue usada en 18 P del grupo 1 (22%) y en 11 P del grupo 2 (35%) p 0.151. Los IECA fueron usados en 59 P del grupo 1 (72%) y en 20 P del grupo 2 (64%) p 0.387. Los BB se usaron en 53 P del grupo 1 (65%) y en 16 P del grupo 2 (51%) p 0.178. La FURO se utilizó en 2 P del grupo 1 (27%) y en 12 P del grupo 2 (38%) p 0.234 y la ESPIRO fue usada en 35 P del grupo1 (43%) y en 16 P del grupo 2 (51%) p 0.424

Conclusiones: En esta población la cantidad de drogas utilizadas para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca no discriminó entre mejor o peor clase funcional ya que no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Trabajo Libre Nº62

CIANOSIS POR PATOLOGÍAS NO HABITUALES EN PACIENTES OPERADOS CON FONTAN FENESTRADO

DAMSKY BARBOSA, JESÚS M. | LUCINI, VICTORIO | MARQUES, ADELIA | TRENTACOSTE, LUIS | RIVAROLA, MARCELO | GRANJA, MIGUEL | DE DIOS, ANA

HOSPITAL DE NIÑOS "RICARDO GUTIÉRREZ" - HOSPITAL DE NINOS PEDRO DE ELIZALDE

Objetivos: Mostrar 3 pacientes (p) con cianosis moderada con una saturación de la Hemoglobina sistémica (sat Hb sist) < 80% y cómo fueron corregidos para mejorar su situación clínica.

Materiales y Métodos: Los últimos 5 años realizamos cateterismos cardíacos a 3 p de sexo masculino. Edades: Uno de 14 y dos de 18 años. Los 3 p con Fontan fenestrado. Ambos tenían signos clínicos de cianosis moderada con dedos en palillo de tambor y satHb < de 80%. Se realizaron cateterismos diagnósticos para estudiar la causa. El p de 14 años tenía una fístula de vena cava superior izquierda a vena pulmonar izquierda superior, de aspecto angiomatoso y de alto flujo. Se pudo observar que tenía asociado estenosis en el origen de Arteria Pulmonar Izquierda (API) y se observaba cortocircuito de derecha a izquierda (CCDI) a través de la fenestración. El 2º p presentaba un venoma que emergía de la vena cava izquierda y se dirigía a techo de Aurícula Izquierda, de trayecto tortuoso y largo. Uno de los codos del trayecto tenía un diámetro de 12 mm. La fenestración presentó oclusión espontánea. El 3º caso recanalizó una vena cava superior derecha en seno coronario en situs indeterminado.

En el 1º caso utilizaron como agentes embolizantes espirales fibrados de Gianturco y para la estenosis de API stent desnudo (CP stent). En el 2º p utilizamos un vascular plug de 22 mm. En el 3º caso se realizó embolización con un vascular plug de 18 mm, de la vena cava superior derecha.

Resultados: El 1º p se embolizó la vena cava izquierda con 3 espirales de Gianturco de 38-5-5 y 1 de 38-8-5. Finalizada la embolización pudimos observar con claridad la estenosis de API que era moderada por lo que se le colocó un stent (CP stent) desnudo en API montado sobre balón de 12 mm. Como las presiones pulmonares eran normales, se decidió el cierre de la fenestración, en un segundo procedimiento, con un dispositivo de Amplatzer para cierre de foramen oval. El p se encuentra con satsist Hb% 99 a los 5 años. El 2º p se realizó punción de vena femoral derecha, se cateterizó selectivamente la vena cava izquierda y se procedió a embolizar con un vascular plug de 22 mm a nivel de un codo que había en su trayecto y dejando el dispositivo abierto a lo largo de la vena con el

extremo proximal cerca del origen de la vena, sin afectar la circulación venosa de la vena innominada. El p abandonó la sala con satssit Hb 95%. Lleva 2 meses de seguimiento.

El 3º p se embolizó la vena cava superior derecha con un vascular plug de 18 mm y luego se ocluyó la fenestración con un espiral nit occlud 9/6. Lleva 5 años de seguimiento con satHb 95%.

Conclusiones:

1. La cianosis en el Fontan puede ser originada por otras causas poco habituales, posibles de ser resueltas por cateterismo.
2. Para poder resolver la totalidad de eventos que generan cianosis, se necesita más de un procedimiento.

Trabajo Libre Nº63

ECO 3D Y TISULAR EN EL SEGUIMIENTO DEL FALLOT ALEJADO

LEVANTINI, FLORENCIA | CARUGATI, ROMINA | MANSO, PAULA | ACKERMAN, JUDITH | FLORES, ENRIQUE | DAMSKY BARBOSA, JESÚS | BIANCOLINI, FERNANDA | DE DIOS, ANA MARÍA SUSANA

HOSPITAL DE NINOS PEDRO DE ELIZALDE - HOSPITAL GARRAHAN

Objetivos: El análisis tridimensional de la remodelación del ventrículo derecho en la reparación de T. Fallot ha demostrado que el ventrículo derecho (VD) responde a la sobrecarga de volumen con dilatación en forma esférica y a la sobrecarga de presión con hipertrofia.

El conocimiento del remodelamiento ventricular es importante para poder entender la respuesta del VD y dilucidar los mecanismos de la disfunción ventricular.

El objetivo de este estudio fue evaluar mediante doppler tisular y ecocardiografia 3D tanto el VD como el VI en el seguimiento de pacientes operados de Fallot con insuficiencia pulmonar

Materiales y Métodos: Fueron estudiados 42 pacientes operados de Tetralogía de Fallot evaluados con 2D y 3D eco, TDI, Strain y movimiento parietal para entender la repercusión hemodinámica que la insuficiencia pulmonar (IP) genera. En 2D se emplearon mediciones de: 4 cámaras (c) y eje menor, que sumadas son equivalentes al volumen en 4c del VI. En 3D se valoro el VD en 3 cortes sagital, coronal y eje menor par reconstruir volúmenes y comparar los resultados con grupo normal control

Resultados: los resultado obtenidos fueron:

Conclusiones: se encontró que las mediciones por eco 3D correlaciona directamente con los hallazgos de la RMN ante dilataciones significativas del VD mucho mejor que el 2D

	SC	VOL VD 4 CM3	VOL VD EJE MENOR CM3	VOL TOTAL DE VD CM3	VOL VD/ M2 SC	VOLVI/M2 SC
	1	41.4	22.2	63.6	63	64
	1	40	20	60	60	62
	1.13	43	28	71	63	65
	1.17	31.92	14.74	46.66	39.88	40.47
	1.20	43	26	69	62	66
	1.2	30.27	11.1	41.37	34.7	53.45
	1.2	37.1	20.9	58	48.33	33.33
	1.3	33	19.9	50.9	39.15	34.2
	1.32	45.37	32.12	77.49	58.7	50.03
	1.32	39.67	14.4	54.07	40.9	35.53
	1.34	44.8	22.4	67.2	54.14	69
	1.40	67.4	26.6	94	66	67
	1.5	51	34.7	85.7	57	58
	1.6	75.4	17.4	93.8	61.3	60
	1.6	40.4	36.9	78.3	48.9	51.3
X +/- DS	1.29 +/- 0.19	44.25 +/- 12.37	23.16 +/- 7.55	67.41 +/- 16.24	52.87 +/- 10.38	54.15 +/- 12.61

Que el TDI tisular y la excursión lateral de la válvula tricúspide son excelentes indicadores para el seguimiento del paciente con IP. Y que la alteración del IVA derecho e izquierdo así como la inversión E/A del TDI a nivel medial del VD sumada a la disminución de la excursión lateral, son índices límites para decidir el reemplazo de la válvula pulmonar.

Trabajo Libre Nº64

EL ÍNDICE ALBÚMINA/CREATININA URINARIA PREDICE LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST.

HIGA, CLAUDIO CÉSAR | CATALANO, MARÍA PAULA | KOROLOV, EUGENIO | NOGUES, IGNACIO | RIZZO, NATALIA | GAMBARTE, JIMENA | DONATO, MARÍA SOL | COMIGNANI, PABLO. **HOSPITAL ALEMÁN**

Objetivos: Introducción: La identificación de predictores de cirugía de revascularización miocárdica (CRM) en síndromes coronarios agudos sin supradesnivel del segmento ST podría ser de utilidad al momento de decidir la estrategia antitrombótica al ingreso y reducir así el riesgo hemorrágico post operatorio. Objetivo: Identificar variables predictoras de realización de cirugía de revascularización miocárdica durante la internación en pacientes con síndromes coronarios agudos sin supradesnivel del segmento ST.

Materiales y Métodos: Se analizaron 305 pacientes con sindromes coronarios sin supradesnivel del segmento ST incluidos en forma prospectiva y consecutiva en nuestra Unidad Coronaria, a los que se les realizó la medición del índice albúmina/creatinina urinaria (IAC) al ingreso. La misma fue analizada por método de inmunoturbidimetría. Se determinó el mejor valor de corte de IAC asociado a la ocurrencia de CRM por análisis del Área Bajo la Curva ROC.

Resultados: De la población analizada, el 60 % eran varones, la edad promedio fue de 64,4 ± 12 años. 65 % eran hipertensos, 20 % diabéticos , 55 % dislipidémicos, 40 % eran tabaquistas y un 25% tenían antecedentes de infarto. El 23 % presentaron desniveles del segmento ST. Al ingreso un 97,7 % estaba en Killip I . Con respecto al tratamiento instaurado el 100 % recibió aspirina, 96,6% beta bloqueantes, 62% IECA/ARA II el 39%, Clopidogrel 96%, heparinas 66% y estatinas 99%. El 90 % tenía Fey normal (>50%). De los que fueron estudiados con cinecoronariografía (el 52%), 7 % presentaron enfermedad de tronco de coronaria izquierda y el 15 % enfermedad de tres vasos. El 12 % fue sometido a cirugía de revascularización miocárdica. Por Area bajo la curva ROC el mejor valor de corte de IAC asociado a cirugía de revascularización miocárdica fue de 5 mg/g. El porcentaje de pacientes que se sometieron a cirugía de revascularización miocárdica con IAC<o= 5 mg/g fue de 6% y de 19% en los con IAC > a 5 mg/g. Por análisis univariado las variables asociadas significativamente a cirugía de revascularización miocárdica fueron: diabetes , uso de AAS previa , Troponina T máxima, IAC e infradesnivel del ST. Por análisis realizado mediante un modelo regresión logística por método de step wise, el IAC se asoció independientemente a CRM durante la internación: OR 3 (IC 95% 1.7-7.2, p 0.006).

Conclusiones: En nuestra cohorte prospectiva de pacientes con síndromes coronarios agudos sin supradesnivel del segmento ST el IAC se relacionó en forma independiente a otras variables relevantes con la realización de CRM durante la internación.

Trabajo Libre Nº65

TIEMPOS DE DEMORA PARA LA REALIZACIÓN DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

MAHIA, MARIANA CECILIA | GIRASSOLLI, AGUSTÍN | BRODZKY, LAURA | MIGUELEZ, PABLO | SARAVIA, MARÍA ANGELICA | VALDEZ, MARCELO | GITELMAN, PATRICIA | SALZBERG, SIMÓN

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "JUAN A. FERNANDEZ"

Objetivos: Determinar los tiempos desde el inicio de los síntomas hasta la apertura del vaso responsable y analizar si son influenciados por el día y horario de presentación de los pacientes.

Materiales y Métodos: De manera prospectiva se incluyeron 50 pacientes consecutivos que ingresaron a nuestro hospital con diagnostico de síndrome coronario agudo con supradesnivel persistente del segmento ST y fueron destinados a angioplastia primaría entre junio y diciembre de 2010. Se describen características epidemiológicas y se analizó el tiempo desde el inicio del dolor a la apertura del vaso responsable (ventana) dividiéndolo en dos componentes: dolor-puerta (DP) y puerta-balón (PB). Este último se desglosó en: puerta-llamada a hemodinamista (PLL), llamada a hemodinamista-ingreso a sala de hemodinamia (LLH) y hemodinamia-balón (HB). Se compararon 2 grupos según se presentaran en periodos de actividad laboral (ON) o en horas de guardia (OFF).

Resultados: La edad media fue de 61+/-11 años, con 18% mujeres. Dentro de las variables epidemiológicas: diabetes 18%, dislipemia 35%, hipertensión arterial 58%, tabaquismo 36%, angina crónica 14%, infarto 17%, by pass aortocoronario 7%, angioplastia 4% e insuficiencia cardiaca 1,5%. Ingresaron 45% en ON y 55% en OFF.

Los tiempos en minutos (mediana e intervalos 25-75%) resultaron: Ventana: 235 (178-457); DP: 105 (60-180); PB: 130 (95-160); PLL: 30 (15-50); LLH: 28.5 (5-40); HB: 42.5 (30-60). Comparando ON vs OFF: Ventana: 220 (135-281) vs 252 (187-351) pNS; DP: 105 (45-160) vs 110 (60-210) pNS; PB: 115 (90-155) vs 133 (107-170) p 0,2; PLL: 31 (10-50) vs 25 (15-50) pNS; LLH: 15 (0-20) vs 35 (30-60) p 0,001; HB: 42 (35-55) vs 42 (30-70) pNS

Conclusiones: El tiempo a la consulta representó menos de la mitad del periodo total. La mayor demora intrahospitalaria ocurrió previo al ingreso a la sala de hemodinamia, incrementándose en horarios de guardia a expensas del retraso entre el llamado al hemodinamista y el acceso a la misma.

Trabajo Libre Nº66

ANÁLISIS DEL LIPIDOGRAMA DE PACIENTES QUE SE PRESENTAN CON INFARTO DE MIOCARDIO Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL EDUCATIVO.

SALMERI, EMILIANO EDUARDO | KEMPS, JULIÁN | FAILO, MATÍAS | PÉREZ, GONZALO | PELLEGRINI, CARLOS | IGLESIAS, RICARDO. **SANATORIO DE LA TRINIDAD-MITRE**

Objetivos: A pesar de que la meta primaría en dislipidemia apunta al control del LDL, la baja concentración de HDL es la anormalidad lipídica más común en pacientes que se conocen coronarios. Nuestro objetivo es conocer la realidad del perfil lipídico en una población con IAM de una institución privada de alta complejidad y si presenta relación con el nivel sociocultural.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 90 pacientes consecutivos con diagnóstico de infarto de miocardio entre abril de 2009 y septiembre de 2010. Las muestras de sangre para valorar el perfil lipídico se tomaron dentro de las 48 hs.del ingreso del paciente. Se obtuvo seguimiento del 100%. Se consideró como nivel educativo bajo o alto a la presencia o no de educación universitaria respectivamente. Se utilizó Test de Student.

Resultados: Ver tabla 1, tabla 2 y tabla 3.

Tabla 1	(%)	GOTA	2
Edad	62	ANTECED CV	35
Hombres	75	Stress	50
BMI	27.07	Trast tiroideo	9.2
HTA	66	IRC	5
DLP	63	TTO HIPOLIPEMIANTE	24
DBT	20	PRIMARIA	26
TBQ	44	SECUNDARIA	38
EX TBQ	15	UNIVERSITARIA	30

Tabla 2	Valores medios de la población (mg/dl)
CT	167
LDL	99.5
HDL	39.97
TGL	147.83

Tabla 3	Media	SD	Min	Max	p
CT UNIVERSITARIOS	169.50	34.77	106	258	0.0025
CT NO UNIVERSITARIOS	168.17	46.52	93	291	
HDL UNIVERSITARIOS	38.45	10.03	21	58	0.0153
HDL NO UNIVERSITARIOS	40.35	13.49	22	81	
LDL UNIVERSITARIOS	107.13	26.93	56	152	0.0319
LDL NO UNIVERSITARIOS	96.89	96.89	27	210	
TGL UNIVERSITARIOS	122.46	49.28	56	240	0.0884
TGL NO UNIVERSITARIOS	162.23	193.14	44	1415	

Conclusiones: El trastorno lipídico más frecuente en nuestra población fue el descenso de HDL. A pesar de que un 63% de la muestra se autorreferenciaba como dislipémico, sólo el 24% se encontraba con tratamiento hipolipemiante al momento del IAM. Si se divide a la población según el nivel cultural, los pacientes no universitarios presentaron significativamente menos colesterol total y LDL y más HDL que los universitarios. Este último grupo mostró una tendencia a presentar menor nivel de triglicéridos.

Trabajo Libre Nº67

PREVALENCIA DE LAS PRESENTACIONES CLÍNICAS DEL INFARTO DE MIOCARDIO AGUDO Y EVOLUCIONADO.

SALMERI, EMILIANO EDUARDO | KEMPS, JULIÁN | IGLESIAS, RICARDO M.
SANATORIO DE LA TRINIDAD-MITRE

Objetivos: Dos de cada tres IAM no se reperfunden en la Argentina, situación que se asocia a peor curso clínico. La falta de reconocimiento de los síntomas representa una de las causas del elevado número de IAM evolucionados. El objetivo del trabajo consiste en relevar la frecuencia de las presentaciones clínicas en ambas clases de infarto de miocardio.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 90 pacientes consecutivos con diagnóstico de infarto de miocardio entre abril de 2009 y septiembre de 2010. Se dividió la población entre los que fueron candidatos a reperfusión y los que no. Se obtuvo seguimiento del 100%.

TABLA 1	IAM EVOLUCIONADO	IAM NO EVOLUCIONADO
Edad	66	60
Sexo masculino	75	74
HTA	72	62
DLP	63	62
DBT	24	18
BMI	27.4	27.6
GOTA	3	2
STRESS	39	58
TBQ	51	41
EX TBQ	6	21
Antecedentes CV	54	26
Primaria	27	30
Secundaria	40	39
Universitaria	33	31

TABLA 2	IAM evolucionado n (%)	IAM no evolucionado n (%)	p
Asintomático	3 (9)	0 (0)	0.0264
Opresión	19 (57)	43 (81)	0.0174
Epigastralgia	7 (21)	5 (9)	0.1316
Síntomas vagales	8 (24)	17 (32)	0.4206
Dolor MMSS	4 (12)	18 (34)	0.0229
Otros síntomas	3 (9)	8 (15)	0.4080

Resultados: Ver tabla 1 y Tabla 2.

Conclusiones: Los pacientes con IAM evolucionados son más añosos y presentaron mayor proporción de eventos asintomáticos. Dentro de los sintomáticos, los pacientes con IAM evolucionado presentaron significativamente menos dolor opresivo e irradiado al brazo izquierdo que sus congéneres no evolucionados.

Trabajo Libre Nº68

TROPONINAS EN EL INFARTO PERIOPERATORIO

GONZALEZ NOGUERA, PABLO | TRIGO, MAXIMILIANO | CHEKERDEMIAN, SERGIO | DI NANNO, DANIEL | CONSOLI, MARCELO | PASINATO, CARLOS | LÓPEZ, LUIS
COMPLEJO MÉDICO DE LA POLICIA FEDERAL ARGENTINA CHURRUCA -VISCA

Objetivos: Evaluar la sensibilidad y especificidad de la Troponina I (TNI) para el diagnóstico de infarto peri operatorio en pacientes sometidos a cirugía de bypass coronario

Materiales y Métodos: Se incluyeron 40 pacientes en el post operatorio de cirugía cardíaca, en su mayoría hombres (85%) y con un promedio de edad de 60 años.

Se realizó un dosaje de TNI, CK MB masa y mioglobina basal (TRIAGE ®) dentro de las primeras 8 a 12 hs.del postoperatorio inmediato

Durante el seguimiento se emplearon los tres criterios utilizados tradicionalmente en nuestro centro para el diagnostico de IAM PO (presencia de nuevas ondas Q en el ECG, CPK ≥ 1000, y presencia de nuevas hipoquinesias o aquinesias en el ecocardiograma). Ante la aparición de estos criterios se realizaba un nuevo dosaje de TNI para comparar y evaluar su sensibilidad y especificidad diagnostica.

Resultados: Se diagnosticaron 13 Infato Agudo de Miocardio (IAM) excluyéndose dos pacientes por haber sido sometidos a cirugía combinada y disección de Ao (16% IAM PO). Se obtuvo un valor promedio de TNI de 17 ng/ml y de CK MB masa 62 ng/ml. Se obtuvo de acuerdo a la curva ROC un valor de TNI ≥ 5ng/ml como punto de corte, obteniéndose una sensibilidad del 72%, especificidad del 80% y un valor predictivo positivo del 30% y negativo del 85%.

Conclusiones: La sensibilidad y especificidad de las TNI para el diagnostico de IAM PO varía notablemente de acuerdo al tipo de cirugía cardíaca y a la utilización a no de CEC. Valores inferiores de 5 ng/ml carecen de especificidad con una sensibilidad adecuada. La utilidad de las TNI no es útil cuando se las utiliza en forma aislada para el diagnostico de IAM PO, principalmente en pacientes con CEC.

Trabajo Libre Nº69

ANGIOPLASTÍA DE RESCATE, ¿CUÁLES SON SUS FACTORES DE MORTALIDAD A LOS 30 DÍAS?

ZOLORSA, SERGIO | RIZZONE, SEBASTIÁN | BORDENAVE, ALVARO | GONZALEZ, EDUARDO | DI NANNO, DANIEL. **COMPLEJO MÉDICO DE LA POLICIA FEDERAL ARGENTINA CHURRUCA -VISCA**

Objetivos: En los pacientes en los cuales la fibrinolisis evaluada a los 90 minutos es interpretada como fallida la permeabilidad de la arteria responsable del infarto (ARI) puede lograrse mediante una angioplastia de rescate (AR). Dicha conducta permite salvar miocardio en riesgo, preservar la fracción de eyección, disminuir el reinfarto (reIAM) y mejorar la supervivencia. El objetivo de nuestro estudio es determinar los factores asociados a mortalidad a 30 días en pacientes sometidos a AR.

Materiales y Métodos: El presente se trata de un estudio observacional el cual incluye 56 pacientes a los cuales se les realizó una angioplastia de rescate entre enero de 2007 hasta febrero de 2010 por presentar criterios clínicos de reperfusión negativos luego de la administración de fibrinolíticos. Los criterios que se consideraron para definir el fallo de la reperfusión fueron: la persistencia de la elevación del segmento ST > del 50% con respecto al electrocardiograma (ECG) de ingreso a los 90 min. del inicio de la fibrinólisis, con o sin dolor torácico, y la aparición de una reelevación del segmento ST, con o sin nuevo episodio de dolor.

Se definió éxito de la angioplastia como la obtención de un flujo TIMI III de la ARI, sin complicaciones durante el procedimiento. La permeabilidad de la ARI se determinó utilizándose la clasificación de los estudios TIMI. El seguimiento de los pacientes se realizó mediante consulta médica a los 30 días.

Resultados: Las características generales de la población se describen en la tabla I. De los 56 pacientes ingresados al protocolo, 39 presentaban la ARI ocluida al momento de la angiografía, en la totalidad de la población se coloco stent y se considero a la angioplastia como frustra en 4 pacientes obteniéndose un resultado final con flujo TIMI 0 en estos casos. Se objetivo que la ARI fue la des-

cendente anterior en 30 pacientes lo cual represento el 53.5% de los casos. Se obtuvo éxito angiografico en un 92.8% de los casos realizándose stenting primario en un 42% de los casos, 24 pacientes. Del total de la población a los 30 días fallecieron 6 pacientes, 10.7%. La causa de óbito fue shock cardiogénico en 5 pacientes y arritmia ventricular compleja en el contexto de Insuficiencia Cardiaca en el paciente restante. El total de pacientes que presento shock cardiogénico fue de 8, correspondiendo la mortalidad a un 62.5%, en todos se realizó angioplastia a múltiples vasos, resultando frustra en dos de ellos por tratarse de vasos con oclusión crónica.

	N	%
Edad	63 +/- 13	
Hombres	48	85.7
DBT	7	12.5
HTA	32	59
DSL	21	37.5
KK III-IV	8	14.2
TBQ	42	75
IAM ANT	30	53.5
IAM INF	26	46.5
ENF DE 3 VASOS	12	21.4
TIMI 0 EN CCG	39	69.6

Cuando analizamos las variables asociadas a mortalidad encontramos pacientes de mayor edad (72,3 +/- 7 vs 62,6 +/- 9 años, p=0.03) y con un KK III-IV (84.2 vs 27.1, p=0.011. Asimismo se observó que la descendente anterior como ARI (81.3 vs 47.1%, p=0.045) y que el resultado frustro de la AR (32,2 vs 8%, p=0.017) eran factores independientes asociados a mortalidad en cuanto a las características angiográficas del cuadro.

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio identifican que los factores asociados a mortalidad en el contexto de una angioplastia de rescate son los mismos que para el infarto de miocardio. Asimismo muestra a la angioplastia de rescate como una técnica segura y eficaz para la repermeabilización de la ARI con una tasa de éxito cercana al 93% sin complicaciones asociadas

Trabajo Libre Nº70

PREVALENCIA DE DIABETES EN UNA MUESTRA DE LA POBLACIÓN DE BARILOCHE

ZGAIB, MARÍA ELISA | PAROLA, MARISA | CALANDRELLI, MATIAS | SAAVEDRA, MARÍA EMILIA | TREVISAN, MARIANO | FERRANTE, DANIEL. **DISTRITO SAC BARILOCHE - GEDIC**

Objetivos:

1. Determinar la prevalencia, el conocimiento, tratamiento y control de la diabetes (DBT) en una muestra de la población de San Carlos de Bariloche.
2. Comparar los resultados obtenidos con la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 (ENFR)
3. Evaluar la asociación de la DBT con otras variables demográficas, socioeconómicas o con otros factores de riesgo.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal de base poblacional. El muestreo fue probabilístico, estratificado, bietápico (radio censal, vivienda). En cada hogar se entrevistaron todos los sujetos mayores de 17 años que firmaron consentimiento. Se utilizó el cuestionario de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) y se obtuvieron medidas antropométricas y dosajes de colesterol, HDL, glucemia (G) y creatinina luego de 12 horas de ayuno. Definiciones: DBT: glucemia mayor o igual a 126 mg% o tratados, prediabetes: valores >110 y <126 mg%, Hipertensión arterial (HTA): mayor o igual a 140/90 mmHg o tratados, Hipercolesterolemia: mayor o igual a 200 mg% o tratados, HDL bajo: <40 mg%, dislipidemia a la presencia de hipercolesterolemia y/o HDL bajo, sedentarismo: actividad física intensa de menos de 3 sesiones semanales de 20 minutos cada una o menos de 5 sesiones por semana de 30 minutos de actividad moderada o caminata.

Resultados: Se realizaron 902 encuestas, con una tasa de respuesta del 87.4%. Se analizaron los 530 individuos a los que se le realizaron extracciones de sangre. La edad promedio fue 44,8 años (DS ±16,8; rango 18-88) y el 64,7 % fueron mujeres. El valor promedio de G en la población fue de 89,4 mg% (±35,3). La prevalencia de prediabetes fue 3,9% (IC 2,5%-6,1%) y de DBT 7,3% (IC 5,3%-10%), sin diferencias significativas en ambos sexos. Se observó una prevalencia similar que la ENFR (8%, p: NS). El 79,6% eran conscientes de su enfermedad y de éstos, el 84,6 % recibía algún tratamiento. El 21,2% recibía tratamiento no farmacológico (G mediana: 92 mg%), el 51,5% tratamiento farmacológico (G mediana: 153 mg%) y el 27,3% restante, ambos (G mediana: 188 mg%). La G mediana de los diabéticos fue 179 mg% (±78,9) y sólo el 17,9% de éstos tenía una G en ayunas <120 mg%. El 22,9% de los diabéticos no se habían controlado la G en el último año. Los diabéticos tenían mayor edad (54,7 ±15,9 vs 44,0 ±16 años, p: <0,001), mayor índice de masa corporal (29,4 vs 26,5, p: 0,001), mayor prevalencia de HTA (73,3% vs 27,8%, P<0,0001) que en no DBT y mayor prevalencia de dislipidemia (71,8% vs 49,3%, P: <0,0001). No se hallaron diferencias de acuerdo a indicadores socioeconómicos o psicosociales.

Conclusiones: La prevalencia de diabetes observada es similar a la reportada a nivel nacional. Si bien el conocimiento y tratamiento de la enfermedad son cercanos al 80%, la tasa de control es inadecuada, siendo peor en lo que menos consultan. Los diabéticos presentaron una elevada asociación a otros factores de riesgo mayores.

Trabajo Libre Nº71

ASOCIACIÓN DE FACTORES DE RIESGO CORONARIOS CON LA PRESENCIA DE ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA CAROTÍDEA

SINIAWSKI, DANIEL ALBERTO | MASSON, WALTER | VITA, TOMÁS | FERNANDEZ, GERMÁN | DEL CASTILLO, SANTIAGO | VALLE, JUAN | CAGIDE, ARTURO. **HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES**

Objetivos: La enfermedad coronaria ateroesclerótica se asocia con factores de riesgo (FR) y biomarcadores claramente establecidos. El objetivo de este estudio fue analizar la asociación de diversos FR coronarios y biomarcadores (BM) con el hallazgo de placa ateroesclerótica carotídea (PAC).

Materiales y Métodos: Se incluyeron individuos que se encontraban en una estrategia de prevención primaria. Se realizó un eco-doppler carotídeo definiendo PAC cuando el espesor íntima-media era > o = a 1.5mm. Se compararon diversos FR coronarios y BM lipídicos e inflamatorios entre sujetos con o sin presencia de PAC.

Resultados: Se incluyeron 410 pacientes edad media: 48±11 años, hombres: 54%, tabaquistas 20%). Los pacientes con PAC presentaron significativamente más edad (53±6 vs. 46±11 años, p<0.001), mayor presión arterial sistólica (134±16 vs. 125±12 mmHg, p<0.001), un índice de masa corporal más elevado (28±4 vs. 26±11, p<0.005), mayor nivel de colesterol total (233±37 vs. 218±44 mg/dL, p<0.005), menor concentración de C-HDL (45±12 vs. 49±14 mg/dL, p<0.05) mayor nivel de apolipoproteina B (122±30 vs. 108±31 mg/dL, p<0.05), mayor prevalencia de tabaquismo (33 v. 15%) y de historia familiar de enfermedad vascular precoz (30 vs. 18%) con respecto los sujetos sin PAC. No so observaron diferencias significativas en los niveles de triglicéridos ni de proteína C reactiva.

Conclusiones: El hallazgo de PAC se asoció con las mismas variables lipídicas y no lipídicas relacionadas con la enfermedad coronaria. Estos resultados sugieren que deberían implementarse estrategias similares para la prevención de ambas patologías.

Trabajo Libre Nº72

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON SOBREPESO U OBESIDAD ASISTIDOS EN CARDIOLOGÍA DEL HTAL P.V. DE CORDERO

GALLI, MÓNICA GRACIELA | ALVAREZ, EDUARDO | BOSCARO, MARCELO | RIO, ANA LETICIA | BALOG, ESTER | TODARO, MARÍA | DI LEVA, ANA | CACERES MONIÉ, CESAR.
HOSPITAL P.V. DE CORDERO - SAC DCN

Objetivos: Evaluar si los pacientes que presentan sobrepeso u obesidad, asistidos en el servicio de cardiología de nuestro hospital, presentan características epidemiológicas que los diferencien .

Materiales y Métodos: Se evaluaron 728 pacientes en control de rutina en consultorio de Cardiología de nuestro Hospital a los cuales se les confeccionó HC completa con relevamiento de datos antropométricos (peso, altura) determinando el BMI (sobrepeso > 25 y < 30 y obesidad >30) y antecedentes personales, evaluación de presencia de patología cardiovascular y factores de riesgo. Todos los pacientes tuvieron control de tensión arterial (TA), niveles de colesterol plasmático y glucemia en ayunas. Se utilizó la clasificación del JNC 7 para clasificar TA. Para su estudio se utilizó análisis univariado y se consideró significativa una p < de 0,05.

Resultados: De la población general evaluada se identificaron 287 con sobrepeso y 171 pacientes con obesidad .Este último grupo presentó como único dato diferencial mayor prevalencia de HTA estadio 2 con P estadísticamente significativa de 0.01.

	Sobrepeso (n:287)	Obesidad (n: 171)	P
Edad (AÑOS)	51.0 +/-14.4	50.29+/-12.3	0.56
BMI (KG/M2)	26.9 +/-1.4	33.45+/-3.6	0,00001
Colesterol (mg/dl)	203.0 +/- 41.0	206.5+/-42	0.36
TAS	130.15+ /-16.4	135.06+/-20.5	0.005
HTA 1	91	46	0.266
HTA 2	20	24	0.014
Pre HTA	116	77	0.31
Tabaco	88	59	0.42

Conclusiones: Las características epidemiológicas que diferenciaron a estas poblaciones fue la mayor prevalencia de HTA estadio 2.

Trabajo Libre Nº73

CAUSAS DE INTERNACIÓN Y MORTALIDAD DE LOS PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS INGRESADOS EN LA UNIDAD CORONARIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO

PAOLASSO, MARÍA FLORENCIA | TERRAGNO, ALICIA | PEZZATI, LAURA | ROMERO, SEBASTIÁN | MOYANO, ROXANA | DIONISIO, GABRIEL | GIOVENALE, PAULA | HERRERO, JORGE

HOSPITAL FRANCISCO SANTOJANNI

Objetivos: Determinar las características de los pacientes (p) mayores de 80 años internados en la Unidad Coronaria (UCO) de nuestro Hospital.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional. La información clínica, los antecedentes y la evolución de los pacientes incluidos, se obtuvo de una base de datos en formato Excel utilizada en la unidad coronaria de este hospital. Se incluyeron pacientes del período enero – diciembre 2009. Se analizaron sus causas de ingreso y de muerte, y se compararon los datos con los de pacientes menores de 80 años internados en el mismo período.

Resultados: El número de pacientes mayores de 80 años fue 72 (14% del total), 40 eran de sexo masculino (54.8%). La mediana de edad fue de 86 años (IC 80-95). En la población mayores de 80 años (M 80), el principal motivo de internación fue el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCANSST) (23.3%) seguido de la insuficiencia cardíaca descompensada (15%). En la población de menores de 80 años (m 80) el SCANST también representó el principal motivo de internación (25.3%), seguido del infarto de miocardio (18.7%) y luego la insuficiencia cardíaca descompensada (14.1%). La mortalidad global de M 80 fue del 8.33% y de m 80 6.49% sin diferencia estadísticamente significativa. La causa más frecuente de mortalidad del 1° grupo fue insuficiencia cardíaca (66,67%) y en el 2° SCANSST (31,03%) e IAM evolucionado (31,03%).

Conclusiones: La población de p M 80 presentó una mortalidad global similar a la de m 80,siendo el SCANSST la causa más frecuente de internación en ambos grupos. En los pacientes más añosos, la insuficiencia cardíaca superó al síndrome coronario agudo como causa de mortalidad.

Trabajo Libre Nº74

VARIABLES SOCIOECONÓMICAS, EDUCACIONALES Y ANTROPOMÉTRICAS EN PACIENTES PRE HIPERTENSOS, EVALUACIÓN DE FACTORES PREDICTORES POR ANÁLISIS MULTIVARIADO.

GALLI, MÓNICA GRACIELA | ALVAREZ, EDUARDO | BOSCARO, MARCELO | VIEYRA, GUSTAVO | SALAZAR, ADRIANA | RIO, ANA LETICIA | DI LEVA, ANA | PAVES PALACIO, HECTOR. **SAC DCN**

Objetivos: Determinar a través del análisis de variables socioeconómicas, educacionales y mediciones antropométricas los factores predictivos de pre-hipertensión (PHT), en comparación con los normotensos (NT).

Materiales y Métodos: Se evaluaron 734 pacientes en control de rutina en consultorio de Cardiología de nuestro Hospital a los cuales se les confeccionó HC completa con relevamiento de datos antropométricos, variables socioeconómica (determinando ingreso familiar, Trabajo, tipo de vivienda, cobertura médica, etc.) y educacionales. Todos los pacientes tuvieron control de tensión arterial (TA). Se usó la clasificación del JNC 7 para seleccionar los grupos. Para su estudio se utilizó el análisis multivariado y se consideró significativa una p < de 0,05.

	TA normal(n:340)	Pre HTA (n:138)	P
Edad (AÑOS)	43.529 +/- 15.510	50.232 +/- 13.617	0.00001
BMI (KG/M2)	25.235 +/- 4.7852	27.916 +/-	0.00001
Sexo M/F	94 (27%)	62 (44%)	0.0003
TAS (mmHg)	109.06 +/- 7.3163	130.85 +/- 4.9895	0.00001
TAD (mmHg.)	69.415 +/- 8.5010	82.978 +/- 10.391	0.00001
Colesterol (mg/dl)	191.63 +/-33.650	204.33 +/- 39.324	0.0004
Vivienda Prop (n,%)	188 (55%)	90 (65%)	0.0463
Med Cabecera	80 (23%)	50 (36%)	0.0090

Resultados: De la población general evaluada se identificaron 340 NT (TAS 109+/-7,3) y (TAD 69,4+/-8,5) y 138 PHT (TAS 130,8+/-4.99) Y (TAD 82,9+/-10,3), entre estos grupos las variables socioeconómicas y educativas no mostraron diferencias significativas, siendo los datos antropométricos los elementos que diferencian estos 2 grupos. Los PHT tienen mayor seguimiento por médico de cabecera con una P de 0,009.

Variables	Coeficiente	STD Error	Coef/SE	P
Constante	-4.84193	0.67815	-7.14	0.0000
BMI	0.08904	0.02132	4.18	0.0001
Edad	0.02303	0.00791	2.91	0.0036
Sexo	0.66497	0.22263	2.99	0.0028
Med cabecera	0.32812	0.24297	1.35	0.1769
Vivienda propia	0.25318	0.22519	1.12	0.2609

Conclusiones: 1) Las variables socioeconómicas y educacionales pierden valor predictivo frente a las mediciones antropométricas, que mostraron diferencias estadísticamente significativas. 2) El grupo de PHT presentó mayor seguimiento por médico de cabecera, como así el poseer vivienda propia.

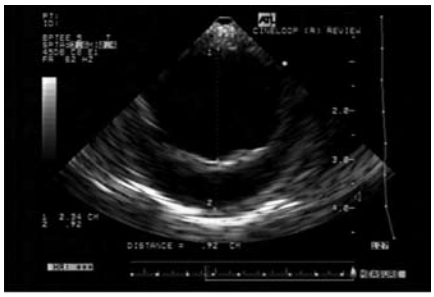
Trabajo Libre Nº75

DISECCIÓN AÓRTICA AGUDA TIPO A: PRESENTACIONES ATÍPICAS

ZAMAR, SANDRA MARIELA | BAZTARRICA, GABRIEL | SALVAGGIO, FLAVIO | BLANCO, NORBERTO | BOTBOL, ALEJANDRO | CORVALAN, EMMANUEL | ROSA, LAUREANO | PORCILE, RAFAEL

UAI HOSPITAL UNIVERSITARIO

Objetivos: Analizar la forma de presentación atípicas de DAAA. Se evaluaron las características poblacionales, tiempos de consulta y diagnóstico, resolución y evolución.



Materiales y Métodos: Se analizaron 15 pacientes con dignóstico de sindróme aórtico agudo que fueron derivados de sus obras sociales al servicio de cirugía cardiovascular del Hospital Universitario UAI para tratamiento quirúgico en un periodo de tiempo comprendido entre abril 2004 y marzo 2010. Las variables continuas se expresan en forma de mediana y las discretas con valores absolutos y el porcentaje.

Resultados: 5 pacientes tuvieron una presentación atípica (33%). Edad 52.2 años (35 a 67). 100% eran hombres. HTA en 5 pacientes. La forma de presentación clínica fue: angor en 2 pacientes con injuria subepicàrdica inferior; 2 pacientes ACV y otro presentó dolor súbito en el cuello. En un solo paciente se registró asimetría de pulso. En el 100% ingresaron con hipertensión arterial. Ensanchamiento del mediastino en la Rx de tórax en 3 pacientes, hipertrofia ventricular izquierda en 4 pacientes. Ante la sospecha clínica se realizó ecocardiograma transesofagico (ETE) en todos los pacientes, excepto en un paciente en el que se realizó cinecoronariografia (CCG) y aortograma como primer estudio. Una vez diagnosticada, se realizó cirugía de Bentall de Bono en 2 pacientes, 1 reemplazo de aorta ascendente y en 2 cirugía combinada (con CRM). 2 pacientes fallecieron en la internación. Como dato destacable, la mediana del tiempo (horas) desde la consulta hasta el diagnóstico para las presentaciones atípicas y típicas fue de 14 (8-21) vs 4 (3-5) con una p estadísticamente significativa.

Conclusiones: La DAAA es una patología con altísima mortalidad con indicación de tratamiento quirúrgico de emergencia. Se debe tener en cuanta las formas de presentación atípica para su correcto y rápido diagnóstico y así evitar retrasos en su tratamiento.

Trabajo Libre Nº76

VALIDACIÓN DEL ECG PARA VALORAR HIPERTROFIA CARDIACA UTILIZANDO EL ANCHO DEL QRS.

ROCCA, FEDERICO EDUARDO. **HOSPITAL GRAL DE AGUDOS "DR JOSÉ PENNA" BAHÍA BLANCA**

Objetivos: Comparar la valoración de la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) por el ECG, utilizando el ancho del QRS, con la medición del índice de la masa detectada con el eco cardiograma.

Materiales y Métodos: Se seleccionaron pacientes que concurrieron para realizarse un Ecocardiograma por cualquier causa, y se analizó en ellos los signos de HVI en el ECG, utilizando el criterio de Cornell (amplitud de R en aVl + amplitud de S en V3) multiplicado por el ancho del QRS. Para el sexo femenino, se adicionaron 6 puntos a dicho cociente como factor de corrección. Se consideró compatible con HVI un valor mayor o igual a 2440. Se obtuvo del Ecocardiograma el índice de masa ventricular izquierda (IMVI) , asumiendo como HVI resultados de 95 g/m2 en mujeres y 115 g/m2 en varones). Tomando como patrón oro el Ecocardiograma, se analizó la sensibilidad (SE), especificidad (ES), valor predictivo positivo (VPP) y negativo(VPP) del criterio de HVI evaluado en el ECG. Se seleccionaron subgrupos de acuerdo al grado de HVI en el ecocardiograma (leve: IMVI en varones, en mujeres; moderada IMVI en varones, en mujeres; severa IMVI en varones, en mujeres) realizando luego un análisis similar para cada uno de ellos.

Resultados: Se obtuvieron datos sobre 200 pacientes consecutivos. Considerados globalmente, el análisis del criterio de Cornell corregido por el ancho del QRS arrojó una SE, ES, VPP y VPN de 20%, 91%, 50% y 73% respectivamente. Al seleccionar la población en grupos de acuerdo al grado de HVI según el ecocardiograma, los valores hallados se reflejan en la tabla:

Grado de HVI	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
Leve	0%	93%	0%	51%
Moderada	30%	73%	43%	61%
Severa	24%	78%	57%	46%

Conclusiones: El análisis del ECG para evaluar HVI constituye un dato de alta especificidad pero muy baja sensibilidad, incluso utilizando el ancho del QRS. El grupo de menor sensibilidad fue el de pacientes con HVI leve.

Trabajo Libre Nº77

EVOLUCIÓN DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR EN PACIENTES CON IAM EVOLUCIONADO

SALMERI, EMILIANO EDUARDO | KEMPS, JULIÁN A | COMAS WELLS, MARÍA FERNANDA EMMA | DARÚ, VÍCTOR | FERREYRA, RAÚL | IGLESIAS, RICARDO M. **SANATORIO DE LA TRINIDAD-MITRE**

Objetivos: Estudiar la evolución de la función ventricular izquierda ecocardiográfica medida en la internación respecto a la obtenida al mes del egreso en una población de pacientes con diagnóstico de infarto evolucionado de una institución privada de alta complejidad.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 90 pacientes consecutivos con diagnóstico de infarto de miocardio entre abril de 2009 y septiembre de 2010, seleccionándose el subgrupo de 34 pacientes evolucionados. Se obtuvo seguimiento del 100%. Se realizaron ecocardiograma al ingreso y al mes, midiéndose FEy por Simpson. Definiciones: buena función a FEy mayor 55%, deterioro leve a FEy entre 50-54%, deterioro moderado a FEy entre 35-49%, deterioro severo a FEy menor a 34%.

Resultados: Ver tabla 1, tabla 2 y tabla 3.

Tabla 1.	
Edad (años)	65
Sexo masculino (%)	74
Indice Masa Corporal (Kg/m2)	27.43
Stress (%)	41
Tabaquismo (%)	47
ExTabaquismo (%)	6
Dislipidemia (%)	59
Diabetes (%)	24
Hipertensión arterial (%)	68
Antecedentes cardiovasculares (%)	21
Insuficiencia renal crónica (%)	6
Trastornos tiroideos (%)	15
IECA/ARAII (%)	59
BB (%)	29
Espironolactona (%)	0
Killip y Kimball A (%)	74
Killip y Kimball B (%)	12
Killip y Kimball C (%)	6
Killip y Kimball D (%)	9

Resultados CCG	(%)
Lesión 1 vaso	12
Lesión 2 vasos	9
Lesión 3 vasos	15
Lesión de tronco	9
Sin lesiones	12
No estudiados	57
Revascularizados	**(%)**
Angioplastia	12
CRM	1
Evolución	**(%)**
KK mayor a A	18
Óbito	18
Tratamiento al alta	**(%)**
IECA/ARAII	92
BB	100
Espironolactona	7

Función sistólica VI intrahospitalaria/al mes del egreso	(%)
Buena/Buena	77
Buena/Leve	15
Buena/Moderada	8
Buena/Severa	0
Leve/Buena	33
Leve/Leve	50
Leve/Moderada	17
Leve/Severa	0
Moderada/Buena	29
Moderada/Leve	0
Moderada/Moderada	57
Moderada/Severa	14
Severa/Buena	0
Severa/Leve	0
Severa/Moderada	0
Severa/Severa	100

Conclusiones: Al dividir a los pacientes de nuestra población por subgrupos según la función ventricular, se observa que la mayoría de los pacientes con buen nivel de bloqueo del sistema neurohormonal mantiene la función ventricular del post evento inmediato a pesar de presentar una baja tasa de revascularización. Incluso, la segunda minoría de pacientes de nuestra población presenta mejoría de la misma.

Trabajo Libre Nº78

ESTUDIO DE MASAS INTRA Y PARA-CARDIACAS POR RESONANCIA MAGNETICA EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD – SERIE DE CASOS

FERNANDEZ RECALDE, MARÍA LUZ | LUDUEÑA CLOS, ESTEBAN | AVACA, HORACIO | KURDRLE, CYNTHIA | SCHIAVONE, MIGUEL | SMITH, CHRISTIAN | PEÑA, MARTÍN | MANUALE, OSVALDO
HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Evaluar el uso de la resonancia magnética cardíaca (RMC) en el estudio de masas intra y para-cardíacas y su utilidad en la toma de decisiones terapéuticas.

Materiales y Métodos: Sobre un total de 162 estudios de RMC, realizados entre abril de 2009 y febrero 2011, se efectuaron 6 procedimientos para la evaluación de masas intra o para-cardíacas (siguiendo un protocolo completo de secuencias específicas), ya sea para confirmar su diagnóstico realizado por otros métodos complementarios, como para el estudio de la anatomía, composición, compromiso funcional, perfusión y fibrosis tras la administración de material de contraste no ferromagnético.

Resultados: De los 6 casos estudiados, se evaluó la presencia de una imagen eco densa a nivel del anillo tricuspídeo hallada en ecocardiograma Doppler color con mala ventana acústica, donde se descartó la presencia de dicha masa y se llegó al diagnóstico de miocardio no compacto (caso 1). Por su comportamiento por RMC se establecieron los diagnósticos prequirúrgicos de mixoma cardíaco en aurícula izquierda (caso 2) y fibroelastoma tricuspídeo (caso 3), ambos confirmados por anatomía patológica. En un paciente en estudio por hipertensión arterial secundaria (caso 4) se pudo determinar que una masa extra-cardiaca en íntimo contacto con la aurícula derecha no producía compresión, ni disfunción de la misma. Se pudo poner en evidencia la presencia de engrosamiento de la pared libre de aurícula izquierda, secundario a efecto actínico (caso 5). Finalmente se constató la presencia de una imagen nodular en tracto de salida del ventrículo derecho en paciente con EPOC severo y fibrilación auricular (caso 6), que presentaba múltiples comorbilidades.

Conclusiones: La resonancia magnética cardíaca es una herramienta útil para el estudio y toma de conducta terapéutica en pacientes con sospecha y diagnóstico de masas intra y para-cardiacas, constituyendo el 4% de las indicaciones de nuestra población. Se destaca su valor aditivo y complementario a otros métodos de diagnósticos por imágenes.

Trabajo Libre Nº79

EVALUACIÓN DE FVD SISTÓLICA EN 3 GRUPOS DE P SIN ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD PULMONAR

TRIPOLONE, JUAN ANTONIO | SANTIAGO, GUSTAVO A | TRIPOLONE, JUAN M | DELGADO, JULIA
INSTITUTO MÉDICO SAN JUAN

Objetivos: La evaluación de la FVD es compleja pues no existe un modelo geométrico adecuado para la misma. Se han realizado esfuerzo en la obtención de índices de FVD a traves de Eco M, bidimensionl, doppler y TDI, que diagnostiquen alteraciones precoces de la misma. En el presente trabajo se evaluaron 3 G de pacientes: normales, con FR CV, enfermedad CI sin patología pulmonar, ni HTP, para evaluar repercusión sobre FVD y función vascular pulmonar.

Materiales y Métodos: Se tomaron 131p y se los dividio en 3G: G1 normales 28p(ep 37+-13), G2 Con FR CV (HTA, DBT, Obesidad, tabaco, dislipid, sindMetab) 68p (ep 58 +-12.6), G3 CI probada c/s InfartoPrevio 35p (ep 68+-9.3). Se evaluó los siguientes parámetros:

1. ESPAT (excursión sistolica del plano anillo Tricuspideo): VN 2.5+-0.5cm
2. Svd TDI(velocidad sistolica longitudinal de pared libre de VD): VN >9cm/seg
3. Indice de acelerac isovolumica sistolico TDI : VN en nuestro lab >1.7 cm/se2
4. Indice de distensibilidad Vascular Pulmonar (DVP) (desarroll por nuestro G, SAC 2006): DVP= Flujo Pulmonar/PAPM= (DAP/2)2* 3.14*VTI JetPulmon/0.45*TAC JetPulm. VN >2-2.5ml/mmHg

Análisis Estadístico: Contraste de hipótesis para la diferencia de medias DS p<0.05

Resultados:	ESPAT	SVD	IAVvd	DVP
G1	2.1	13	1.7	9.2
G2	2.9	12	1.8	6.3
G3	2.3	10	1.2	2.6

Presentaron DS p<0.05:
Svd G1 vs G2 p<0.02, G1 vs G3 p<0.006
DVP G2 vs G3 0,0001, G1 vs G3 p<0.0005

Conclusiones:

1. En el presente trabajo se vio repercusión de los FR CV y CI sobre la DVP con deterioro de la misma y quizás con aumento de postcarga deVD
2. Svd es un parámetro que separa los G1 del G2-3 en forma estadística aún en ausencia de http.
3. Espat no presento DS en este G de p sin http ni Dilatación de cavidad VD
4. El estudio sugire que la Svd y DVP podrian ser marcadores precoses de disfunción de VD y aumento de postcarga en G2-3 de p.

Trabajo Libre Nº80

ANÁLISIS DE PARÁMETROS DE FVI SISTÓLICA Y POSTCARGA EN PACIENTES NORMALES, FR CV Y CI

TRIPOLONE, JUAN ANTONIO | SANTIAGO, GUSTAVO A | TRIPOLONE, JUAN M | RIVAROLA, SOFIA
INSTITUTO MÉDICO SAN JUAN

Objetivos: En la practica clínica, la TAS es tomada como sinonimo de postcarga, ignorando la importancia que tiene el stiffness de AO en la misma. Una Ao rigida, como sucede en la HTA sistolica incrementa la postcarga. Un Acople VentriculoVascular optimo (AVV) se relaciona con un performance de VI adecuada. Incremento del AVV conduce a aumento de PFDVI, disminuí de la relajación y finalmente ICC con FEy normal. La alteración de morfología, carga y función son parámetros interrelacionados, porque cada uno influye en el otro. Por lo anterior se evaluo el comporamiento de la postcarga y función ventricular sistolica en 3 grupos de pacientes normals, con FR CV y con CI .

Materiales y Métodos: Se tomaron 131p y se los dividio en 3G: G1 normales 28p(ep 37+-13), G2 Con FR CV (HTA, DBT, Obesidad, tabaco, dislipid, sindMetab) 68p (ep 58 +-12.6), G3 CI probada c/s InfartoPrevio 35p (ep 68+-9.3).

Se evaluó los siguientes parámetros: Parámetros de postCarga de VI: Stiffnes pared Ao: Ln [(Diam FS AO – Diam FD AO / Diamet-FD Ao) * TAS /TAD] VN <2. Formula adaptada por nuestro laboratorio y presentada congreso SAC. AVV: IVFS/IVS = Vn 0.46 +-10 (formula simplificada de cociente de Elas-

tance Ao/Elastance de VI). Parámetros de función sistolica de VI:

Fey por regla de Simpson. VEAM: velocidad del anillo mitral en primer primer tercio de sistole por M convencional (descripto por nestro grupo). Análisis Estadística: prueba de contraste de hipotesis para diferncias medias (DS p < 0.05)

Resultados:	Stiffness*	AVV*	Fey	VEAM*
Normales	1.85	0.33	62	10,3
FR CV	2,76	0,42	60	7,3
CI	3,30	0,69	56	6,3

Stiffness DS entre G1 G2 0,00000003, G1 G3 0,0, G2 G3 0,024

AVV DS G1 G2 0,010, G1 G3 0,001, G2 G3 0,0013

Fey DS G1 G3 0,05, G2 G3 0,012

VEAM G1 G2 0,02, G1 G3 0,0041, G2 G3 0,016

Conclusiones:

1. La valoracion de parámetros de postcarga de VI son importantes en la estratificación de riesgo CV
2. Stiffness AVV y VEAM separa en forma estadistica significativa los 3 G de pacientes no asi FEy que separó el G1-2 vs 3
3. Es importante valorar la alteraciones de post carga en pacientes con FR CV como única alteración sin el desarrollo de enfermedad CV manifiesta
4. Todos los p del presente trabajo presentaban FEy normal
5. Los parámetros del presente trabajo son de fácil cálculo en equipos de mediana complejidad

Trabajo Libre Nº81

COMPORTAMIENTO DE PARÁMETROS DE FUNCIÓN SISTÓLICA DE VI EN P NORMALES, CON FR CV Y CON CI, LOS 3 G CON FEY NORMAL

TRIPOLONE, JUAN ANTONIO | SANTIAGO, GUSTAVO A | TRIPOLONE, JUAN M | TRIPOLONE, PAULA
INSTITUTO MÉDICO SAN JUAN

Objetivos: La cuantificacion de la FVI es importante para la evaluación y tto de p con cualquier tipo de cardiopatia. La Fey es la medida mas usada para valorar FVI y Riesgo CV, aunque se sabe que es dependiente de post y precarga, FC y contractilidad. La FVI sistolica también incluye la excursión del anillo mitral hacia el apex relativamente inmóvil(acortamiento Longitudinal). Se ha usado esta como elemento descriptivo de FVI sistólica. En el presente trabajo se quiso comparar un conjunto de parámetros de FVI sistolica y sistodiastolica en 3 G de paciente

Materiales y Métodos: Se tomaron 131p y se los dividio en 3G: G1 normales 28p(ep 37+-13), G2 Con FR CV (HTA, DBT, Obesidad, tabaco, dislipid, sindMetab) 68p (ep 58 +-12.6), G3 CI probada c/s InfartoPrevio 35p (ep 68+-9.3)

Se evaluo los siguientes parámetros:

Parametros sistolicos de VI: Fey por regla de Simpson (VN >55%), VEAM (Velocidad de acortamiento de eje longitud de VI por modo M convencion, en el promer tercio de la sistole, a nivel de región lateral de anillo mitral) . VN >9 cm/seg. SM por TDI: velocidad pico de la onda S del anillo MItal en porcion lateral. VN >9cm/seg. IAIV (indice acelerac IsoVolum): pendiente de ascenso de ond S TDI. VN nuestro labor 2.32+-1.8 cm /seg2. Parámetros SistoDiastolico:

Indice de tei= iciv+iriv/tey Vn 0,37+-0,05

Analisis Estadstico:contraste de hipótesis para diferencias medias (DS p<0.05)

Resultados:	Fey	VEAM*	SM*	IAVI	TEI
G1	62	10.8	11.3	2.31	0.44
G2	60	7.3	8.1	1.5	0.54
G3	56	6.3	7	0.83	0.62

Fey DS G1 G3 0,0005, G2 G3 0,01

VEAM DS G1 G2 0,02, G1 G3 0,004, G2 g3 0,016

SM DS G1 vs G2 0.0003, G1 vs G3 0.000001, G2 vs G3 0.001

IAVI DS G1 vs G3 0.009, G2 vs G3 0,001

TEI: G1 vs G2 0,01, G1 vs G3 0,0005

Conclusiones:

1. Se observo que los parámetros mas importantes para separar los 3G fueron los que valoraron acortamiento longitudinal de VI (VEAM, SM)
2. En la estratificación de riesgo CV se tendria que considerar agregar a los parámetros clasicos (FEy) parámetros no convencionales como SM y VEAM.
3. IAVI y TEI no agregaron información en la estratificac de riesgo
4. Veam es un parámetro de facil medicion en equipos de eco de baja complejidad, aunque no se cuente con doppler tisular para la valoración de SM.

Trabajo Libre Nº82

FIBRILACIÓN AURICULAR. UTILIZACIÓN DEL SCORE DE SANGRADO

SILVEIRO, SANDRA EDITH | COMAS, ANALIA | CAPRINI, ROMINA | CAINZO, JOSE | QUIROGA, BARBARA. **POLICLÍNICA BANCARIA "9 DE JULIO"**

Objetivos: Evaluar en pacientes portadores de fibrilación auricular crónica (FAC) la utilización del score de sangrado. Analizar cambios en la conducta terapéutica al alta médica.

Materiales y Métodos: Se evaluaron retrospectivamente pacientes portadores de FAC que fueron hospitalizados en cardiología desde febrero del 2009 a noviembre del 2010. Se dividieron en dos grupos: Grupo A con tratamiento anticoagulante y Grupo B sin tratamiento anticoagulante. Se analizó en todos los pacientes las variables evaluadas en el score de sangrado de la Sociedad Europea de Cardiología aplicándose los puntos pertinentes: Hipertensión arterial (1 punto), Fallas en la función hepática y renal (1 cada una), Stroke (1 punto), Sangrado (1 punto), Labilidad del RIN (1 punto), Edad mayor a 65 (1 punto) , Abuso de droga o alcohol (1 punto cada uno).

Se evaluó diferencias en el score en ambos grupos y se analizó cambios en la indicación de tratamiento anticoagulante al alta de estos pacientes.

Resultados: n= 175 pacientes. Edad : 80.5±9.06. Grupo A: 70 pacientes. Grupo B 105 pacientes

	Grupo A	Grupo B	p
Edad	78.5±8.66	83±8.94	0.001
Score mayor de tres	9(12.86%)	7(6.66)	ns
Score de 2	51(72.85%)	89(84.76%)	0.08
Anticoagulados al alta	53/68 -por 2 obitos-(77.94%)	23(21.9%)	0.01

Conclusiones:

1. A diferencia de lo esperado, la distribución de pacientes con mas riesgo de sangrado fue similar en ambos grupos.
2. Cerca de la cuarta parte de los pacientes del Grupo B fueron externados con indicación de anticoagulación oral.
3. A excepción de la edad , no se hallo una variable estadísticamente significativa que nos permita determinar la decisión de no anticoagular a estos pacientes.
4. Impresiona que otros factores asociados a las características del grupo etario (motricidad, trastornos cognitivos, etc) no fueron analizados en nuestra población. Estos podrían ser decisivos a la hora de indicar un tratamiento anticoagulante en esta patología.

Trabajo Libre Nº83

ANTICOAGULACIÓN ORAL EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR CRÓNICA. APLICACIÓN EN LA PRACTICA DIARIA

SILVEIRO, SANDRA EDITH | MERUBIA, MARIELITA | COMAS, ANALIA | CAINZO, JOSE | CAPRINI, ROMINA | MEZA, MAGALI. **POLICLÍNICA BANCARIA "9 DE JULIO"**

Objetivos: Evaluar la aplicación de la anticoagulación oral en pacientes portadores de Fibrilación Auricular Crónica (FAC). Analizar las variables clínicas que determinan la indicación o rechazo de este tratamiento en la práctica diaria.

Materiales y Métodos: Se analizaron en forma prospectiva desde febrero del 2009 a noviembre del 2010 pacientes que consultan a cardiología y son portadores de FAC. Se evaluaron variables demográficas y patologías asociadas. Se dividió a la población en : Grupo A (pacientes Anticoagulados); Grupo B (pacientes sin Anticoagulación). Se evaluaron diferentes variables clínicas entre ambos grupos buscándose diferencias estadísticamente significativas entre las mismas, que nos permita establecer cuales resultan de peso a la hora de rechazar o no el tratamiento anticoagulante.

Resultados: De los 272 pacientes evaluados, eran portadores de FAC 175. Grupo A: 70(40%); Grupo B: 105 (60%).

	GRUPO A	GRUPO B	p
Edad	78.5±8.66	83±8.94	0.001
Mujer	40(57.14%)	55(52.38%)	ns
Hipertension Arterial	65(92.85%)	100(95.23%)	ns
Diabetes	14(20%)	16(15.23%)	ns
Insuficiencia cardíaca	11(15.71%)	12(11.42%)	ns
Insuficiencia renal	8/11.42%)	7(6.66%)	ns
Stroke	5(7.14%)	6(5.71%)	ns
Cardiopatía isquémica	18(25.71%)	21(20%)	ns

Conclusiones:

1. Más de la mitad de la población con FAC analizada no recibe anticoagulacion oral.
2. No se hallaron diferencias entre ambos grupos de las variables clínicas analizadas, con excepción de la edad, con significancia estadística, que resulta ser determinante a la hora de indicar o no el tratamiento anticoagulante en nuestra población, teniendo como próxima meta analizar la edad de corte que es utilizada por los médicos tratantes para establecer la anticoagulación en los pacientes con FAC.

Trabajo Libre Nº84

EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL INTERVALO DESDE EL INICIO DEL QRS AL INICIO DE LA ONDA DE PULSO CAROTIDEA CON EL RESULTADO DEL TILT TEST EN UNA POBLACIÓN SIN HISTORIA DE SÍNCOPE.

MATE, JESICA | IVANOVICH, VLADIMIR | VILLAMIL, ALEJANDRO | TORRES, YENIFERS | VARINI, SERGIO | FIAMENGO, JUAN MARTÍN | MORTOLA, GUILLERMO. **CENTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES**

Objetivos: Evaluar la capacidad de la medición del retraso de la onda de pulso carotidea durante el TT para predecir su resultado en una población sin historia de síncope o presíncope.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo en voluntarios mayores de 15 años sin historia de síncope o presíncope ingresados entre mayo de 2008 y noviembre de 2009 a los que, previa firma de consentimiento se sometió a TT convencional registrando simultáneamente en forma no invasiva la presión arterial, la frecuencia cardíaca, el QRS y adicionalmente la onda de pulso carotidea, mediante polígrafo diseñado especialmente a 100 mm/seg de velocidad. Fue evaluada la capacidad del retraso en la aparición de la onda de pulso carotidea desde el inicio del QRS al inclinar al paciente a 70° para predecir el resultado del TT.

Resultados: Fueron estudiadas 30 personas de entre 15 y 75 años (media 41.8), 19 de ellas mujeres (63.3%) sin historia de síncope o presíncope. De 6 hipertensos (20%) 5 estaban tratados con enalapril y 2 con atenolol. Dos eran diabéticos tipo II (6.6%). Síncope durante el TT ocurrió en 2 casos a los 15 y 30 minutos constatándose en ellos una prolongación media de 40 mseg en los primeros 5 minutos de la inclinación comparado con 5.9 mseg en el grupo que no lo desarrolló. Una prolongación precoz > de 25 mseg del intervalo QRS inicio de onda de pulso carotidea en los primeros 5 minutos de la inclinación discriminó los 2 casos que presentaron síncope durante el TT. Ningúno de los otros parámetros registrados predijo síncope precozmente

Conclusiones: Una prolongación mayor de 25 mseg. del retraso de la onda de pulso carotidea durante los primeros minutos de la prueba de inclinación predijo el desencadenamiento de síncope durante el TT en una población sin historia de síncope o presíncope. El resultado sugiere que un parámetro de medición simple y no invasiva tendría el potencial de predecir precozmente el resultado del TT en pacientes sin historia de síncope, hecho que podría resultar útil para el estudio de la fisiopatología del síncope neurocardiogénico y su tratamiento.

Trabajo Libre Nº85

LA REALIDAD CARDIOVASCULAR Y SOCIAL EN UNA POBLACIÓN A 3000 METROS DE ALTURA

OVEJERO, RODRIGO ABEL | LESCANO, ADRIÁN | PEREZ, GONZALO | PIERONI, PABLO | METTINI, SILVANA | ELLELIT, GUILLERMINA | SOSA, ARIEL | IGLESIAS, RICARDO. **CONSEJO ARGENTINO DE RESIDENTES DE CARDIOLOGIA - FUNDACION CARDIOLOGICA ARGENTINA**

Objetivos: Evaluar cuales son los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), los antecedentes cardiovasculares (CV) y las características sociales de una población a 3000 metros de altura.

Materiales y Métodos: Se diseño un estudio observacional epidemiológico en la población de Humahuaca (provincia de Jujuy), realizada por residentes de cardiología y cardiólogos el 22 y 23 de noviembre de 2010. Por medio de una encuesta auto referida e interrogatorio se evaluó el nivel educativo, la actividad laboral, cobertura sanitaria, antecedentes CV y los FRCV . Los FRCV analizados fueron hipertensión arterial (HTA), ex/tabaquismo (EXTBQ/TBQ), dislipémia (DLP), diabetes (DBT), etc. Se evaluaron 3 mediciones de presión arterial (PA), colesterol (COL), perímetro abdominal, peso y altura, entre otras variables.

Resultados: Se analizaron 173 pacientes consecutivos, con una edad promedio 52 años y 68% mujeres. El 74,6% tiene educación primaria, el 22% analfabetos, 42% son trabajadores activos, el 34,7% ama de casa y el 17,3% se encuentran desocupados. El 43,9% no tiene ninguna cobertura sanitaria. El 32,4% es HTA y el 41,6% lo desconoce, solo el 11,6% está tratado. El 73,4% desconoce si es DBT y el 5,2% es DBT. El 69,4% se desconoce DLP, el 16,2% es DLP y el 3,5% está bajo tratamiento para DLP y DBT. El 12,7% son TBQ activos y el 8,1% son EXTBQ. EL índice de masa corporal es de 28 kg/m2. El promedio de perímetro abdominal es 99,8 cm. El promedio de 3 tomas de PA es de 130/81 mmHg y el COL medido es 185,8 mg/dl. El 97,7% no refieren enfermedad coronaria, no hay antecedentes de infarto de miocardio, el 21,4% refiere disnea y el 1,2% presentó accidente cerebrovascular.

Conclusiones: En nuestro análisis epidemiológico a 3000 metros de altura observamos un nivel elevado de desconocimiento acerca de los FRCV, esto asociado a un bajo nivel educativo y alto porcentaje de individuos sin cobertura sanitaria. La tasa de eventos cardiovasculares es baja, esto asociado a la baja prevalencia de FRCV.

Trabajo Libre Nº86

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

NIETO, RAMIRO AUGUSTO | SOBRÉ, MARCOS | LEZANA, FACUNDO | JORGE, NADIA | DE CANDIDO, LAURA | NOBILIA, NICOLÁS | DEGRANGE, MARCELA | BLANCO CERDEIRA, PATRICIA. **HOSPITAL NAVAL**

Objetivos: 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 la relación entre la glucemia de ingreso y el flujo TIMI inicial.

Materiales y Métodos: Estudio observacional de 116 pacientes consecutivos cursando IAMCEST tratados con angioplastia primaria, ingresados a Unidad Coronaria entre Enero 2009 y Febrero 2011. La glucemia fue medida a la admisión, y definida según criterios de AHA/ACC (= 140 mg/dl).

Resultados: La edad de los pacientes es de 62.5±13.3, 73% de sexo masculino. El 61% eran tabaquista, 55% hipertensos, 42% dislipémicos y el 24% eran diabéticos (DBT) conocidos. El 9.5% tenía como antecedente infarto y el 7% revascularización previa. La media de glucemia a la admisión fue 154±64 mg/dl. Al ingreso el 49% tenían HG, el 43.2% eran DBT no conocidos y 67.9% DBT (p=0.04) (OR 2.78 -1.03-7,60). El flujo TIMI <2 inicial entre aquellos con o sin HG a la admisión fue de 91.2% vs 77.6% (p= 0.07) (OR 0.33 -0.09-1.11). La mortalidad hospitalaria fue de 2.6%, sin diferencia significativa entre aquellos que ingresan con o sin HG 1.8% vs 3.4% (OR 0.51 -0.02-7.57)

Conclusiones: La mitad de los pacientes ingresados con diagnóstico de IAMCEST sometido a angioplastia primaría presentaban HG al ingreso, siendo solo un tercio de ellos diabéticos conocidos. Se observó una tendencia significativa a menor flujo inicial en aquellos ingresados con HG, sin evidencia de mayor mortalidad intrahospitalaria.

Trabajo Libre Nº87

FRECUENCIA DE EVENTOS HEMORRAGICOS Y Características CLINICAS DE UNA POBLACIÓN ANTICOAGULADA POR FIBRILACIÓN AURICULAR

CONTRERAS, ALEJANDRO ERNESTO | REVIGLIONO, JOSÉ | AMUCHASTEGUI, TOMAS | AMUCHASTEGUI, MARCOS. **HOSPITAL PRIVADO CMC**

Objetivos: Describir la frecuencia de eventos hemorragicos (EH) y comparar las características clinicas con el grupo que no sufrio EH.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo. Se incluyeron pacientes entre octubre 2004 y noviembre 2007 que cumplieron con los siguientes criterios: diagnóstico previo de fibrilacion auricular (FA) no valvular, mayores a 18 años de edad; bajo tratamiento con warfarina vía oral; seguimiento por 1 año al menos, y con controles periódicos de rango internacional normatizado (RIN), excluyéndose a todos aquellos pacientes que tuvieran controles de RIN irregulares (algún período mayor a sesenta días entre dos valores de RIN consecutivos) o que estuvieran anticoagulados por una patología distinta a FA. 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. Se comparo variables clinicas entre el grupo con y sin EH. Para la comparación de las variables categoricas se uso Chi cuadrado y para la comparación de las variables continuas Test T. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 88 pacientes. Edad 77.3 ± 7.9 años. 53.4% hombres. CHADS 1.85 ± 1.1. El 18.2% tuvo EH, de los cuales fueron 5.7% mayores y 12.5% menores, en un seguimiento de 35.8 ± 13.4 meses. No hubo diferencias significativas en las características clínicas entre los pacientes con y sin EH (tabla). Un grupo pequeño (5 pacientes) compuesto por hombres, mayores de 75 años, CHADS de 2 puntos o mas y con tiempo en rango terapéutico (TTR) menor a 60%, tuvo mayor porcentaje de EH (60%) vs (15.7%) en el grupo sin alguna de estas caracteristicas. p 0.04, RR 3.8 (IC 95 1.6-9.1).

	EH (16 pacientes)	No EH (72 pacientes)	Valor p
Hombres (%)	75	48.6	0.09
Edad (años)	79.8 ± 7.7	76.8 ± 8	0.17
CHADS (puntos)	2.25 ± 1.23	1.76 ± 1.14	0.13
TTR (%)	58.6 ± 13.3	63.6 ± 14	0.20

Conclusiones: Los pacientes con EH presentaron características clínicas similares a los que no tuvieron EH. Un grupo compuesto por hombres, mayores de 75 años, con CHADS de 2 puntos o mas y con TTR menor a 60% tuvieron un porcentaje significativamente mayor de EH.

_Indice de participantes

Acuña, Marcos 11, 23
Aguirre, Atilio De Jesus 14, 17
Antelo, Carlos 28
Ariet Medela, Eliana 25
Avila, Graciela 21, 24
Barrera, Miguel 20
Barrero, Carlos 23, 26
Barresi, Ana 12
Baruf, Carlos 23
Bauk, Lucas 17
Belziti, César 22, 26
Benitez, Bernardo 15, 24
Berenstein, Cesar 15
Bertuzzi, Teresa 15
Bogado, Andrés 15
Boullón, Fernando 22
Cagide, Arturo 22, 25, 26
Cailotto, Marcos 13, 17
Carreño, Cesar 23
Cegna, Héctor 20, 22
Chambó, Marcelo 16
Chaves, Carlos 11, 16
Chaves, Julio 22
Chiocconi, Angel 15
DamskY Barbosa, Jesús 28
De Dios, Ana 28
Delgado Del Aguila, Fernando 12, 17
Demollein, Daniela 12, 24
Di Tommaso, Fernando 16, 22
Díaz, Alberto 20, 21
Domínguez, Pablo 20, 28
Esteban, Alejandro 22
Estebanez, María 11, 17
Etulain, María J. 22
Fábregues, Guillermo 15
Faella, Horacio 28
Fernández, Luis 22
Ferrari, Pablo 17
Ferreyra, Constanza 22
Fischman, Enrique 20, 28
Fita, Mariana 30
Flores Ortiz, Claudia 30
Flores, Luis 26
Flores, María 15
Fornes, Julio 17, 22
Galli, Mónica 24, 25
García Delucis, Pablo 28
Girela, Germán 20
Gonzáles Ore, Bladimir 22
Gonzalez, Miguel 23, 26
Grancelli, Hugo 22, 26
Grasso, Mario 20, 21, 24
Hasson, Sergio 13, 17
Hita, Alejandro 17, 20, 24
Iglesias, Ricardo 14, 26
Irusta, Jorge 15
Ithuralde, Alejandro 28
Ithuralde, Mariano 28
Jeich, Marcelo 15
Krauss, Juan 20,23, 26
Kremer, Armando 15
Labaroni, Carlos 11,14, 28
Lacalle, Daniel 12
Lanternier, Gastón 24
Lavergne, Carlos 16
León, Carlos 20
Lescano, Javier 30
Libertela, Mónica 30
Longarini, Diego 30
Longo, Damián 30
López, Claudio 16, 25
López, Guillermo 17
López, Rodolfo 16, 21
Maisuls, Héctor 18
Maldonado, Pablo 14, 21
Marciani, Gabriela 22
Martinenghi, Mario 15
Martínez Aquino, Eleno 23
Masoli, Osvaldo 14, 17, 26
Mataruco, Betiana 30
Maurino, Juan F. 24
Medina, Constanza 24
Mele, Eduardo 17, 26
Militello, Claudio 16, 22
Moltedo, José 28
Morell, Fernando 17, 20
Moreno, Norma 30
Moyano, Claudio 23
Nucci, Sandra 11, 23
Otatti, Luis 16
Pantalena, Silvia 22
Parola, Marisa 16, 17
Pedroza, Carlos 14
Pérez Baliño, Néstor 17, 26
Perez, Luis 23
Pero Bellido, Simón 16
Piccirilli, Elena 20
Piñeiro, Daniel 17, 22,25, 26
Ploger, Claudio 22
Portillo, Mariano 30
Presti, Cecilia
Proietto, Marcela 30
Pulita, Miguel 17, 26
Quiroga, José 20
Reeves, Carlos 28
Rodríguez, Militza 30
Rodríguez, Roberto 24
Romero, Ana M. 30
Rosso, Diego 30
Rousseau, Juan 22
Salvati, Ana 24
Sciegata, Alberto 28
Silveira, Mariano 30
Simón, Andrea 30
Singh, Néstor 20, 25
Sosa Liprandi, Alvaro 23, 26
Spolidoro, José 22
Swieszkowski, Sandra 17
Szejnfeld, Mario 17
Thalasselis, Demetrio 23
Tinetti, Jorge 15, 17
Urdiales, Pedro 17
Vagnola, Oscar 28
Valero Lucero, José 23
Vallejo, Carlos 16, 24
Varini, Sergio 22, 26
Verdugo Díaz, Rodrigo 24
Villa, Alejandra 28
Volberg, Verónica 12, 17, 23
White, Patricio 30
Zgaib, Ma. Elisa 15, 22
Zukerman, Walter 11
Zurita, María J. 30

_NOTAS

Isobloc® D

Carvedilol 25 mg + Hidroclorotiazida 12,5 mg

Eficacia antihipertensiva con cardioprotección y con todos los beneficios del carvedilol

- ***Acción metabólica positiva***
- ***Acción antioxidante***

1 *sola toma diaria favorece la adherencia al tratamiento*

Presentación:
Envases con 30 comprimidos

Para mejorar la calidad de vida del paciente hipertenso

LINEA CARDIOMETABOLICA CASASCO

Farmacia Solidaria

VALE+ SALUD

PAMI 40%

Desde hace más de CASASCO 130 AÑOS

www.casasco.com.ar

Pleyar®

CLOPIDOGREL 75 mg

El Antiagregante de excelencia

AMPLIA DEMOSTRACION CLINICA DE EFICACIA Y TOLERANCIA

Estudios CAPRIE, CURE Y CREDO

Reduce más que la aspirina el riesgo de eventos isquémicos combinados en pacientes de alto riesgo (CAPRIE).

Menor tasa de infarto de miocardio que la aspirina en pacientes de alto riesgo (CAPRIE).

Mayor prevención de eventos vasculares recurrentes en pacientes con angina inestable (CURE).

Menor número de eventos vasculares luego de una intervención coronaria percutánea (CREDO).

Mayor prevención de accidentes cerebrovasculares isquémicos (CAPRIE - CURE - CREDO).

Efectividad comprobada
a menor costo de tratamiento

Presentación: Envases con 15 y 30 comprimidos recubiertos

PAMI 40% · Recetario Solidario · VALE+ SALUD · IOMA

Desde hace más de CASASCO 130 AÑOS

www.casasco.com.ar

LINEA CARDIOMETABOLICA CASASCO