



42^o CONGRESO ARGENTINO DE CARDIOLOGÍA

RESÚMENES DE
TEMAS LIBRES



0232 - EFECTO DEL INHIBIDOR DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA Y NEPRILISINA LCZ696 COMPARADO CON ENALAPRIL SEGÚN EL RIESGO BASAL EN PARADIGM-HF

Felipe MARTÍNEZ(1) | J.L. RUEAU(2) | I.B. SQUIRE(3) | J. SIMPSON(4) | K. SWEDVERG(5) | M. LEFKOWITZ(6) | M. PACKER(7) | J. MACMURRAY(8) | INSTITUTO DAMIC (1); UNIVERSIDAD DE MONTREAL (2); NIHR, LEICESTER, (3); UNIVERSIDAD DE GLASGOW (4); UNIVERSIDAD DE MONTREAL (5); NOVARTIS (6); UNIVERSIDAD DE TEXAS (7); UNIVERSIDAD DE GLASGOW (8)

Objetivos: El inhibidor de los receptores de angiotensina y neprilisa LCZ696 redujo la morbilidad y mortalidad cardiovasculares en pacientes con insuficiencia cardíaca en el estudio PARADIGM. Utilizamos una medida inclusiva de severidad de la insuficiencia cardíaca, el puntaje de riesgo MAGGIC, para determinar el beneficio de LCZ696 en todo el espectro de severidad de la insuficiencia cardíaca. Materiales y Métodos: En PARADIGM-HF, se aleatorizaron 8399 pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) clase funcional II-IV de la NYHA, FEVI = 40% y BNP/NT pro BNP levemente elevado a recibir el inhibidor de los receptores de angiotensina y neprilisa (angiotensin receptor neprilysin inhibitor, ARNI) LCZ696 (sacubitril-valsartán) 200 mg 2 v/día o enalapril 10 mg 2 v/día. El criterio de valoración primario fue una combinación de muerte por causa cardiovascular (CV) o internación por IC. El puntaje de riesgo MAGGIC es un puntaje de riesgo validado en insuficiencia cardíaca y asigna puntos en función de la FEVI, el sexo, la edad, la PA sistólica, el IMC, la creatinina, la clase de la NYHA, y el antecedente de tabaquismo, diabetes, EPOC, uso de betabloqueantes y duración de la IC. Determinamos si el riesgo, según el puntaje MAGGIC (<http://www.heartfailure.risk.org/>), modificaba el efecto del tratamiento con LCZ696. Los pacientes fueron divididos en 5 categorías de riesgo (Figura). Resultados: En PARADIGM-HF, el 70% de los pacientes estaban en clase funcional II de la NYHA y el 24% estaba en clase III. La mediana del puntaje MAGGIC fue de 16 (IQR 12, 21). Cada punto de aumento del puntaje se asoció con un 4% de aumento del riesgo de alcanzar el criterio de valoración primario ($p < 0,001$) y un 5% de aumento del riesgo de muerte por causa cardiovascular. El beneficio de LCZ696 con respecto al enalapril en cuanto al criterio de valoración primario fue similar en todo el espectro de riesgo (p de la interacción = 0,23) (Figura). Conclusiones: Conclusión: Si bien la mayoría de los pacientes en el estudio PARADIGM-HF tenía síntomas leves, había un amplio espectro de riesgo de muerte por causa CV o de internación por IC. El beneficio de LCZ696 con respecto al enalapril fue similar, independientemente del riesgo basal estimado utilizando un puntaje validado.

IAM, Registro Pígué, 1991 - 2015		
n	552	
Varones	381	69,02%
Mujeres	171	30,98%
Edad	63 ± 12,12	
Varones	61 ± 11,61	
Mujeres	71 ± 10,52	
Subgrupo IAM atípicos y silentes	54 p.	9,78%
Atípicos	50	9,06%
Silentes	4	0,72%
n	54	
Hombres	39	72,22%
Mujeres	15	27,78%
Edad	70,02	46 - 87
Varones	69,02	46 - 81
Mujeres	72,6	58 - 87
DBT	18	33,00%
DBTID	8	14,81%
DBTND	10	18,51%
Motivo de consulta		
Dolor precordial	17	31,48%
Angor de esfuerzos	6	11,11%
AP	5	9,26%
ARC	3	5,55%
Dolor precordial inestable	3	5,55%
Insuficiencia cardíaca	16	29,63%
Chequeos	14	25,92%
ACV	5	9,26%
Taquiarritmia	1	1,85%
Síncope	1	1,85%
Tratamiento		
CCQ	32	59,26%
ATC	6	11,11%
CRM	16	29,62%
Tto. Médico	32	59,26%
Mortalidad al año	10	18,51%
Silentes	2	50,00%
Atípicos diagnosticados por IC	8	50,00%
Atípicos sin IC	0	0%

0301 - REGISTRO PIGÜÉ 1991-2015. INFARTOS AGUDOS DE MIOCARDIO ATÍPICOS Y SILENTES.

Alberto Andrés VERGNEs | Julieta ARDUIN | Gladys SADONE / HOSPITAL MUNICIPAL PIGÜÉ

Objetivos: Determinar dentro del estudio epidemiológico del infarto agudo de miocardio (IAM) de Pigüé, el porcentaje de pacientes detectados tardíamente como IAM atípicos o silentes, establecer sus características clínicas y evolución. Materiales y Métodos: Registro poblacional, prospectivo, de 25 años de duración, entre el 01-01-1991 y el 31-12-2015, que incluyó solamente habitantes del distrito de Saavedra-Pigüé en los que se detectó IAM. Se consideró IAM silente cuando el paciente no registró ningún síntoma y atípico cuando en el re-interrogatorio logró establecer un evento no valorado adecuadamente en su momento. Resultados: Se registraron 4 IAM silentes y 50 atípicos. Los motivos de consulta fueron dolor precordial, insuficiencia cardíaca o chequeos preventivos. Las diferencias observadas en la comparativa con el registro total muestran un incremento del promedio de edad de 7 años (70 vs. 63), mayor porcentaje de diabéticos (33% vs. 21%) y más cirugías de revascularización miocárdica (29,62% vs. 13,04%) por enfermedad multivascular. Conclusiones: El subgrupo de IAM atípicos y silentes en una muestra poblacional representó el 9,78%. Los pacientes con IAM silentes, y los atípicos diagnosticados tardíamente por insuficiencia cardíaca, son un grupo de alto riesgo ya que presentaron miocardiopatía dilatante con severo deterioro de la función sistólica y elevada mortalidad.

0387 - REGISTRO EPICARDIO: MIOCARDIOPATÍA POR STRESS EN ARGENTINA. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA

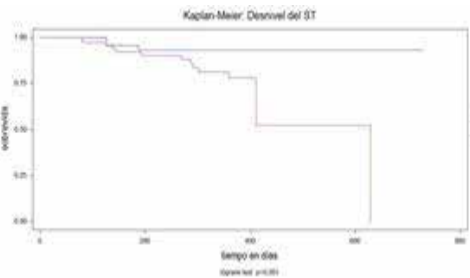
Natalia YENSENTINI(1) | Javier MARIANI(1) | Maximiliano DE ABREU(1) | Juan GAGLIARDI(1) | Adrián CHARASKI(1) | Javier GUETTA(2) | Hernán DOVAL(1) | Carlos Daniel TAJER(1) | EDIC (1); CEMIC (2)

Objetivos: Describir la incidencia y la evolución clínica de pacientes con síndrome de Tako Tsubo incluidos en un registro prospectivo de unidades de cuidados críticos en la Argentina. Materiales y Métodos: Epicardio es una base creada para fines asistenciales y académicos, que permite registrar a los pacientes que ingresan a una unidad coronaria (o terapia polivalente) permitiendo obtener un informe final o epicrisis para el paciente al alta. Del año 2006 al 2014, 106750 pacientes (pts) fueron incluidos. Se definió Tako Tsubo (TT) según los criterios clásicos. Se describieron las características clínicas, la evolución intrahospitalaria y el tratamiento al alta. Resultados: Un total de 76 pts con TT fueron reportados: 0,07% del total de admisiones y un 0,9% de los pacientes con SCACST. En el 36% de los casos se identificó un episodio de stress. Comparado con los SCACST, los pacientes con TT tuvieron una mayor prevalencia de sexo femenino (92,2 vs. 22,4; $p < 0,01$), eran mayores (edad media 65,3 ± 15 vs. 60,7 ± 12; $p = 0,041$), presentaban una menor prevalencia de tabaquismo (15,7 vs 39%; $p < 0,01$) y de diabetes (6,5 vs 16,7%, $p < 0,01$). La incidencia de complicaciones intrahospitalarias fue del 42% ($n = 32$): insuficiencia cardíaca 10%, shock cardiogénico 5%, fibrilación auricular 10%, QTC prolongado 10,5%, TV 2,6% y asistolia 2,6%. La mortalidad fue nula. Los pacientes con complicaciones eran más añosos (70,7 ± 12 vs. 61,6 ± 14 y, $p < 0,05$) y presentaban mayor incidencia de deterioro ventricular moderado-severo (80% vs. 40%, $p < 0,01$). La medicación al alta fue: aspirina 66%, clopidogrel 14%, beta bloqueantes 64%, Bloqueantes Ca 8%, estatinas 52%, IECA-ARA 43%, y amiodarona 5,5%. Conclusiones: Tako tsubo es una causa infrecuente de admisión en UCI y se asocia a complicaciones graves, principalmente en el grupo de pacientes añosos. Las características demográficas y clínicas de pacientes con TT en centros de Argentina coincide con reportes previos de otras regiones.

0409 - UTILIDAD DEL SCORE GRACE COMO PREDICTOR DE EVENTOS EN PACIENTES JOVENES CON SINDROME CORONARIO AGUDO.

Daniel Agustín CHIRINO NAVARTE | Rolando PALACIOS | Cecilia RINALDI | Gisela STREITENBERGER | Gabriela GUTHMANN | Claudio DIZEO | Gustavo CALDERON SANATORIO FRANCHI

Objetivos: Evaluar la utilidad del score GRACE y de otros factores pronósticos de reinternación y muerte de pacientes jóvenes que se internaron por SCA. Materiales y Métodos: De los pacientes que ingresaron SCA en una unidad coronaria, se seleccionó el grupo de pacientes jóvenes (hombres < 45 años y mujeres < 55 años). Se analizaron datos clínicos, electrocardiográficos y se calculó el score GRACE. A los pacientes dados de alta se les realizó seguimiento. Se consideró el punto combinado de reinternación cardiovascular (por SCA, por requerimiento de revascularización, insuficiencia cardíaca, stroke y arritmias) y de muerte por cualquier causa. Las variables continuas se expresan como media ± desvío estándar y las categóricas como porcentaje. Para analizar la calibración del GRACE se utilizó el test de Hosmer-lemeshow y para definir el poder de discriminación se utilizó el área bajo la curva (ABC) ROC. El análisis univariado y multivariado durante el seguimiento se realizó por regresión Cox. Resultados: De 820 pacientes con SCA, 160 fueron jóvenes con una edad de 43 ± 6 años, el 33,5% fueron mujeres, el 64% con SCASEST, el 56% presentó desnivel del segmento ST y el 52% elevación de troponina. El GRACE promedio fue de 108 ± 15. Sólo un paciente falleció durante la internación (0,6%). Luego de un seguimiento de 349 ± 140 días el punto combinado se observó en el 11,8% (19 pacientes), ningún paciente falleció en el seguimiento. El score GRACE no presentó una adecuada calibración (Hosmer-lemeshow $p = 0,01$) y no fue predictor del punto combinado ($p = 0,47$) con un ABC 0,56 (IC95% 0,44 - 0,72), $p = 0,2$. Mientras que la presentación con desnivel del segmento ST y la elevación de troponina fueron predictores independientes del punto combinado (OR 3,72 (IC95% 2,12 - 6,4), $p = 0,0001$ y OR 2,52 (IC95% 1,52 - 5,03), $p = 0,001$, respectivamente). Conclusiones: Nuestra población de pacientes jóvenes con SCA presentó bajo score GRACE, sin embargo presentó una tasa de eventos superior al 10% al año. El GRACE no presentó adecuada calibración entre el riesgo estimado y el finalmente encontrado y no fue predictor del punto combinado. La presentación con desnivel del ST y elevación de troponina fueron los predictores independientes del punto combinado.



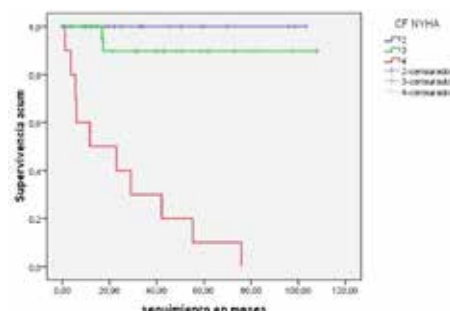
0454 - PRONÓSTICO Y PREDICTORES CLÍNICOS DE DISFUNCIÓN VENTRICULAR DERECHA EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

Jose Maria BONORINO | Jorge Alberto BILBAO | Jose Carlos SANTUCCI | Renzo Eduardo MELCHIORI | Eduardo N. ORTUÑO CAMPOS | Juan Manuel ABOY | Eliana Carla FLOSA | Horacio Enrique FERNÁNDEZ HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Objetivos: Evaluar la prevalencia y el pronóstico de la disfunción ventricular derecha (DVD) e identificar variables clínicas asociadas con su presencia en pacientes con tromboembolismo pulmonar agudo (TEP). Materiales y Métodos: Registro unicéntrico, observacional, de cohorte, realizado en un hospital universitario de Argentina. Inclusión: pacientes ($p > 18$ años admitidos con TEP o que lo presentaron durante la internación. Se evaluó la prevalencia de disfunción ventricular derecha (por ecocardiografía o tomografía), su relación con la evolución intrahospitalaria y las variables clínicas, electrocardiográficas y de laboratorio relacionadas con su presencia. Se definió como evento intrahospitalario a la combinación de "muerte, necesidad de asistencia respiratoria mecánica, asistencia ventricular o uso de drogas vasoactivas". Resultados: Se incluyeron 144 pacientes, edad 60 ± 15 años, género femenino 52,7%. Se identificó DVD en 57p. (39,5%) y su presencia se correlacionó con un incremento no significativo de la mortalidad: 5/57 (8,7%) vs. 3/87 (3,4%), $p = 0,2$. La presencia de evento intrahospitalario fue significativamente mayor en los pacientes con DVD: 14/57 (24,5%) vs. 5/87 (5,7%), RR 1,2; IC95% 1,0-1,4; $p = 0,001$. La relación entre la presencia de diferentes variables y la DVD se muestra en la tabla. Se identificaron variables clínicas, electrocardiográficas y de laboratorio predictoras de su presencia. Clínicas: taquicardia, ausencia de neoplasia en curso, disnea CF IV, síncope, dolor precordial, yugulares, inmovilización; Electrocardiográficas: taquicardia sinusal, S1Q3T3, T negativas V1-V4, onda Q en DIII y AVF; Laboratorio: troponina T positiva y PAFI < 300. También se identificaron agrupadoras de variables predictoras de DVD como el Pulmonary Embolism Score Index simplificado (PESIs) de 1 o más y el índice de shock (frecuencia cardíaca/presión sistólica) > 1.

	DVD/variable presente (%)	DVD/variable ausente (%)	RR IC 95%	p
Neoplasia en curso	5/28 (17,8)	52/116 (44,8)	0,6; 0,5 - 0,8	0,009
FC > 120 lpm	10/12 (83,3)	47/132 (35,6)	3,8; 1,0 - 13,7	0,001
PESIs ≥ 1 ó más	49/95 (51,5)	8/49 (16,3)	3,1; 2,3 - 13,4	< 0,005
Disnea	54/116 (46,5)	3/26 (10,7)	1,6; 1,3 - 2,0	< 0,005
Síncope	7/7 (100)	49/135 (36,0)	indefinido	0,001
Dolor precordial	12/17 (70,5)	44/126 (34,9)	2,2; 1,04 - 4,6	0,01
Yugulares > 2/3	15/18 (83,3)	42/125 (33,6)	3,9; 1,4 - 11,2	< 0,005
Crepitantes	14/22 (63,6)	43/122 (35,2)	1,7; 1,2 - 8,6	0,01
Inmovilización	18/30 (60,0)	39/114 (34,2)	1,7; 1,1 - 2,5	0,01
ECG taquí sinusal	36/64 (56,2)	21/80 (26,2)	1,6; 1,2 - 2,2	< 0,005
ECG S1Q3T3	16/27 (59,2)	41/117 (35,0)	1,5; 0,99 - 2,5	0,02
ECG T neg V1-V4	20/28 (71,4)	37/116 (31,9)	2,3; 1,3 - 4,3	< 0,005
ECG Q DIII y AVF	9/13 (69,2)	48/131 (36,6)	2,0; 0,9 - 4,7	0,003
Troponina +	38/60 (63,3)	15/74 (20,2)	3,1; 1,9 - 5,1	< 0,005
PAFI > 300	21/30 (70,0)	13/35 (37,4)	1,8; 1,1 - 3,0	0,01
Índice de shock > 1	15/18 (83,3)	42/126 (33,3)	4; 1,4 - 11	< 0,005

Conclusiones: 1) La presencia de DVD se verifica en 4 de cada 10 pacientes con TEP. 2) La DVD se asocia con mayor incidencia de eventos hospitalarios. 3) Se identificaron variables predictoras de DVD que podrían ser útiles para sospecharla, solicitar entonces ecocardiografía de urgencia para confirmarla, u obrar en consecuencia ante la falta de este último recurso. 4) La existencia de múltiples variables clínicas podrían ser de utilidad para la estratificación de riesgo y definir la necesidad de tratamiento de reperfusión en el TEP.



Resultados: De 1606 (P) Edad media 32.5 años, mediana 29.2 + 12.7 años, Sexo femenino 55.4% (889p), Los p con HAPG1 fueron 3,8% (61p/1606) eran mujeres 77% (47), edad global 41.3 ± 15.9 años, seguimiento 31.3 ± 30 meses Se dividían en: SG1: 47.5% (29); SG2: 24.6% (15); SG3: 5% (3) y SG4: 23% (14). Las cardiopatías de origen fueron: CIA 36% (22p), CIV 13% (14p), Canal AV 14.8% (9), Ventriculo único 5% (3p) y Ductus 3.3% (2p). Portadores de Síndrome de Down 14.8% (9). Clase Funcional NYHA II: 36.2% (25) III 49.3% (34) IV 14.5% (10) Las Curvas de Kaplan Meier contrastado por Log Rank fueron significativa para HAPG1 p=0.000 y Subgrupos de HAPG1 p=0.000 y Clase Funcional NYHA II-III-IV p=0.000. (Peor evolución a mayor clase funcional). Sin significación estadística para Síndrome de Eisenmenger (SG1) p= 0,184 y clasificación anatómico fisiopatológica. P=0.119 y Síndrome de Down p=0.166 Edad al óbito SG1: 38 ± 22; SG2: 54.7 ± 17; SG3: sin óbitos; SG4: 48 ± 23 años Conclusiones: La presencia de HAPG1 se correlacionó con peor evolución en los pacientes GUCH Dentro del grupo de HAPG1 la elevada Clase funcional y pertenecer al subgrupo 2 o subgrupo 4 fueron indicadores de mayor mortalidad en el seguimiento. Clasificarlos según la fisiopatología en SPRE SPOST SCDC no ayudo a identificar a los pacientes con peor evolución.

0508 - ANGIOPLASTIA CORONARIA AMBULATORIA EN PACIENTES DE RIESGO CORONARIO INTERMEDIO (ESTUDIO ACA II)

Juan Manuel TELAYNA | Juan Manuel TELAYNA | Ricardo Andrés COSTANTINI HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Objetivos: Introducción: En 2009 comenzamos un programa formal de angioplastia coronaria ambulatoria en pacientes de bajo riesgo clínico y angiográfico donde demostramos la factibilidad y seguridad (estudio ACA I). La factibilidad y seguridad de angioplastia ambulatoria en pacientes de riesgo intermedio (angina inestable incluso IIB con biomarcadores negativos, función ventricular izquierda > 30%, lesiones oclusivas crónicas, menor tiempo de observación, accesibilidad al hospital no mayor a 60 minutos) no ha sido aún valorada. Objetivo: Evaluar factibilidad y seguridad en un programa formal de angioplastia coronaria ambulatoria en pacientes de riesgo clínico intermedio. Materiales y Métodos: Desde 01/2014 a 04/2016 se realizaron en el servicio 631 angioplastias coronarias, de las cuales 107 cumplían criterios de inclusión para el estudio: 1) Test de Allen positivo; 2) angina crónica estable; 3) angina inestable (clase I, II o III) con biomarcadores negativos; 4) isquemia silente; 5) Consentimiento informado firmado; 6) hora de finalización de la ATC hasta las 16:00 hs; 7) Fracción eyección ≥30%; 8) mayor de edad acompañante en domicilio primeras 24 hs; 9) acceso al hospital menor a 60 minutos; 10) compresión del paciente; 11) ausencia de cambios persistentes en ECG; 12) ausencia de PCR; 13) ausencia de colapso hemodinámico durante inflado del balón; 14) disección coronaria no controlada; 15) resultado óptimo (lesión residual ≤20% y flujo epicárdico TIMI 3); 16) ausencia de trombo intracoronario; 17) no oclusión de rama/ramus coronario > 1.5 mm; 18) ATC con stent; 19) sin angina post ATC; 20) ausencia de complicaciones del acceso vascular. Criterios de exclusión: 1) síndrome coronario agudo (SCA) con supradesnivel del ST; 2) Angina inestable con biomarcadores positivos; 3) Shock cardiogénico; 4) SCA como epifenómeno; 5) Angioplastia coronaria (ATC) de único vaso permeable; 6) ATC del tronco de coronaria izquierda no protegido. Características basales: edad 61.4±9.1 años; varones 87 (85%); dislipidemia 70 (69%); diabetes 31 (30%); hipertensión arterial 77 (75%); tabaquismo 60 (59%); cirugía coronaria previa 2 (2%); ATC previa 45 (44%); infarto previo 38 (37%); enfermedad vascular periférica 3 (3%); EPOC 3 (3%); insuficiencia renal crónica 2 (2%); angina crónica estable 17 (17%); angina inestable IA - IB 12 (12%); AI IIB 3 (3%); AI IIB 5 (5%); isquemia silente 58 (57%); enfermedad multivascular 40 (39%); revascularización completa misma sesión 17 (17%); arteria descendente anterior 56 (55%); arteria coronaria derecha 35 (34%); arteria circunfleja 34 (33%); lesión coronaria tipo C 10 (10%); calcificación gruesa 6 (6%); bifurcaciones 6 (6%); oclusión total crónica 5 (5%); FyE promedio 56.7±9.6%; FyE 30-50% 27 (26%); acceso radial derecho 91 (89%); acceso radial izquierda 11 (11%); 6 Fr 93 (91%); 7 Fr 6 (6%); 8 Fr 3 (3%); uso de cutting balloon 3 (3%); uso de IVUS 17 (17%); implante de sólo DES 89 (87%); número promedio de stents 1.6±0.8; longitud promedio stents 34.1±20.1; tiempo de fluoroscopia 13.7±6.8 minutos; material de contraste 161.2±56.3 ml. Resultados: Los resultados fueron: éxito técnico 102 (100%); éxito clínico 102 (100%), oclusión coronaria temprana (aguda y subaguda) 0; muerte intrahospitalaria 0; reintervención coronaria dentro de los 30 días 3 (3%). Conclusiones: Es factible y seguro indicar el alta el mismo día de la intervención a pacientes con riesgo coronario intermedio. La población evaluada demuestra la posibilidad de angioplastia coronaria ambulatoria segura en un porcentaje importante de pacientes de la vida real.

0057 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR BACILOS GRAM NEGATIVOS NO HACEK EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD. COMPARACIÓN CON OTROS MICROORGANISMOS. ESTUDIO PROSPECTIVO DE 1998-2016

Luzcía María BURGOS | Pablo FERNÁNDEZ OSES | Ana IRIBARREN | Magdalena PENNINI | Mariano VRANCIC | Mariano CAMPORRONGO | Ricardo RONDEROS | Francisco NACINOVICH INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA

Objetivos: Analizar las características clínicas, microorganismos y evolución hospitalaria de las endocarditis infecciosas (EI) por bacilos gram negativos (BGN) no HACEK en un centro monovalente de alta complejidad y las diferencias con EI por otros microorganismos. Materiales y Métodos: Estudio descriptivo y observacional que incluyó casos de EI definidas (según los Criterios de Duke modificados) por BGN no HACEK, registrados en forma prospectiva en una base de datos durante el periodo 1998-2016. Resultados: Se evaluaron 452 episodios de EI, de los cuales 355 (78,5%) de

Tabla 1: Comparación con otros microorganismos

	EI definidas por No HACEK (n=24)	EI definidas por otros microorganismos (n= 331)	P
Sexo Masculino	17 (70,8%)	228 (68,9%)	NS
Edad (media)	72 (± 18)	68 (± 14,33)	NS
Tipo de EI			
EIVN	6 (25%)	126 (38%)	NS
EIVP	11 (45,0%)	144 (43,5%)	NS
MCP/CDI	7 (29,2%)	61 (18,5%)	NS
Cirugía (%)	9 (37,5%)	188 (56,8%)	0,003
Cirugía valvular	4/17 (23,5%)	140/270 (51,8%)	0,023
Mortalidad hospitalaria	5 (20,83%)	72 (21,75%)	NS

Nota: NS = p > 0,05

los casos fueron EI definida. En 24/355 (6,7%) se obtuvieron aislamientos de BGN no HACEK. Edad: 72 años (mediana; DS+ 18); sexo masculino 70,8%. Diabéticos 29%, ICC el 25%, enfermedad renal crónica el 13% ninguno era portador de cardiopatías congénitas y sin uso de drogas endovenosas. Estructura comprometida: asociada a dispositivos intracardiacos: 18 (75%); 11 válvula protésica (VP), 7 marcapasos (MCP)/cardiodesfibrilador implantable(CDI); válvula nativa (VN) 6 (25%). Lugar de adquisición: nosocomial 70%. Clínica: Fiebre 84%; insuficiencia cardíaca 19%; complicaciones: 5 (20%):1 absceso valvular y 1 de Dehiscencia, 3 embolias (2 cerebrales, y 1 pulmonar). Microorganismos más frecuentes: E. Coli 25% (dispositivos: 67%; VN: 33%), P. aeruginosa 21% (dispositivos 100%). Tratamiento Qx: 37,5% (VP 10%, MCP/CDI 86%, y 34% VN). Ninguna EI por E. Coli requirió cirugía. Mortalidad hospitalaria: 20,8% (n= 5) de los cuales 85% era EI de VP Aórtica. En el comparativo con EI por otros microorganismos (ver figura), se realizaron con menos frecuencia cirurgías valvulares en el grupo No HACEK (p=0,023). Conclusiones: En nuestra experiencia la EI por BGN no HACEK fue casi el doble de lo publicado en otros registros. Tienen una estrecha relación con el ámbito nosocomial y, en coincidencia con otras experiencias publicadas, los dos géneros más frecuentes son la E. coli y P. aeruginosa. En líneas generales no parecen diferir en su comportamiento con las EI por otros géneros, con excepción del tratamiento quirúrgico, que fue implementado en menos pacientes.

0068 - TROPONINA ULTRASensible EN PACIENTES CON CLAUDICACIÓN INTERMITENTE. CUÁL ES EL VALOR NORMAL?

Ignacio Martín BLURO | María José DE LA ROSA | Santiago SANCHEZ BUSTAMANTE | Aida FURCI | Raul DE MIGUEL | Juan KRAUSS | Arturo Miguel CAGIDE | Cesar Antonio BELZITI HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Los pacientes con enfermedad vascular periférica (EVP) presentan alto riesgo de padecer eventos coronarios y suelen consultar por dolor precordial. Al momento de la consulta, incluso con dolores de características atípicas, muchos presentan valores de troponina ultrasensibles (TUS) considerados elevados. El objetivo del presente trabajo es determinar qué porcentaje de pacientes vasculares tienen valores de TUS crónicamente elevados. Materiales y Métodos: Se estudió una población de pacientes con EVP sintomáticos para claudicación intermitente asintomáticos para angina que asistieron en forma programada a la consulta médica ambulatoria, a todos los pacientes se les midió TUS como parte del laboratorio de rutina. Se describieron las características

RESUMENES DE TEMAS LIBRES

poblacionales de los pacientes con y sin TUS elevada. Las variables continuas se analizaron con el test de Student y las dicotómicas con Test de Chi o de Fisher según corresponda. Se realizó análisis uni y multivariado a fin de identificar factores que se asocien con la elevación de TUS.

Resultados: Se analizó una población de 97 pacientes con claudicación intermitente, las características basales de la población se describen en la Tabla 1. La mediana de TUS fue 17 pg/ml (IQ25-75 11 a 29). El 57% de los pacientes presentaron valores de TUS superiores al límite superior normal. Resultando el percentilo 90 de TUS para esta población de 45 pg/ml. La edad, la claudicación a menos de 300 mts, la presencia de isquemia crítica y el deterioro de la función renal se asociaron con presentar valores elevados de TUS, mientras que el antecedente de haber presentado un procedimiento de revascularización periférico se asoció con valores más bajos de TUS. Ni el antecedente de haber sufrido un síndrome coronario, ni la presencia de isquemia evocable se asociaron con presentar valores elevados de TUS. Luego de ajustar por múltiples variables la edad resultó ser el único predictor independiente de presentar valores de TUS elevados.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes vasculares que están libres de angina presentan valores elevados de TUS. Por lo que se debería interpretar en forma cautelosa los valores de TUS basales en pacientes vasculares que consultan por dolor precordial. En este escenario las características clínicas del dolor y la variación en los valores de TUS serían de mayor relevancia que un valor aislado de TUS.

0072 - REGISTRO MULTICÉNTRICO DE ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA DE LOS MIEMBROS - RESULTADOS PRELIMINARES -

Ignacio Martín BLURO(1) | Nicolás GONZÁLEZ(2) | Gastón MOSSO(3) | José Gaspar CHAS(1) | Vadim KOTOWICZ(1) | Miguel Ángel GONZÁLEZ(2) | Hugo GRANCEL(2) | Arturo Miguel CAGIDE(1) HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (1); SANATORIO FINOCHIETTO (2); HOSPITAL CENTRAL (3)

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es relevar las características de los pacientes, estrategias de diagnóstico utilizadas y los tratamientos implementados en pacientes con isquemia arterial aguda de los miembros. Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma prospectiva todos los pacientes que consultaron por isquemia arterial aguda de los miembros entre Agosto de 2015 y Abril de 2016 en tres centros asistenciales, dos de la Ciudad de Buenos Aires y uno de la Ciudad de Mendoza. Se excluyeron los pacientes con isquemia iatrogénica o que la desarrollaran estando internados. Los datos referentes a tiempos y demoras de atención se relevaron en forma retrospectiva. Se realizó un análisis descriptivo de las características poblacionales, estrategias diagnósticas y resultados terapéuticos. Resultados: Se registraron 18 casos consecutivos de isquemia arterial aguda de los miembros. La etiología más frecuente fue la embólica (7 casos) seguido por 6 casos de trombosis in situ, 2 aneurismas poplíteo trombosados, 2 casos de trombosis de by pass y un caso de trombosis de un stent en un paciente con aneurisma poplíteo tratado. El 39% de los pacientes se presentó con un cuadro clínico de amenaza inminente, 28% con amenaza incipiente y 33% sin amenaza según la clasificación de Rutherford. La mediana de tiempo entre el inicio del cuadro clínico a la primer consulta médica fueron 48 hs (IQ25-75: 8-96

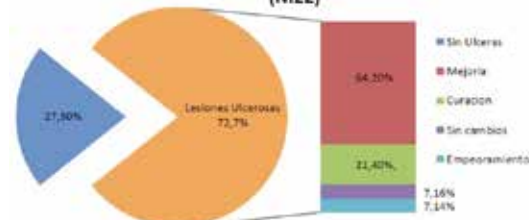
hs) Los pacientes con amenaza a la vitalidad del miembro tendieron a consultar en forma más precoz que aquellos sin amenaza (mediana 28 vs 84 hs, $p=0.14$). Mientras que el tiempo de la consulta al diagnóstico fue de una mediana de 6.5 hs (IQ25-75: 3-72 hs) El tiempo del diagnóstico al tratamiento de revascularización definitiva fue de 7 hs (IQ25-75: 4-24 hs) En el 89% de los casos estaba consignado en la historia clínica la presencia de pulsos en el miembro afectado, mientras que en el caso del miembro contralateral estaba consignado en la historia clínica solo en el 50% de los casos ($p=0.011$). En el 17% de los casos el primer estudio solicitado fue un Eco Doppler venoso de miembros inferiores implicando una demora significativa en el tiempo al diagnóstico frente a pacientes cuyo primer estudio fue del árbol arterial (mediana 312 vs 6 hs; $p=0.06$) Solo 44% de los pacientes recibió heparina sódica y 33% recibió aspirina al momento del diagnóstico. En el 95% de los casos se realizó al menos un tratamiento de perfusión, mientras que un paciente no fue revascularizado evolucionó con un cuadro de claudicación no invalidante. El 22% de los pacientes requirió más de un tratamiento de perfusión. El 44% de los pacientes tuvieron al menos una complicación durante la internación, siendo la más frecuente la falla renal aguda en el 40% de los pacientes. La mediana de duración de la internación fue 8.5 días (IQ25-75: 6-12 días) Dos pacientes debieron ser amputados a pesar de ambos haber sido revascularizados y un paciente falleció a causa de falla multiorgánica secundaria a isquemia del miembro. Conclusiones: La isquemia arterial aguda de los miembros es una patología que implica importante morbi-mortalidad la cual es comparable al síndrome coronario agudo con supradesnivel del segmento ST, sin embargo los tiempos a la consulta son muy prolongados demostrando la falta de alerta por parte de los pacientes. Mientras que los tiempos de la consulta al diagnóstico y de este a la implementación de medidas terapéuticas refleja una oportunidad de mejora en el seno de la comunidad médica.

0120 - PROSTAGLANDINA E-1 INTRAVENOSA COMO TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA NO REVASCULARIZABLE

Agustín Ignacio ROETTO | Juan Ignacio BECERRA | Tania Mabel CELI | Camilo Ariel PULMARI | Rodrigo VAZQUEZ | Víctor RAMELLA | Gonzalo DALL ASTA | Norberto VAZQUEZ CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD CARDIOVASCULAR JUAN DOMINGO PERON

Objetivos: Evaluar resultados clínicos: lesiones ulcerosas al inicio y al finalizar el tratamiento; Dolor en reposo y distancia máxima recorrida al inicio, a los 28 días y a los 6 meses de concluido el tratamiento. Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, unicéntrico, con inclusión consecutiva de 22 pacientes con diagnóstico de enfermedad vascular periférica no revascularizable, en tratamiento con Prostaglandina E-1 (PG-E1) intravenosa durante 28 días, en el período Enero 2014 a Septiembre 2015. Como criterios de exclusión, antecedentes de infarto agudo de miocardio, enfermedad ventilatoria obstructiva crónica y deterioro moderado - severo de la función sistólica del ventrículo izquierdo. Resultados: Sobre un total de 22 pacientes,

Evolución de lesiones ulcerosas según clasificación de Wagner y Texas (N:22)



Distancia recorrida (metros)

	Mediana
Al inicio (n:22)	100 (100 - 175)
A los 28 días (n:22)	250 (200 - 450)
A los 6 meses (n:19)	450 (100 - 800)

masculino el 68%, edad media 70.4 ± 10.6 años. Factores de riesgo y antecedentes cardiovasculares. TABLA1. Medición habitual. TABLA 2. Según la clasificación de Fontaine, estadio III el 27 % y IV el 72.7 %. Según la clasificación de Wagner y Texas úlceras en el 72.7 %. Con diagnóstico angiográfico en el 100 %, con obstrucciones suprapatales el 4,5%, infrapatales el 72,7%, suprapatales e infrapatales el 22,7%. Según la escala de asistencia (mayor al 90% de asistencia), 72,7 % buena adherencia. Suspensión debido a desarrollo de insuficiencia renal aguda en 1 caso y difícil acceso venoso periférico en otro. Los efectos adversos durante la infusión fueron eritema en piel 18%, dolor en el acceso venoso 18 %, hipotensión 13,6 %, hipertensión arterial 13,6%, fiebre 18,18%, sin casos de mortalidad. Las variables evaluadas previo y finalizado el protocolo, como disminución del dolor en reposo mayor al 50 % con respecto a la intensidad inicial se observó en el 72,72%, aumento de la distancia máxima recorrida en el 86,36 %. Con respecto a las lesiones ulcerosas, se observó curación en el 21,4%, mejoría en el 64,2 %, no hubo cambios en el 7,1 % y empeoramiento en el 7,14 %. A los 6 meses de finalizado el tratamiento se observó que del 72,72% de los pacientes que habían mostrado mejoría del dolor al finalizar el tratamiento, 43,75% mantuvieron esa mejoría, 37,5% empeoraron y el 18,75% se desconoce. Del 86,36% de los pacientes que aumentaron la distancia máxima recorrida al finalizar el tratamiento, 57,9% mantuvo o aumentó los metros caminados, 26,31% disminuyó la caminata y 15,78% se desconoce. El aumento de la distancia recorrida al final de la infusión fue estadísticamente significativa

($p = 0,003$) al igual que a los 6 meses de iniciado el tratamiento ($p = 0,008$). Se observaron 4 casos de amputaciones menores (digitales) con compromiso inicial de la totalidad del pie, y un caso de amputación mayor (infrapatales). 3 fallecimientos, 2 casos por Accidente cerebrovascular y una causa extracardiovascular. Conclusiones: La enfermedad vascular periférica (EVP) obstructiva crónica es una entidad discapacitante. Las prostaglandinas son una opción terapéutica. En nuestro trabajo se observó mejoría significativa en la signo sintomatología en un alto porcentaje de pacientes al finalizar el tratamiento y a los 6 meses posteriores.

0172 - DOS ARTERIAS MAMARIAS ES MEJOR QUE UNA EN REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA SIN BOMBA EN ENFERMEDAD DE TRONCO: IMPACTO POSITIVO EN SOBREVIDA ALEJADA.

Juan Carlos ESPINOZA | Mariano VRANCIC | Mariano CAMPOROTONDO | Fernando PICCININI | Juan CAMOU | Guillermo GUTIERREZ | Alberto DORSA | Daniel NAVIA INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA

Objetivos: Evaluar si la revascularización coronaria sin circulación extracorpórea y utilizando ambas arterias mamarias tiene un beneficio adicional a la revascularización convencional usando una sola mamaria en cuanto a supervivencia a largo plazo (10 años). Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo comparativo sobre una base de datos cuya información fue recolectada en forma prospectiva desde Noviembre 1996 - Mayo 2014. Se incluyeron 723 pacientes revascularizados quirúrgicamente en forma aislada y consecutiva en un único centro. Los pacientes se estratificaron según la utilización de una arteria mamaria interna (AMI) (Grupo: 1AMI n=144) o dos AMI (Grupo: 2AMI n=579). Debido a la presencia de diferencias significativas en las características basales entre ambos grupos, se realizó un análisis ajustado por riesgo (propensity score) apareando 1:1 (según el método de nearest neighbor) identificando un total 214 pacientes comparables, mediante un algoritmo de regresión logística. Se analizó la mortalidad hospitalaria y la supervivencia alejada a 10 años para ambos grupos, tanto para el total de pacientes incluidos como para el grupo ajustado por score de riesgo. Finalmente se realizó un análisis uni y multivariado para identificar predictores independientes de supervivencia alejada. Se utilizó la prueba exacta de Fisher, la t de student, la U de Mann-Whitney, modelos de regresión logística, y análisis de supervivencia por Kaplan Meier y regresión proporcional de Cox.

Resultados: La mortalidad hospitalaria global fue 3.7% (n=27), sin diferencia entre ambos grupos (p = 0,075). La sobrevida a los 10 años fue significativamente mayor en el grupo que utilizó ambas arterias mamas a los 10 años (77,1% ± 3,4% vs 63,9% ± 4,8%, p log rank = 0,002). En el análisis ajustado por riesgo también se observó dicho beneficio (87,2% ± 4,8% vs 65,4% ± 5,6%, p log rank = 0,047). El análisis uni y multivariado identificó a la utilización de dos AML como un predictor independiente de sobrevida a 10 años (HR 0.57, IC95%: 0.37-0.87; p=0,01). Conclusiones: La utilización de ambas AML en pacientes con lesión de tronco no protegido sometidos a revascularización coronaria sin circulación extracorpórea presentó menor mortalidad hospitalaria y una mayor sobrevida a 10 años que los pacientes con una AML.

0195 - RESULTADO COMPARATIVO ENTRE PRÓTESIS BIOLÓGICA Y MECÁNICA EN EL REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO DE PACIENTES JÓVENES.

Mariano CAMPOROTONDO | Juan ESPINOZA | Fernando PICCININI | Mariano VRANCIC | Juan CAMOU | Mario ACOSTA | Alvaro MUÑOZ | Daniel NAVIA ICBA

Objetivos: Evaluar los resultados clínicos a corto y mediano plazo del reemplazo valvular aórtico (RVA) biológico y mecánico en pacientes menores a 70 años. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo comparativo sobre una base de datos cuya información fue recolectada en forma prospectiva desde enero del 2001 a diciembre del 2015. Se evaluaron pacientes que se sometieron a RVA electivo aislado. Se incluyeron 494 pacientes de los cuales 337 fueron a RVA mecánicos (Grupo RVA Mecánico) y 157 a RVA biológicos (Grupo RVA biológico). Se analizó la morbi-mortalidad perioperatoria para ambos grupos. Se evaluó la sobrevida global y la tasa de libertad de eventos adversos relacionados a la prótesis valvular al seguimiento. Se definió evento adverso relacionado a la prótesis valvular como la necesidad de reoperación valvular y/o endocarditis protésica y/o degeneración-disfunción protésica. La mediana de seguimiento fue de 4,8 años (IIC 1,9 – 8,1). Para el análisis descriptivo, se utilizaron porcentajes para las variables categóricas y media o mediana y desviación estándar (DE) o intervalos intercuartiles 25-75 (IIC) para variables continuas según distribución. La prueba t de Student o la U de Mann Whitney se usó para comparar variables continuas y el chi-cuadrado o el test exacto de Fisher para comparar variables categóricas. Las curvas de supervivencia se construyeron utilizando el método de Kaplan-Meier incluyendo la mortalidad hospitalaria, y se compararon mediante la prueba de log rank test. El nivel de significancia estadística se estableció como p < 0,05. **Resultados:** La edad promedio fue de 56±10,6 años para el grupo RVA mecánico y de 63,7±10,6 años para el grupo RVA biológico (p<0.001). El resto de las características basales fue similar para ambos grupos (Tabla 1). La mortalidad intrahospitalaria fue de 0.6% para el grupo RVA biológico y de 2.1% para RVA mecánica (p = 0.235). No hubo diferencia entre ambos grupos en la tasa de ACV postoperatorio (RVA mecánico vs. RVA biológico: 0.9% Vs 1.3%, p=0.697). El resto de las variables de morbilidad perioperatoria fue similar entre grupos (Tabla 2). La sobrevida global a 8 años fue de 89,7±2,2% para el grupo RVA mecánico y de 81,3±8.0% para el grupo RVA biológico (p log rank = 0.124) (Figura 1). La libertad de eventos adversos relacionados a la prótesis valvular a 8 años de seguimiento fue de 96,8±1,3% para el grupo RVA mecánico y de 90,7±5,6% para el grupo RVA biológico (p log rank = 0.069) (Figura 2). Conclusiones: En pacientes jóvenes menores a 70 años sometidos a reemplazo valvular aórtico la morbi-mortalidad perioperatoria y la sobrevida al seguimiento es similar en pacientes con prótesis biológica o mecánica. Estos hallazgos sugieren que prótesis biológica es una opción razonable en pacientes jóvenes.

		MECÁNICAS (n=337)	BIOLOGICAS (n=157)	p
Edad (años)		56.0 (10.6)	63.7 (9.7)	< 0.001
	Peso (Kg)	78.9 (15.3)	77.5 (15.1)	0.426
	Altura (cm)	181.2 (37.3)	180.0 (35.9)	0.737
Sexo	Hombre	64.4% (217)	59.9% (94)	0.333
	Mujer	35.6% (120)	40.1% (63)	
Tabaquista	DBT SN	10.7% (36)	12.7% (20)	0.518
	HTA	56.4% (190)	60.8% (96)	0.358
	DLF	43.3% (148)	49.4% (78)	0.208
	No	55.5% (187)	53.2% (84)	
Disfunción renal previa	Activo	10.4% (35)	7.6% (12)	0.411
	Ex	34.1% (115)	39.2% (62)	
	Asf	11.0% (37)	10.6% (17)	0.942
	Vasculopatía periférica	9% (3)	6% (1)	0.766
Disfunción ventricular	EPOC	5.3% (18)	2.5% (4)	0.157
	ACV previo	4.2% (14)	3.2% (5)	0.593
Disfunción ventricular	No	96.7% (326)	97.6% (154)	
	Si	2.1% (7)	1.9% (3)	0.840
Disfunción ventricular	Conservada / Leve	89.6% (302)	91.1% (144)	
	Moderada / Severa	10.4% (35)	8.9% (14)	0.596
Tipo de prótesis	16	6% (2)	-	
	17	1.2% (4)	-	
	18	2.4% (8)	-	
	19	11.3% (38)	2.5% (4)	
	20	5.6% (19)	-	
	21	23.4% (79)	19.6% (31)	
	22	4.2% (14)	-	
	23	32.0% (108)	39.9% (63)	
	24	1.8% (6)	-	
	25	11.9% (40)	27.2% (43)	
Mecánicas	27	4.5% (15)	10.8% (17)	
	29	6% (2)	-	
	St Jude (Master III) / Regent II	66.2% (223)	-	
	ATS II	17.2% (58)	-	
	Carbomedics II	9.2% (31)	-	
Biologicas	On-X II	3.0% (10)	-	
	Medtronic II	3% (1)	-	
	Otra	3.9% (13)	-	
	St Jude (EPIC II) / EPIC SUPRA II	-	57.0% (90)	
	Mosaic II	-	25.3% (40)	
Etiología	Hancock II	-	8.9% (14)	
	Mitroflow II	-	3.8% (6)	
	Trifecta II	-	3.2% (5)	
	Bicor II	-	1.3% (2)	
	Carbomedics II	-	6% (1)	
Etiología	Enf. Severa	9.5% (32)	5.1% (8)	
	Estenosis	68.8% (232)	81.5% (128)	
	Insuficiencia	21.7% (73)	13.4% (21)	

* Las variables continuas se expresaron como media (desviación estándar) y las categóricas como porcentaje (números).

	Mecánicas (n=337)	Biologicas (n=158)	p
Óbito	2.1% (7)	0% (1)	0.235
ARM prolongado	1.5% (5)	0% (1)	0.420
Reoperación por sangrado	4.2% (14)	3.2% (5)	0.593
ACV postoperatorio	9% (3)	1.3% (2)	0.697
Dialisis	6% (2)	0% (0)	0.332
Mediastinitis	1.5% (5)	1.3% (2)	0.848

0498 - CIRUGÍA DE PRESERVACIÓN DE LA VÁLVULA AÓRTICA CON TÉCNICA DE TIRONE DAVID: 17 AÑOS DE EXPERIENCIA

Monica GILBERT | Gustavo Ariel GIUNTA | Guillermo Eduardo Gerardo GANUM | Miguel Antonio CERDA | José Fabián SALMO | Mariano CANDIOTTI | Roberto René FAVALORO FUNDACIÓN FAVALORO

Objetivos: Analizar los resultados a largo plazo de la cirugía de preservación de la válvula aórtica con técnica de Tirone David (TD) en el Hospital Universitario Fundación Favaloro. **Materiales y Métodos:** Desde julio de 1998 a mayo de 2016, 81 pacientes (p) fueron intervenidos con cirugía de preservación de la válvula aórtica utilizando la técnica de TD. Se llevó a cabo seguimiento clínico y ecocardiográfico, el cual estuvo 100% completo (6.7 ± 4.4 años, de 0 – 17.8). La insuficiencia aórtica se clasificó como ausente (0), leve (+1), moderada (+2), moderada a severa (+3), o grave (+4). Se analizaron la supervivencia y la ausencia de insuficiencia aórtica > +1 y de reoperación utilizando el método de Kaplan-Meier. **Resultados:** La edad media de los pacientes fue de 43±15 (17-71) años, el 75% eran de sexo masculino, el 11% tenían válvula aórtica bicúspide, y 36% síndrome de Marfan. Se realizó el reemplante de válvula aórtica como procedimiento aislado en el 58% de los pacientes. Siete pacientes fueron reoperados por insuficiencia aórtica severa. La mortalidad hospitalaria fue del 2.5% y tardía del 5%, ninguna por causa valvular. La supervivencia fue del 90% (IC 95%: 78 - 96%) y la ausencia de reoperación fue del 87% (IC 95%: 72 - 94%) a los 10 años de seguimiento. La ausencia de insuficiencia aórtica > +1/4 fue de 82% (IC 95% 65 - 92%) a los 9 años de seguimiento. No se reportaron eventos tromboembólicos, sangrado o endocarditis infecciosa. **Conclusiones:** La cirugía de preservación de la válvula aórtica con técnica de TD consiste en una excelente opción para pacientes correctamente seleccionados con enfermedad de la raíz aórtica con insuficiencia valvular de +0/4 a +4/4. Esta técnica se asocia a una muy buena supervivencia a largo plazo no presentando la morbilidad asociada a las prótesis valvulares.

Población	n (%)
Edad (media, DS, rango)	43 ± 15 (17-71)
Masculino	61 (75)
Hipertensión arterial	30 (37)
Síndrome de Marfan	29 (36)
Válvula aórtica bicúspide	9 (11)
Dissección aórtica	12 (15)
Aguda	5 (6)
Crónica	7 (9)
FSVI (media, DS, rango)	59 ± 9 (28-79)
Indicación quirúrgica	
- Diámetro aórtico	65 (80)
- Síntomas	7 (9)
- Disecación	6 (7)
- Disfunción del VI	3 (4)
I/Ao preoperatoria >+1/4	41 (51)
Reoperación	6 (7)
Urgencias/Emergencias	2 (2) / 4 (5)
Procedimientos	
- Tirone David sola	47 (58)
- Combinada	34 (42)
Parada circulatoria	25 (31)
Tiempo (media, DS, rango)	
T. Clampeo (min.)	165 ± 31 (64-251)
T. Bomba (min.)	198 ± 43 (116-375)
Parada circulatoria (min.)	27 ± 8 (12-41)
Resultados postoperatorios	
Días de hospitalización (media, DS, rango)	11 ± 7 (4-44)
Mortalidad intrahospitalaria	2 (2.5)
Mortalidad tardía	4 (5)



0039 - LA PREVALENCIA DE LA ENTIDAD ESTENOSIS AÓRTICA BAJO GRADIENTE BAJO FLUJO /PARADOJAL PODRIA CORRESPONDER A UN ERROR DE MEDICION DEL TSVI.

Martin LOMBARDO | Ruth Patricia HENQUIN | Orlando Gabriel PEREA SANATORIO DE LA TRINIDAD PALERMO

Objetivos: INTRODUCCION: La Estenosis Aórtica (EA) Bajo Flujo/Bajo Gradiente Paradojal (BFBGP) por Eco Transtorácico 2D (ETT2D), ha sido descrita como una entidad que presenta mayor mortalidad por se. Su diagnóstico se basa en el hallazgo de bajo flujo desde el cálculo de Volumen Eyectivo Indexado (VEI) del ventrículo izquierdo (VI) y depende de la medición del Tracto de Salida de VI (TSVI). El ETT2D asume al TSVI con una geometría incorrecta y podría sobrestimar estados de bajo flujo (BF). El Eco Transesofágico 3D (ETE3D) no asume geometrías y es metodológicamente mejor que el 2D para medir el TSVI. **OBJETIVOS:** En una población de p con EA severa determinar: 1- cuantos p con bajo flujo por ETT2D fueron también considerados Bajo Flujo por ETE3D. 2- cuantos

RESUMENES DE TEMAS LIBRES

p con EA considerados BFBGP fueron también por ETE3D. Materiales y Métodos: Se evaluaron con ETT2D y ETE3D, en forma prospectiva y simultánea 37 p con EA severa (< de 0.6 cm²/m²). El VEI y Área del TSVI 2D fueron estimados según cálculos convencionales. El área del TSVI por ETE3D se obtuvo, utilizando la herramienta multicorte y por planimetría en mesosístole. Se determinó BF al VEI < de 35 ml/m² y BGBFP al subgrupo con BF, gradiente medio (GM) < de 40 mmHg y Fracción de Eyección (FE) > de 50%. Con ETE3D se estimó el Área Valvular Aórtica (AVA) anatómica por planimetría y AVA efectiva (reemplazando el Área TSVI del 2D por ETE3D). Los datos cuantitativos se reportan como media ± DE. Se valoró concordancia con método de Bland & Altman e Índice de Lin. Las variables cuantitativas fueron evaluadas con métodos no paramétricos apareados. Se estableció significancia estadística p < 0.05. Resultados: La edad 75.2 (± 9.3) años, 21p (56.7%) varones. El diámetro del TSVI por ETT2D: 2.01 cm (±0.28). El AVA efectiva por ETT2D: 0.66 cm² (±0.21), GM 38.7 mmHg (±12.8) y la FE 55% (±12.2). De los 37 p con EA severa evaluados, 17 p (47%) tuvieron BF con ETT2D (VEI 26.2 ± 5.1 ml/m²). De este grupo, 12 p (70%) fueron re-categorizados a normo flujo cuando se utilizó el TSVI por ETE3D para la medición del VEI (36.9 ± 6.0 ml/m²) (p

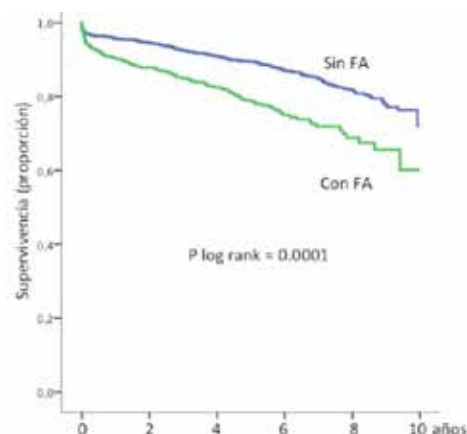
	Media y DE	IC 95% Bland & Altman	Índice de Lin
Área TSVI 2D (cm ²)	3.23 ± 0.87		
Área TSVI 3D (vs ATSVI 2D)	3.91 ± 0.94	-1.8 a -0.46	0.61
VEI ETT2D (ml/m ²)	33.6 ± 8.08		
VEI ETE3D (vs VEI ETT2D)	40.9 ± 8.5	-19 a 5.5	0.50
AVA Efectiva ETT2D BF (cm ²)	0.56 ± 0.19		
AVA Efectiva ETE3D BF (vs AVA BF ETT2D)	0.76 ± 0.16*	-0.659 a 0.218	0.34
AVA Anatómica ETE3D BF (vs AVA BF ETT2D)	0.72 ± 0.10**	-0.459 a 0.208	0.50

<0.001). De los 17 p con BF, 8 p (21% del total de p con EA) cumplían con criterios de EAO BGBFP por ETT2D (Fey 65.4% ± 9.6, GM 33.1 ± 6.0, VEI 29.1 ± 4.1). Luego de corregir el TSVI con ETE3D, 7 con BFBGP fueron re-categorizados a Normo Flujo (VEI 39.3 ± 2.0; p 0.01), y un solo paciente con BFBGP lo fue también por ETE3D. La comparación entre Áreas del TSVI, VEI, y AVA con BF se expresan en Tabla 1 (* < p 0.001 vs AVA BF ETT2D, ** < 0.001 vs AVA BF ETT2D) Conclusiones: En nuestra población, la mayoría de los pacientes con EA bajo flujo, y el sub grupo BFBGP fueron re-categorizados a normo flujo con ETE3D. A pesar de tener menor severidad de la estenosis, persisten aun con áreas < de 1 cm². Si el corte para determinar BF en EA ha sido determinado en la literatura en forma arbitraria y por técnicas diferentes, creemos que puede ser un error considerar EA BGBF Paradojal como una entidad fisiopatológica mientras esté basado en un potencial error de medición del TSVI con Eco 2D.

0170 - FIBRILACIÓN AURICULAR LUEGO DE CIRUGÍA CARDÍACA : UNA ARRITMIA BENIGNA ?

Juan Carlos ESPINOZA | Mariano CAMPOPORTONDO | Mariano VRANCIC | Fernando PICININI | Juan CAMOU | Nicolas ARNEDO | Lucrecia BURGOS | Daniel NAVIA
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICSA

Objetivos: Evaluar el impacto en morbilidad y mortalidad de presentar fibrilación auricular (FA) de nueva aparición luego de una cirugía cardíaca. Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo comparativo sobre una base de datos cuya información fue recolectada en forma prospectiva desde Enero 2004 - Abril 2014. Se seleccionaron de un total de 5148 pacientes intervenidos quirúrgicamente en forma consecutiva en un único centro. Se excluyeron aquellos pacientes con FA o marcapasos definitivo previo a la intervención (n=436). Se estratificaron según la ocurrencia de FA en el posoperatorio (Con-FA vs Sin-FA: 868 vs 3844. El punto final primario fue óbito a 30 días, reinternación a 30 días y sobrevida a 1 y 10 años. Se analizaron los resultados perioperatorios (mortalidad, accidente cerebrovascular, diálisis, reoperación por sangrado, infarto agudo de miocardio posoperatorio). Finalmente se realizó un análisis uni y multivariado para identificar los predictores independientes para los puntos finales primarios. Se utilizó la prueba exacta de Fisher, la t de student, la U de Mann-Whitney, modelos de regresión logística y proporcional de Cox, y un análisis de sobrevida alejada según curvas de Kaplan Meier. Resultados: La mortalidad hospitalaria global fue 4.4% (procedimientos electivos: 2.7%). El análisis comparativo según la ocurrencia de FA (Con-FA vs Sin-FA) fue para óbito hospitalario: 7.8% vs 3.6%, p<0.001; para reinternación a 30 días: 16.9% vs 10.7%, p<0.001; para óbito a 1 año: 90.3% (± 1.1%) vs 95.7% (± 0.3%), p log rank < 0.001; para óbito a 10 años: 60.1% (± 6.2%) vs 76.3 (± 1.7%), p log rank < 0.001. La FA posoperatorio no fue un predictor independiente para óbito intra hospitalario (p=0.295), pero sí lo fue para reinternación a 30 días (odds ratio 1.46; IC95% 1.18-1.80; p<0.001), para óbito a 1 año (hazard ratio 1.60; IC95% 1.19-2.12; p = 0.002), y también para óbito a 10 años (hazard ratio 1.54; IC95% 1.30-1.88; p < 0.0001. Conclusiones: La interrelación de fibrilación auricular de nueva aparición luego de una cirugía cardíaca fue un predictor independiente para reinternación a 30 días y mortalidad a largo plazo (1 y 10 años).



0312 - EVALUACION DEL COMPORTAMIENTO HEMODINAMICO DURANTE EL TILT TEST MEDIANTE LA MEDICION DE LOS INTERVALOS SISTOLICOS.

Graciela Aurora RUIZ | Raul CHIRIFE | Claudio MURATORE | Maria Cristina TENTORI HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JUAN A. FERNANDEZ

Objetivos: El conocimiento del mecanismo por el cual se produce el síncope vasovagal durante el tilt test (TT) es importante para elegir la mejor estrategia terapéutica. Se ha descrito que el período eyectivo (PE) tiene una fuerte asociación con el volumen central mientras que el tiempo de transmisión del pulso (TTP) se relaciona con la resistencia periférica. Un déficit en ambos componentes (volumen y resistencia) fueron planteados en la génesis del síncope vasovagal. El objetivo de este estudio fue evaluar el comportamiento hemodinámico de los pacientes con TT positivo (+) y negativo (-) mediante la medición del PE y el TTP. Materiales y Métodos: Cincuenta y cuatro pts con síncope (35.3 ± 17.2 años, 75% mujeres) fueron divididos en 2 grupos de igual sexo y edad, 27 con TT(+) y 27 con TT(-). Los intervalos sistólicos fueron medidos automáticamente mediante un analizador de función cardíaca (Systocor) a partir de registros electrocardiográfico, de pulso periférico (fotopletismógrafo) y de ruidos cardíacos. El PE se midió desde el inicio de la onda de pulso hasta la incursión dicrótica. Luego fue corregido a la frecuencia cardíaca (PEC, fórmula de Weissler). El TTP se midió desde el componente aórtico del segundo ruido (manifestación central del cierre aórtico) hasta la onda dicrótica (manifestación periférica del cierre aórtico). Los intervalos fueron evaluados en condiciones basales (B), al inicio (primeros 5 minutos) del TT (Ini) y al final del estudio antes de la descompensación hemodinámica (Fin). Los valores de por lo menos 40 latidos fueron promediados para cada etapa. El comportamiento del PEC y del TTP se expresa como la mediana (percentilo 25 y 75) de cambios porcentuales (D%). Resultados: Al inicio del TT el TTP descendió en el 80% de toda la población. Durante el TT (Ini-Fin) se detectaron 2 patrones de comportamiento del TTP en toda la población: incremento (60%) y decremento (40%). El TTP aumentó durante el TT en el 81% de los pts con TT(+) y en el 44% de los pts con TT(-) (p<0.05). En el análisis apareado, los valores de PTT B e Ini fueron significativamente distintos en ambos grupos pero los valores Ini y Fin fueron diferentes sólo en pts con TT(+) (p < 0.00001). El PEC descendió durante el TT en toda la población pero dicho descenso fue significativamente inferior en los pts con TT(+). Conclusiones: El TTP y el PEC no presentan un comportamiento homogéneo durante el TT en los pacientes con respuestas positivas o negativas. El patrón más frecuente en los pts con TT(+) sugiere un déficit en la vasoconstricción durante el ortostatismo pasivo prolongado (prolongación del TTP) más que una reducción en el volumen central (menor descenso del PEC).

	TT (+)	TT (-)	p
PEC Ini-B (D%)	-15.1 (-17/-12)	-14 (-16/-11.4)	ns
PEC Fin-B (D%)	-13.6 (-15/-9)	-16.7 (-18/-13)	<0.01
PEC Fin-Ini (D%)	3.5 (-1.7/6.6)	-2.5 (-3.7/-1.08)	<0.001
TTP Ini-B (D%)	-12 (-17/-7.4)	-11.6 (-14/-3)	ns
TTP Fin-B (D%)	0 (-6.8/6.3)	-6.6 (-14/-2)	ns
TTP Fin-Ini (D%)	10.3 (5.7/20.5)	1.9 (-0.3/11.1)	<0.01

0342 - DIFERENCIAS ELECTROCARDIOGRAFICAS ENTRE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ANDERSON-FABRY Y MIOCARDIOPATIA HIPERTROFICA

Edgar ANTEZANA CHAVEZ | Claudio Leon HADID | Dario Carlos DI TORO | Leonardo CELANO | Maria Silvia BIDONDE | Maria Cristina SACCHERI | Tomás Francisco CIANCULLI | Carlos David LABADET HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH

Objetivos: Comparar la prevalencia de diferentes variables electrocardiográficas en pacientes con Enfermedad de Anderson-Fabry (EAF) y pacientes con Miocardiopatía Hipertrofica (MCH). Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo, analizando la base de datos de historias clínicas del servicio de cardiología y los electrocardiogramas (ECG) de pacientes con diagnóstico enzimático de EAF y un grupo de pacientes con diagnóstico de MCH con dosaje normal de alfa-galactosidasa. Resultados: Se analizaron ECG de 66 pacientes con diagnóstico de EAF y 24 pacientes con diagnóstico de MCH. El ritmo sinusal estaba presente en todos los pacientes con EAF y en 22 pacientes con MCH. La media de duración del QRS fue de 91±18 mseg en pacientes con EAF y 103±24 en pacientes con MCH (p 0.02). Con una mayor duración del intervalo QT corregido en pacientes con MCH 456±37 mseg vs 422±46 mseg (p 0.001) y una menor duración del intervalo PR en pacientes con EAF 137±26 mseg vs 169±23 mseg (p 0.001). El eje del QRS en pacientes con EAF fue de 60° y de 15° en pacientes con MCH (p 0.01). Se apreció bloqueo completo de rama izquierda en 0,6% de pacientes con EAF y 12% con MCH (p 0.02). Se encontró mayor incidencia de hemibloqueo anterior en pacientes con MCH (p 0.001). No hubo diferencias en la incidencia de bloqueo completo de rama derecha (p 0.26) ni presencia de hemibloqueo posterior. Conclusiones: Los pacientes con EAF tienen menor duración del PR, QRS y QT en comparación con los pacientes con MCH, quienes presentan mayor incidencia de bloqueo de rama izquierda o hemibloqueo anterior. Estas características del ECG pueden ayudar a seleccionar poblaciones para realizar la búsqueda de EAF.

	Fabry (66p)	Hipertrofica (24p)	
Ritmo sinusal (n)	66	22	
PR (mseg)	137±26	169±23	p 0.001
QRS (mseg)	91±18	103±24	p 0.02
QTc (mseg)	422±46	456±37	p 0.001
Eje QRS (°)	60	15	p 0.01
BCRI (%)	0,6	12	p 0.02
BCRD (%)	12	4	p 0.26
HAI (%)	4	33	p 0.001

0357 - UN NUEVO ÍNDICE COMBINADO DE FUNCIÓN SISTODIASTÓLICA DE FIBRA PARA LA DETECCIÓN DE COMPROMISO DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR EN ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN CONSERVADA.

Eduardo MARTINO(1) | Sergio Juan BARATTA(1) | Celina MORALES(2) | Alejandro BENTICUAGA NAVAS(1) | Miriam MATOS(2) | Martín DONATO(2) | Ricardo GELPI(2) | Alejandro HITTA(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL (1); UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (2)

Objetivos: La fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) es uno de los parámetros habitualmente utilizados para definir el momento quirúrgico en la estenosis aórtica severa. A pesar de presentar FEVI conservada, los pacientes con estenosis aórtica severa sintomática tienen compromiso de la estructura y función miocárdicas que se relacionan con la progresión desfavorable de la hipertrofia ventricular izquierda (HVI) desde la etapa compensada a la descompensada manifestada por un incremento de la presión de fin de diástole del ventrículo izquierdo (PFDVI). Objetivo: analizar el comportamiento de un índice función sisto-diastólico de fibra (IFSD) (strain longitudinal sistólico *100 / (velocidad onda e mitral/ e tisular) en estenosis aórtica severa según etapa de evolución de la hipertrofia. Materiales y Métodos: Se estudiaron 26 pacientes con estenosis aórtica severa y fracción de eyección > 50% en plan de reemplazo valvular aórtico, se realizó estudio hemodinámico, ecocardiográfico y biopsia intraoperatoria. Los pacientes con estenosis aórtica severa sintomática fueron divididos en: grupo 1 (G1; HVI compensada, PFDVI < 15 mmHg sin enfermedad coronaria, n:7), grupo 2 (G2; HVI descompensada sin lesión coronaria, n: 7), grupo 3 (G3; HVI descompensada con lesión coronaria, n: 12). Resultados: Se observaron diferencias en el IFSD: G1: 501±142, G2: 279±82, G3:260±64, (P< 0.001), en el área miocitaria (µm2): G1:328±66, G2a: 376±22, G2b:385±13, (P<0.01); volumen de colágeno (%): G1: 4.77±1.27, G2: 8.40±1.27,

G3: 11.05±3.08, P<0.01), PFDVI normalizada por diámetro diastólico (mmHg/mm): G1: 0.27±0.01, G2: 0.39±0.06, G3: 0.44±0.11, (P<0.02); +dP/dt max/PFDVI (mmHg/seg/mmHg): G1: 176±45, G2:89.6±20, G3:113.1±41, (P< 0.01); strain bidimensional longitudinal sistólico pico (%): G1: -17.7±4.75, G2: -13.4±3.04, G3: -13.5±3.13, (P< 0.05). Conclusiones: Los pacientes con estenosis aórtica severa sintomática y fracción de eyección conservada que evolucionan con hipertrofia ventricular izquierda en etapa descompensada caracterizada por aumento de la presión de fin de diástole, presentan deterioro de la función sistodiastólica y de la estructura miocárdica.

0565 - VALVULOPLASTIA MITRAL PERCUTÁNEA EN UNA POBLACIÓN CON ANATOMÍA DESFAVORABLE: RESULTADOS CLÍNICOS Y ECOCARDIOGRÁFICOS INMEDIATOS Y A LARGO PLAZO.

Ricardo Aquiles SARMIENTO(1) | Rodrigo Ignacio BLANCO(1) | Gerardo GIGENA(1) | Florencia Soledad ANZIVINO(1) | Jorge LAX(1) | Raul SOLERNO(2) | Jorge SZARFER(1) | Alejandro GARCIA ESCUDERO(1) HOSPITAL ARGERICH (1); HOSPITAL EL CRUCE (2)
Objetivos: evaluar los resultados inmediatos y a largo plazo de la valvuloplastia mitral percutánea (VPM) en pacientes con anatomía valvular no favorable. Materiales y Métodos: se incluyeron en forma consecutiva 168 pacientes con diagnóstico de estenosis mitral severa sintomática a los que se realizó VMP con catéter balón de Inoue. En todos los casos se evaluaron características demográficas, antecedentes cardiovasculares; puntaje ecocardiográfico de Wilkins (PE), ritmo cardíaco, área valvular mitral (AVM), presión sistólica pulmonar (PAPs) y clase funcional (CF). Se analizaron los resultados inmediatos y en el seguimiento en aquellos pacientes con anatomía desfavorable, definida como PE >8 (n=50). Se consideró éxito primario cuando se obtuvo un área post VMP ≥ 1,5 cm², con insuficiencia mitral < 2 (clasificación de Sellers). Todos los pacientes fueron evaluados clínica y ecocardiográficamente inmediatamente antes y después de la VMP, al mes, 6 meses y luego en forma anual. Se consideró reestenosis (RE) al descenso del AVM por debajo de 1,5 cm² en aquellos pacientes con VMP exitosa. Las variables categóricas fueron expresadas como número y porcentajes y analizadas por test de chi². Las variables numéricas fueron expresadas como media-DS o mediana e IIC25-75 y analizadas por test T o Kruskal Wallis según correspondía. Se consideró significativa una p < 0,05. Resultados: De los 168 p incluidos, 50 p presentaban anatomía desfavorable (PE >8) y fue el grupo analizado. La mediana del PE era de 10 (IIC25-75: 9-11). La edad media era de 52,2±15 años; el 86% (43) eran mujeres. Se encontraba en CF II el 56% (28p) de la población, 42% (22p) en CF III-IV. El 56% de los pacientes (28 p) presentaba ritmo de fibrilación auricular (FA); 32 p presentaban insuficiencia mitral (IM). La mediana del AVM previo al procedimiento era de 0,91 cm² (IIC25-75:0,81-1,02 cm²), con una PAPs de 47 mmHg (IIC25-75:37-51 mmHg) y una presión capilar pulmonar de 25 mmHg. El procedimiento fue exitoso en 34 p (66%), significativamente menor comparado con la población general (80% éxito). La mediana del AVM luego de la VMP fue de 1,56 cm² (IIC25-75: 1,44-1,8). Los pacientes con VMP exitosa presentaron un AVM 1,75 cm² y aquellos con resultado no exitoso AVM 1,38 cm². La mediana de seguimiento fue de 48 meses (IIC25-75: 24-96). Se observó un descenso gradual de la mediana del AVM a través del tiempo: 1,48 (IIC: 1,34-1,72), 1,45 (IIC: 1,33-1,68), 1,43 (IIC: 1,30-1,90), 1,47 (IIC: 1,32-1,84) cm², 1,41 (IIC: 1,34-1,56) a los 12, 24, 36, 48 y 60 meses de seguimiento respectivamente. Se observó RE en el 15%. Se registró 1 muerte intrahospitalaria (2%) y dos muertes en el seguimiento (4%). Se realizó una nueva VMP en 5 pacientes y se indicó reemplazo valvular mitral en 3 pacientes. En el seguimiento a 4 años se encontraba asintomático el 81,9%; el 18,1% de los p presentaba disnea CF II o >. Conclusiones: En una población con características anatómicas desfavorables para la VMP, el resultado a largo plazo tras el procedimiento es razonable. Es posible obtener un incremento moderado del AVM con un riesgo del procedimiento bajo, una tasa de reestenosis aceptable y un número de pacientes asintomáticos elevados a largo plazo. Sin embargo, a 4 años de seguimiento, el 16% los pacientes han requerido una intervención adicional y el 6% de los pacientes fallecieron. La VMP es una alternativa terapéutica factible para los pacientes con anatomía valvular desfavorable y riesgo cardiovascular elevado.

0022 - REALIDAD DE LAS RESIDENCIAS DE CARDIOLOGÍA EN ARGENTINA. RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL 2015

Luciano Nahuel FALLABRINO | Dario Ben IGOLNIKOF | Ignacio Manuel CIGALINI | Gabriel TISSERA | Sebastian GARCÍA ZAMORA | Ernesto Alfredo DURONTO | Ricardo Mario IGLESIAS | Hugo Omar GRANCELLI CONSEJO ARGENTINO DE RESIDENTES DE CARDIOLOGÍA
Objetivos: Analizar la situación actual de las residencias de cardiología en las instituciones afiliadas al Consejo Argentino de Residentes de Cardiología (CONAREC) en relación a las características de los centros formadores, actividad asistencial y académica, las condiciones laborales y la opinión de los residentes sobre su instrucción. Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional y de corte transversal realizado a través de una encuesta anónima en el marco de las XXXV Jornadas Interresidencias de Cardiología del CONAREC desarrolladas en noviembre de 2015. Resultados: Se obtuvieron datos de 390 residentes con una mediana de edad de 29 años, siendo 54% hombres y en su mayor parte de años superiores (1° y 2° año 31%, 3° y 4° año 57%, Jefe de residente 11%). El 54% realizaba la residencia en centros privados concentrados en grandes centros urbanos (Capital Federal 35%, Santa Fe 16%, Buenos Aires 14%) y de alta complejidad (86% disponía de sala de hemodinamia y 88% de cirugía cardiovascular). El 15% no contaba con programa de residencia. A su vez, el 65% de los residentes no cumplía con al menos una de las rotaciones básicas de un programa de formación en cardiología y hasta un 29% no realizaba actividades formativas grupales del servicio. Al evaluar las actividades asistenciales, el 10% refirió no contar con supervisión durante la toma de decisiones. El 32% de los residentes de 1° año realizaban más de 8 guardias al mes, siendo la mediana de las mismas menor con el transcurso de los años (8, 7, 5, 6 y 4 para 1°, 2°, 3° y 4° año respectivamente, p<0.001). Durante la guardia, el 36% de los residentes refirieron no tener la posibilidad de consulta con un médico de planta en forma activa o presencial, recayendo dicha responsabilidad en residentes superiores (36%), jefes de residentes (35%) e incluso residentes inferiores (2%). El 22% de los residentes no realizaban prácticas en consultorio externo. El 58% cursaba su residencia como becario, sin recibir remuneración (8%) o siendo esta menor que el salario vital mínimo para la fecha (6%). El 61% realizaba trabajos ajenos a la residencia como sostén, especialmente en forma de guardias (54%). El 33% de los residentes refirió trabajar 80 o más horas por semana en promedio con 35 o menos horas de sueño semanal. En general, los residentes de cardiología refirieron encontrarse conformes con el clima de trabajo con otros residentes (96%) y con su formación académica (86%). Sin embargo, se observó disconformidad al considerar el compromiso de los médicos de planta (29%) y de la institución (41%) con su formación como de las condiciones laborales provistas (44%). El 23% de los residentes expresó que no volvería a elegir su centro de formación. Conclusiones: Si bien consideramos al sistema de residencias médicas como el mejor método de formación profesional, su implementación actual muestra múltiples limitaciones académicas y en las condiciones laborales para alcanzar una instrucción adecuada y homogénea en todo el país.

0047 - MEDICIÓN DE ELASTANCIA VENTRICULAR POR GATED SPECT: BÚSQUEDA DE DISFUNCIÓN CONTRÁCTIL EN PACIENTES CON FEY CONSERVADA

Lucas SAN MIGUEL | Nadia PABSTLEBEN | Enrique SODOR | Jorgelina MEDUS | Juan Manuel BLANCO | Carlos COLLAUD | Osvaldo MASOLI | Marcela REDRUELLO TCBA SALGUERO

Objetivos: Evaluar la función contráctil en pacientes con y sin necrosis miocárdica y FEY conservada mediante la estimación de elastancia ventricular (Ev) por Gated SPECT. Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma consecutiva y prospectiva pacientes que se realizaron SPECT E/R entre el mes de febrero y abril de 2016. Criterios de exclusión: valvulopatías significativas, FEY menor a 50 %. Cálculos: Se obtuvieron por Gated SPECT los volúmenes ventriculares sistólico (VS) y de fin de sístole (VFS) y se estimó la presión de fin de sístole (PFS) multiplicando la presión arterial sistólica medida con esfigmomanómetro por un factor corrector (0.9) acorde a literatura previa. Se calcularon Elastancia arterial para valoración de postcarga (Ea = PFS / Volumen sistólico), Elastancia ventricular para valoración de contractilidad (Ev = PFS / Volumen de fin de sístole) y Acople ventrículo- arterial para valoración de interacción entre las anteriores (aV-A= Ea/Ev) en reposo. Se definió necrosis como un score de suma en reposo mayor a 2 más alguna de las siguientes condiciones: 1) Antecedentes de IAM. 2) Secuela electrocardiográfica. Resultados: Se incluyeron 177 pacientes. 19 pacientes (11%) tuvieron necrosis. Los pacientes con necrosis tuvieron mayor proporción de factores de riesgo cardiovascular, ATC y tratamiento con drogas vasodilatadoras (véase tabla 1). La elastancia ventricular (función contráctil) y la elastancia arterial (postcarga) fueron significativamente menores en pacientes con necrosis (tabla 2). Conclusiones: En nuestra población, la presencia de necrosis se asoció a disfunción contráctil reflejada en disminución de la elastancia ventricular. Dado que la función ventricular está definida por varios factores más allá de la FEY, la elastancia ventricular disminuida en los estudios de Gated SPECT podría tener implicancias clínicas futuras.

Características basales	Necrosis n=19	Perfusión reposo normal n= 158	Valor de p
Edad (años) media +/- DS	62+/- 9	61 +/- 10	0,7
Hombres (%)	18 (94%)	102 (64%)	0,007
TBQ/EX TBQ (%)	1 (5 %)	15 (9%)	0,004
HTA (%)	17 (89%)	84 (53%)	0,002
DBT (%)	2 (10%)	28 (18%)	0,5
DLP (%)	15 (79%)	77 (48%)	0,03
ATC	13 (68%)	33 (21%)	0,00004
CRM	3 (15%)	13 (8%)	0,3
TAS basal (mmHg)	113 +/- 13	116+/- 21	0,41
TTO anti HTA no BB	16 (84%)	65 (41%)	0,001
TTO BB	14 (73%)	57 (36%)	0,002
Score suma reposo	8 +/-4	0	0,00004

Características basales	Necrosis n=19	Perfusión reposo normal n= 158	Valor de p
FEY (%)	56 +/- 6	67+/-8	0,01
Ev	2,2 +/- 0,8	5,3+/-4	0,0001
Ea	1,7+/-0,5	2,1 +/- 0,7	0,0007
Acople V/A (Ea/Ev)	0,5 +/- 0,2	0,8 +/- 0,2	0,00001

0225 - EXPRESIÓN INCREMENTADA DEL GEN ANTIMITÓTICO MEI1 EN CARDIOMIOCITOS OVINOS ADULTOS. UN BLANCO POTENCIAL PARA EL DISEÑO DE TERAPIAS DE REGENERACIÓN CARDÍACA.

Paola LOCATELLI(1) | Carlos Sebastián GIMÉNEZ(1) | Fernanda Daniela OLEA(1) | María Del Rosario BAUZÁ(1) | Anna HNATIUK(1) | Alberto José CROTOGINI(1) | Daniel GHIRINGHELLI(2) | Mariano Nicolás BELAICH(3)

UNIVERSIDAD FAVALORO (1); UNIVERSIDAD DE QUILMES (2); UNIVERSIDAD DE QUILMES (3)

Objetivos: Meis1 es un factor de transcripción que tiene una función regulatoria del ciclo celular en el cardiomiocito adulto. En modelos murinos Meis1 mantiene el arresto del ciclo celular por medio de interacciones con proteínas inhibitorias del mismo (p15, p16, p19, p21). Se ha demostrado que la disminución de su expresión es un estímulo mitogénico para cardiomiocitos postnatales. Por lo tanto, la inhibición de Meis1 representaría una estrategia potencial para terapias de regeneración cardiaca. Nuestro objetivo fue evaluar la presencia y comparar la expresión de Meis1 y otros genes de ciclo celular en cardiomiocitos ovinos adultos y de fetos en etapas en las cuales los miocardiocitos son aún mitóticos (<100 días de gestación) y etapas en las cuales los miocardiocitos son post-mitóticos (>100 días de gestación). Materiales y Métodos: Se diseñaron cebadores para amplificar fragmentos de los genes meis 1, cdkn1a, cdkn2aip, cdk2, cdk4, cdk6, ciclina E1, ciclina D2 y gapdh utilizando para su diseño la intersección de exones para detectar solamente RNAm. Se realizaron reacciones de RT-PCR end point a partir de RNA extraído de miocardio de ovinos adultos. Los productos de PCR fueron recuperados y clonados dentro de plásmidos genéricos. Los insertos dentro de los plásmidos, cada uno conteniendo fragmentos de los genes seleccionados, fueron confirmados a través de secuenciación (técnica de Sanger), y utilizados como calibradores de PCR en tiempo real (qPCR). A partir de RNAm obtenido de fetos de edad gestacional <100 días (n=4) y > 100 días (n=4) se realizó RT-qPCR para obtener una medida absoluta de la expresión de los genes de interés y su posterior comparación con RNAm de cardiomiocitos adultos. La expresión se muestra como: expresión absoluta del gen objetivo/expresión absoluta de GAPDH. Análisis estadístico: Anova-Bonferroni, significación: $p < 0.05$. Resultados: Se optimizó la reacción de PCR en tiempo real utilizando los plásmidos calibradores desarrollados, obteniendo un rango dinámico de 100–10000000 para todos los genes y valores de eficiencia adecuados para estimaciones cuantitativas. La expresión de Meis1 fue significativamente más elevada en cardiomiocitos ovinos adultos (Meis1/gapdh: 0.41 ± 0.05) y fetos de >100 días de gestación (Meis1/gapdh: 0.51 ± 0.03) respecto a los fetos de <100 días de gestación (Meis1/gapdh: 0.29 ± 0.03 , $p < 0.05$). Conclusiones: Meis1 se expresa en el miocardio de ovinos adultos y muestra una expresión significativamente aumentada a partir de los 100 días de gestación. Este gen es de potencial interés para el desarrollo de terapias dirigidas a modificar su expresión e inducir al cardiomiocito a ingresar en ciclo y completar la división celular.

0235 - 10 AÑOS DEL REGISTRO GUTI-GUCH PARA CARDIOPATÍA CONGÉNITA DEL ADULTO. INFORME DE DATOS GLOBALES

Claudio Gabriel MORÓS(1) | Dra Marisa PACHECO OTERO(2) | Dra Inés ABELLA(1) | Dra Gianina FALIVA(3) | Dra Mariana LOPEZ DANERI(4) | Dr Álvaro SOSA LIPRANDI(5) | Dra Liliana NICOLOSI(6) | Dra María GRIPPO(3)

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ (1); INSTITUTO JONAS SALK OSECAC (2); HOSPITAL SAN MARTIN DE LA PLATA (3); HOSPITAL AUSTRAL (4); SANATORIO GÜEMES (5); HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES (6)

Objetivos: La utilización de una única Base de datos para pacientes (P) con cardiopatía congénitas del adulto GUTI-GUCH, para distintas instituciones médicas del país, ha permitido reclutar un importante número de cardiopatías que pueden reflejar las particularidades de esta población. **OBJETIVO:** Estimar la prevalencia de las patologías más frecuentes, grado de complejidad de la cardiopatía, procedimientos quirúrgicos y hemodinámicos realizados, medicación administrada y datos morbi-mortalidad. **Materiales y Métodos:** La creación y uso de la base de datos GUTI-GUCH (Hospital Gutiérrez GUCH) permitió fusionar datos pertenecientes a ocho centros participantes del país, desde abril 2006 hasta abril 2014. Se clasificó a los P según la complejidad de su cardiopatía en leves, moderadas y severas basados en las Guías de Manejo de Adultos con Cardiopatías Congénitas de la AHA/ACCA 2008. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS17. **Resultados:** Se registraron en total 1604 P, mujeres 55.4% (889), edad media 32.5 años $\pm$ 12.7 años. Distribución geográfica: Buenos Aires 71.4%, CABA 19.9% y resto del país 8.7%. Tenían Transición desde cardiología infantil: 38.7% (620). Fueron Simples 30.1% (483); Moderadas 48.5% (778) y Severas 21.4% (343). La patología más frecuente fueron: Comunicación Interauricular (CIA) 19.9% (319), CIV 12.3% (198), Tetralogía de Fallot 11.9% (191), Enfermedad valvular aórtica (EVA) 8.9% (142), coartación de aorta (CoAo) 6.7% (108), ventrículo único 5.4% (86), Enfermedad de la válvula pulmonar (EVP) 3.9% (62), Ductus Arterioso 3.7% (59), Transposición de grandes arterias (TGA) 3.6% (58), Enfermedad de válvula tricúspide 3.5% (57); Canal AV 2.8% (45) y Transposición congénitamente corregida (TCGCV) 2.4% (38). En el análisis por grupos de complejidad de la cardiopatía, fueron más frecuentes: Complejidad simple: CIA 46% (222), CIV 23% (111), Ductus Arterioso 9.3% (45), Enfermedad de la válvula aórtica 7.5% (36). Complejidad Moderada: Tetralogía de Fallot 23.9% (186), CoAo 13.5% (105), EVA 13.2% (103), CIV 9.1% (71), CIA 9% (70). Complejidad Severa: Ventrículo Único 25% (86), TGA 16.9% (58), TCGCV 11% (38), Atresia pulmonar con CIV 8.1% (28), Doble salida de VD (DSVD) 7.3% (25), CIA + Hipertensión Arterial pulmonar (HAP) 7.8% (27) y CIV + HAP 4.7% (16). Medicación: IECA 28.2% (453), Betabloqueantes 25.1% (403), Espironolactona 11% (178), Anticoagulantes 10.9% (175), AAS 8.7% (140), Furosemida 6.4% (103), Digital 6.3% (101), T4 6.2% (100), Amiodarona 5.8% (93), ATI 4.4% (70), Hipoglucemiantes 4.1% (65). Hipertensión Arterial pulmonar Grupo 1: 3.8% (61), Eisenmenger 1.8% (29). El 57.4% (920) tenía cirugía cardíaca previa, Cateterismo previo 40.9% (656), Internación previa 6.3% (101) y muerte en el seguimiento 3% (48). **Conclusiones:** La existencia de una Base común para registrar pacientes con cardiopatía congénita del adulto ha permitido el análisis en conjunto de datos globales de diferentes centros a lo largo de estos años. Constatamos que la mitad de las cardiopatías son de complejidad moderada donde la Tetralogía de Fallot es la patología más frecuente. El Ventrículo Único fue el diagnóstico más frecuente dentro del grupo de complejidad severa. La incorporación de nuevos centros asistenciales de la Argentina al GUTI-GUCH enriquecería la fiabilidad de los datos obtenidos en esta población.

0065 - CARDIODESFIBRILADORES IMPLANTABLES EN CARDIOPATIA ISQUÉMICO-NECRÓTICA Y DILATADA IDIOPÁTICA: ASOCIACION ENTRE TERAPIAS APROPIADAS Y MORTALIDAD

Nestor Oscar GALIZIO | Alejo TRONCONI | Federico ROBLES | Alejandro Antonio PALAZZO | Guillermo CARNERO | Lizarraga GABRIELA | Mauricio Andres MYSUTA | Jose Luis GONZALEZ FUNDACIÓN FAVALORO

Objetivos: Determinar, en el seguimiento a largo plazo de pacientes (pts) portadores de cardiodesfibriladores implantables (CDI), la incidencia de choques apropiados (Ch-A) y terapias anti-taquicardia apropiadas (ATP-A) y su asociación con la muerte y las causas de muerte. **Materiales y Métodos:** Entre Enero del 2007 y Agosto del 2015, 400 pts fueron implantados con un CDI en prevención primaria (PP) o prevención secundaria (PS) de muerte súbita (MS) en cardiopatía isquémico-necrótica (C-IN) o dilatada idiopática (C-ID) con un seguimiento medio de 42 ± 37 meses (m). Las características de nuestra población se grafican en la Tabla 1. Se comparó la mortalidad total y por insuficiencia cardíaca entre los grupos sin terapias apropiadas y con terapias apropiadas, y entre el grupo sin terapias apropiadas y los subgrupos con Ch-A y ATP-A. **Resultados:** En las siguientes tablas se expresan los resultados: **Conclusiones:** En nuestra población en estudio los pts en PS presentaron mayor número de terapias apropiadas que los pts en PP. Los pts con terapias adecuadas presentaron mayor mortalidad por IC. Los subgrupos Ch-A y ATP-A presentaron mayor mortalidad por IC que los pts sin terapias adecuadas. Los pts que recibieron Ch-A tuvieron la mayor mortalidad por IC.

Tabla 1	Sin Terapias Apropiadas (n: 319)	%	Con Terapias Apropiadas (n: 81)	%	p
Edad al implante	63 ± 11		62 ± 11		NS
Sexo Masculino	279	87.5%	70	86.4%	0.8
Isquémicos-necróticos	250	78.4%	66	81.4%	0.5
Idiopática	69	21.6%	15	18.5%	0.5
PP	240	75.3%	40	49.4%	0.00001
PS	79	24.7%	41	50.6%	0.00001
NYHA CF III-IV	48	15%	8	9.9%	0.2
Internación IC	130	40.8%	27	33.3%	0.2
FEVI (%)	27.7 ± 8.6		27.7 ± 9.5		NS
BCRI	76	23.8%	25	30.8%	0.1
Ancho QRS	116 ± 37		125 ± 33		NS
TVNS	119	37.3%	34	42.0%	0.4
BetaBloqueantes	307	96.2%	78	24.5%	0.9
Amiodarona	157	49.2%	47	58.0%	0.1

Muerte	Total (n= 400)	Sin Terapias Apropriadas (n=308)	Con Terapias Apropriadas (n=81)	p		
Muerte Total	74 (18.5%)	54 (17.4%)	20 (24.7%)	0.1		
Muerte IC	37 (9.25%)	21 (6.7%)	13 (16.0%)	0.2		
MS	2 (0.5%)	3 (0.9%)	0	0.4		
Otras	35 (8.7%)	30 (9.7%)	7 (8.6 %)	0.7		
	Sin Terapias (n=309)	Choque Adecuado (n=51)	p	ATP Adecuada (n=38)	p	
Mortalidad Total	54 (17.4%)	12 (25.4%)	0.1	9 (23.6%)	0.2	
Mortalidad por IC	21 (6.7%)	9 (17.6%)	0.009	6 (15.7%)	0.05	
Otras	30 (9.7%)	4 (7.8%)	0.6	3 (7.8%)	0.7	

0241 - CRIOABLACIÓN DE HACES ANÓMALOS SEPTALES: SEGURIDAD Y EFICACIA

Guillermo CARNERO | Nestor GALIZIO | José Luis GONZÁLEZ | Federico ROBLES | Alejandro Antonio PALAZZO | Mauricio MYSUTA | Fidel COLOQUE | Celeste D'AMICO FUNDACIÓN FAVALORO

Objetivos: INTRODUCCIÓN: La ablación por radiofrecuencia con catéter de los haces septales conlleva el riesgo potencial de presentar bloqueo AV. La crioblación permite realizar criomapeo a -30 grados lo que realiza una lesión reversible, continuando con crioblación de -80 grados, pudiendo ubicar la zona de aplicación de manera segura. **OBJETIVO:** El objetivo de éste trabajo fue analizar la seguridad y efectividad de la crioblación para haces medio y anteroseptales. **Materiales y Métodos:** **MATERIALES Y MÉTODOS:** desde octubre de 2014 hasta enero de 2016 se realizaron 36 crioblaciones en 33 pacientes (pts) con haces anómalos.

Resultados: CARACTERÍSTICAS BÁSICAS: treinta y tres pts, 22 masculinos (66%), 21 años $\pm$ 15, en edad pediátrica 21 pts (promedio 13 años), 27 en haces anteroseptales y 9 medioseptales. Para el procedimiento se usó catéter 6 mm - Freezor Xtra- Medtronic, Inc, consola -Crio Cath-. RESULTADOS: Se realizaron 36 ablaciones, 29 con haces anteroseptales (16 parahisianas) y 7 en haces medioseptales. El tiempo de procedimiento fue de 182 $\pm$ 67 minutos, tiempo de radioscopia fue de 32 $\pm$ 10 minutos, 3 pts (9%) presentaron BAV paroxístico reversible durante el criomapeo. Se obtuvo éxito en 29 ablaciones (81%). La estancia hospitalaria fue de 12 $\pm$ 6 hs. Ningún pt presentó complicaciones. En un seguimiento medio de 12 meses se observaron 3 recurrencias (10%). Un nuevo procedimiento de ablación resolvió 2 de los 3 pts con ablación no exitosa.

Conclusiones: CONCLUSIONES: En nuestra población en estudio la crioadblación de haces anómalos medio y anteroseptales demostró ser un procedimiento seguro, con baja tasa de complicaciones, que presenta un alto porcentaje de éxito tanto en adultos como en niños.

0272 - ABLACION DE LA TAQUICARDIA INTRANODAL INCESANTE.

Claudio DE ZUOAGA | Ricardo Eugenio SPERANZA | Gustavo Alejandro COSTA | Osvaldo A. PEREZ MAYO | Alberto ALFIE | Carlos Daniel DEL ISO | Marcelo Carlos ROBI | Nabel COLIQUE DELGADO HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALFONSO POSADAS

Objetivos: La Taquicardia Intranodal Incesante (TINinces.) es una entidad poco frecuente cuyo sustrato arritmogénico es la doble vía de conducción intranodal como en las Taquicardias Intranodales habituales (TIN), sin embargo una vía rápida con mala conducción anterógrada y conducción retrógrada normal, le brinda las propiedades de incesante. El objetivo es conocer las propiedades electrofisiológicas y establecer la estrategia más racional para su tratamiento. **Materiales y Métodos:** De 409 pacientes (p) sometidos a una ablación por radiofrecuencia (ARF) por TIN 8 (2 %) presentaban la modalidad incesante. En todos los p se constató una vía rápida de escasa permeabilidad anterógrada, mostrando en los latidos sinusales un PR largo o un alargamiento progresivo de este intervalo hasta alcanzar un intervalo crítico el cual era seguido de activación auricular retrógrada a través de la vía rápida, iniciándose de esta manera la TINinces. Esta, sólo fue interrumpida por estimulación auricular rápida. El ECG basal y las propiedades electrofisiológicas de la conducción nodal anterógrada y retrógrada así como la evolución clínica post ARF, fueron comparadas entre los p con TINinces. Grupo A; con aquellos con TIN común (n=401) Grupo B. En todos los p se realizó ablación en taquicardia, siguiendo una guía electro-anatómica. Resultados: El intervalo PR y A-H de los p con TINinces. (Grupo A), fue sensiblemente superior a aquellos del grupo B, TIN (PR: 190±33 Vs 133±18 y el A-H: 134±30 Vs 72±15 p<0,05) Los ciclos de las taquicardias no mostraron diferencia entre el grupo A y B (362 ± 80 vs 322 ± 67 p=0,10). En 3/8 p con TINinces se realizó la ARF de la vía lenta siguiendo una guía electro-anatómica, y pudo interrumpirse la TINinces., recuperando el ritmo sinusal, quedando 2 p con bloqueo A-V (BA-V) tipo wenckebach y uno con BA-V Completo. Dos p con ablación de la vía lenta (75%) debieron recibir estimulación definitiva (MP). En 5/8 p se eligió lesionar la vía rápida, y en ellos, luego de interrumpida la TINinces. retomaron el ritmo sinusal con un intervalo A-H más prolongado (de 134 ± 30 a 172 ± 71 msg p= 0,10), todos con conducción 1:1 permanente. El alargamiento del intervalo A-H nunca superó los 100 mseg permaneciendo asintomáticos en la evolución. Conclusiones: 1) La TINinces. es una entidad muy infrecuente 2) Los p con TINinces. tienen un intervalo PR y A-H basal sensiblemente superior a las TIN comunes, permitiendo presumir el mecanismo en aquellos que están en ritmo sinusal con A-H superior a 130 mseg. 3) En los p con TINinces, la lesión de la vía lenta puede generar BAV de segundo grado o completo al dejar sólo permeable la vía rápida de mala calidad, llevando al p al MP en un alto porcentaje. 4) La ARF de la vía rápida en los p con TINinces. permite suprimir el sustrato de la taquicardia, asegurando una conducción A-V 1:1. 5) En los p con TINinces. La ARF de la vía rápida debería ser la elección.

0484 - LA ABLACIÓN DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA. REPORTE DE 1000 CASOS CON SEGUIMIENTO A UN AÑO.

Leandro TOMAS | Agustín OROSCO | Vergara JUAN MANUEL | Santiago RIVERA | Víctor FONTINIER | Ignacio MONDRAGON | Gastón ALBINA | Fernando SCAZZOSO INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA

Objetivos: La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más frecuente y probablemente la más antigua. El aislamiento de las venas pulmonares (AVP) con radiofrecuencia es actualmente la terapéutica de elección en pacientes con FA paroxística (FAP), sintomática y refractaria al tratamiento antiarrítmico, con un incremento constante en el número de intervenciones realizadas en la última década. Diferentes grupos de investigadores al tratamiento de la FAP han publicado su experiencia y se conocen varios predictores de recurrencia. Sin embargo hasta la fecha no ha sido reportado en nuestro medio una experiencia similar. El objetivo primario de este trabajo fue analizar los predictores de recurrencia post AVP con radiofrecuencia. Como objetivo secundario se evaluó la tasa de éxito y complicaciones asociadas al procedimiento. **Materiales y Métodos:** Análisis prospectivo, observacional, unicéntrico realizado entre Mayo 2009 y Agosto 2015 de 1000 casos consecutivos de ablación de FA paroxística con radiofrecuencia y mapeo electroanatómico (792 casos con un primer procedimiento y 208 con una Reablación). Los datos fueron extraídos de una base de datos generada en access por el servicio de electrofisiología. El seguimiento se realizó a los 1, 2, 3, 6, 9 y 12 meses respectivamente, con Electrocardiograma y holter de 24 hs. Para el análisis del seguimiento se utilizaron 507 AVP de FAP con al menos un año de seguimiento, excluyendo las reablaciones y los pacientes que no cumplieron con todas las visitas de seguimiento. Las variables discretas se expresaron como porcentajes y las continuas como media y desvío estándar. Para analizar los predictores de recurrencia post AVP se utilizó un modelo de regresión de cox. Para la obtención de dichos resultados se trabajó con el programa IBM SPSS Statistics 20. Resultados: De los 507 pacientes con seguimiento completo el 75.2 % de la población fueron hombres, 49.5% hipertensos, 4.4% diabéticos, la FEVI fue 61.27±6%, y el área de la AI 22.3±4.5cm². El CHA2DS2-VASC promedio fue de 1.12±1.1. En un análisis multivariado utilizando regresión de cox se observó que a mayor frecuencia de episodios previos a la ablación HR 1.315 (1.048-1.615) p=0.018 y la recurrencia temprana (0-3 meses) HR 4.068 (2.748-6.019) p<0.0001 fueron los predictores más significativos de recurrencia a los 12 meses. La tasa de mantenimiento de ritmo sinusal al año sin tratamiento antiarrítmico fue del 77.5% para fibrilación auricular paroxística, y una recurrencia del 22.5%. Del total de ablaciones realizadas (n=1000) ocurrieron 46 (4.60%) complicaciones que incluyeron taponamiento cardíaco con pericardioecstasis 19(1.9%), complicaciones vasculares 23 (2.3%), ACV 2 (0.2%), parálisis del nervio frénico 1 (0.1%). No se registraron fístula atrio-esofágica, estenosis de las venas pulmonares, ni muertes relacionadas al procedimiento. Conclusiones: La mayor frecuencia de episodios de FA previos al AVP por radiofrecuencia favorece la recurrencia al año, por lo que una estrategia de ablación precoz mejoraría los resultados de esta técnica. Disminuir la recurrencia temprana post ablación podría aumentar la tasa libre de fibrilación auricular en el primer año postablación. La ablación de fibrilación auricular es un método seguro y eficaz para el control del ritmo en pacientes con FAP, sintomática y refractaria al tratamiento antiarrítmico, con una baja tasa de complicaciones.

VARIABLE	HR	P	HR	P
Sexo	1.195 (0.767-1.861)	0.432	1.180 (0.751-1.851)	0.472
Edad	0.989 (0.974-1.005)	0.173	0.998 (0.982-1.014)	0.763
FEVI < 45%	1.582 (0.646-3.876)	0.316	-	NS
Frecuencia de episodios	1.402 (1.124-1.750)	0.003	1.315 (1.048-1.615)	0.018
> 1 x Día				
< 1 x Día, > 1 x Semana				
< 1 x Semana, > 1 x Mes				
< 1 x Mes, > 1 c/6 Meses				
< 1 c/6 Meses				
AI > 22cm ²	1.119 (0.775-1.618)	0.549	-	NS
Recurrencia Temprana	4.298 (2.991-6.323)	<0.0001	4.068(2.748-6.019)	<0.0001

0532 - VÍAS ACCESORIAS MANIFIESTAS SOLO LUEGO DE LA ADMINISTRACIÓN DE ISOPROTERENOLOL: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ELECTROFISIOLÓGICAS

Carlos Javier DIAZ(1) | María MAJALANI(2) | Estela Carolina FALCONI(1) | David Gabriel DOINY(3) | Mauricio ABELLO(3) | José Manuel MOLTEDO(2) | FLENI(1); CLÍNICA Y MATERNIDAD SUIZO ARGENTINA (2); SANATORIO FINOCHIETTO (3)

Objetivos: Si bien es conocido que las catecolaminas afectan las propiedades de conducción de las vías accesorias (VAC), el hecho que dependan enteramente de las mismas para ser manifiestas no ha sido reportado previamente. El objetivo de este trabajo es describir las características de VAC que en el estudio electrofisiológico (EEF) se manifestaron solamente luego de la infusión de isoproterenol (Iso). **Materiales y Métodos:** Se identificaron aquellos con síndrome de Wolff-Parkinson-White con preexcitación manifiesta y continua en el ECG basal, Holter y ergometría que en el momento del EEF presentaban intervalos de conducción basales normales y que tuvieron preexcitación manifiesta luego de la infusión de Iso. Resultados: De 344 pacientes, cuatro presentaron preexcitación solamente luego de la infusión de Iso. Tres fueron masculinos; la media de edad fue 22,6±13,3 años (14-38). Todos eran asintomáticos y tenían corazón estructuralmente normal. Previo a la infusión de Iso los intervalos de conducción fueron normales; la conducción mínima anterógrada 1:1 por el nodo aurículo-ventricular fue de 370 ± 34,6 ms, la conducción retrograda 1:1 por el NAV fue de 436 ± 118 ms. La adenosina (ADO) produjo bloqueo AV completo. Luego de la infusión de Iso se manifestó la preexcitación; la conducción mínima 1:1 por la VAC fue de 327,5 ± 60,75 ms. Se administró ADO y se observó máxima preexcitación. Las vías fueron todas de localización posteroseptal derecha. Conclusiones: Existen algunas vías accesorias cuya capacidad de conducción está determinada por el tono catecolaminérgico. Todas ellas fueron de localización posteroseptal derecha

0553 - TRATAMIENTO ANTITROMBÓTICO EN PACIENTES CON FA Y RIESGO ELEVADO DE SANGRADO: SUBANÁLISIS DE UN REGISTRO MULTICÉNTRICO DE ARGENTINA.

Valentin Claudio ROEL | Ezequiel Jose ZAIDE | Juan Alberto MOUKARZEL | Walter DA ROSA | Carolina CICCERO | Rodolfo LEIVA | Matias GALLI | Jorge THIERER CONSEJO ARGENTINO DE RESIDENTES DE CARDIOLOGIA

Objetivos: Las guías de la práctica clínica recomiendan la utilización de sistema de puntaje para identificar poblaciones con riesgo incrementado de sangrado en fibrilación auricular (FA). Sin embargo no contraindican la utilización de anticoagulación oral en esta población. Las estrategias adoptadas en pacientes con alto riesgo de sangrado incorporando la disponibilidad de anticoagulantes orales no- anti vitamina K (NOACS) para prevención de eventos isquémicos resultan de vital importancia para disminuir la morbilidad y mortalidad de esta enfermedad. El objetivo de este trabajo consiste en determinar si el riesgo elevado de sangrado en pacientes con FA e indicación de ACO modifica la estrategia antitrombótica adoptada en centros con residencia de cardiología. **Materiales y Métodos:** Sobre la base de 869 pacientes consecutivos admitidos en 59 centros con residencia de cardiología de Argentina portadores de FA no valvular, se seleccionaron aquellos con indicación de ACO por Score de CHA2DS2-Vasc >=2 y se excluyeron los pacientes fallecidos y con contraindicación absoluta de ACO permaneciendo para el análisis 687 pacientes. Se realizó un análisis estadístico convencional para estadística descriptiva, se compararon las variables en relación a la presencia de alto y bajo riesgo de sangrado utilizando el sistema de puntaje HASBLED mediante test de T de Student, chi 2 o Fisher según corresponda. Se utilizó el programa Epi Info 7.2 y se consideró significativo un valor de p< 0.05. Resultados: Luego de la internación en un centro con residencia de cardiología el 87,6% de los pacientes recibió estrategia antitrombótica al egreso, 23,3% aspirina (AAS), 54,7% anti vitamina K (AVK), y 9,6% NOACS. En pacientes con HASBLED >= 3 y <3, la indicación al egreso de AAS fue de 24,6% vs. 23,2% y ACO 60% vs. 54,2% respectivamente, siendo similar en ambos grupos, mientras que se observó una disminución significativa en la indicación de NOACS (p<0,001). Ver Tabla 1. Los pacientes externados sin ACO (n=245) recibió AAS el 65%. Las principales causas identificadas de no anticoagulación constituyen contraindicaciones relativas 17,6%, limitaciones sociales 12,9% y decisión del paciente 2,4%. Conclusiones: En pacientes portadores de FA y alto riesgo de sangrado externados en centros con residencia de cardiología la principal estrategia utilizada fue la ACO con AVK sin diferencia en la tasa global de ACO. A pesar de presentar mejor perfil de seguridad en ensayos clínicos, se observó disminución significativa en la utilización de NOACS.

TRATAMIENTO DE EGRESO	GLOBAL% (n=687)	HASBLED <3 % (n=622)	HASBLED >=3 % (n=65)	p
AAS	23,3	23,2	24,6	NS
AVK	54,7	54,2	60	NS
NOACS	9,6	10,6	0	<0,001
DABIGATRAN 110 MG	2,3	2,6	0	NS
DABIGATRAN 150 MG	3	3,4	0	NS
RIVAROXABAN 20 MG	4,2	4,7	0	0,052
ACO TOTAL	62,3	64,8	60	NS

0036 - VALVULOPLASTIA AÓRTICA PERCUTÁNEA COMO PUENTE EN LA ERA DEL TAVI: RESULTADOS A CORTO Y LARGO PLAZO EN UN CENTRO POLIVALENTE

Vincenti LEITE | Francisco ROMEO | Juan VALLE RALEIGH | Carla Romina AGATELLO | Carlos ROJAS MATA | Alejandro FERNANDEZ | Daniel Horacio BERROCAL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Comparar los resultados inmediatos y alejados de la valvuloplastia aórtica percutánea en pacientes con diagnóstico de estenosis aórtica severa sintomática en dos grupos distintos: como terapia paliativa en pacientes desestabilizados de cualquier intervención (extrema fragilidad, demencia, otras comorbilidades); y otro grupo como puente ya sea a TAVI o reemplazo valvular aórtico quirúrgico (RVAO). **Materiales y Métodos:** Estudio de tipo cohorte retrospectiva, unicéntrico. Se analizaron las valvuloplastias aórticas con balón (VAB) consecutivas realizadas desde 01/2009 hasta 04/2016 inclusive en pacientes portadores de estenosis aórtica severa sintomática. La media de seguimiento fue de 20 meses +/- 20 meses. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS 23. Las variables continuas fueron expresadas como media y desvío estándar mientras que las variables categóricas fueron expresadas como número y porcentaje. La comparación de las variables continuas se efectuó con el test de T o Mann Whitney acorde a la distribución normal de la muestra. La comparación de las variables categóricas se efectuó con el test de Chi 2. El análisis de supervivencia se estimó con el método de Kaplan Meier comparando las 2 ramas mediante el test de log rank.

RESUMENES DE TEMAS LIBRES

Resultados: Se realizaron un total de 141 procedimientos consecutivos. El grupo sometido a VAB como terapia paliativa resultó ser más añoso con una media de edad de 86 +/- 8.2 años (P=0.01); mayor riesgo perioperatorio estimado por STS score con una media de 9.6 +/- 3 (P=0.02) y mayor porcentaje de reintervención (2 ó más VAB) estimado en un 6.2 % del total de pacientes (P=0.01); mientras que el grupo sometido a VAB como puente a intervención presentó un mayor porcentaje de cirugía cardíaca previa estimado en un 10.4 % (P= 0.05). El resto de las características basales distribuidas por grupos se enumeran en la TABLA 1. No se evidenciaron un gran número de complicaciones mayores intrahospitalarias vinculadas al procedimiento (TABLA 2). Se realizaron 37 VAB como puente al alivio de síntomas. La mortalidad en el seguimiento fue de N 19 (51 %) mientras que en grupo como puente se efectuaron un total de 104 VAB con una mortalidad en el seguimiento de N 42 (40 %) P=0.24. La sobrevida media en el grupo de VAB como terapia paliativa fue de 18 meses +/- 3; mientras que la sobrevida media en el grupo de VAB como puente con intención de tratar ya sea a TAVI o RVAo fue de 26 meses +/- 1; siendo esta diferencia estadísticamente significativa (Log rank P=0.03). Conclusiones: Los resultados de nuestra cohorte retrospectiva avalan el uso de la VAB como puente o terapia paliativa logrando una sobrevida media aceptable y un bajo índice de complicaciones.

Variables	Puente (N=104)	Paliativa	P Valor
Edad (años)	82.5 +/- 8.8	86 +/- 8.2	0.01
Sexo femenino	63%	68%	0.45
HTA	95,00%	96%	0.76
DLP	99%	79%	0.55
TBQ	21%	20%	0.98
IRC	29,00%	23,00%	0.41
EPOC	7%	6%	0.81
DBT II	18.5%	14.5	0.53
ATC previa	33%	32%	0.88
IAM previo	3%	2%	0.68
Cirugía cardíaca previa	10.4 %	2.1%	0.05
EuroScore logístico	22.3 +/- 7.7	24.9 +/- 11.1	0.09
STS	8.4 +/- 3.1	9.6 +/- 3	0.02
PSP mayor a 60 mmhg	4.8%	10.4%	0.18
FEV pre VAB	51.6 +/- 8	50.7 +/- 9.1	0.54
Gradiente aórtico medio (mmhg)	46 +/- 15.5	44.7 +/- 18.5	0.92
Área valvular basal (cm2)	0.64 +/- 0.15	0.65 +/- 0.2	0.98
% Pacientes con 1 VAB	75%	70%	0.57
% Pacientes con 2 ó más VAB	0%	6.2%	0.01

Tabla 2 Complicaciones IH post BAV	N=141	%
Muerte	7	4%
Complicaciones vasculares	11	6,00%
Pseudoaneurisma	4	2%
Sangrado sitio de punción	7	4%
Rotura del anillo	0	0%
Perforación ventricular	1	1%
Taponamiento	1	1%
IAM	1	0,50%
IAO severa	0	0%
Bloqueo auriculoventricular completo	5	3%

0250 - DISTRIBUCION DE SINDROMES GERIATRICOS ENTRE LAS DISTINTAS OPCIONES DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON ESTENOSIS AORTICA SEVERA SINTOMATICA .

Giselle Paola FUCILE | Maximiliano SMITNIANSKY | Bruno BOIETTI | Eugenia RIGGI | Maria CAL | Valeria ABELLAN | Luis CAMERA HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: El grupo de Adultos Mayores no integran una población homogénea. La edad cronológica no coincide siempre con la edad biológica. La falta de detección de factores de riesgo propiamente geriátricos puede, sin ninguna duda, aumentar el riesgo de desarrollo de complicaciones y eventos adversos en distintas prácticas y procedimientos. El objetivo de este estudio

es describir la prevalencia de síndromes geriátricos entre los distintos grupos de tratamiento para pacientes con estenosis Aórtica Severa sintomática: Tratamiento Médico (TM), Valvuloplastia paliativa o puente para TAVI (Reemplazo valvular Aórtico transcateéter) , TAVI y RVAo (Reemplazo tradicional). Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Desarrollado en un hospital en Buenos Aires, desde el 20 de abril de 2013 hasta el 24 de abril de 2016. Se evaluaron 120 pacientes mayores de 65 años con estenosis aórtica severa sintomática. Se les realizó una valoración geriátrica integral específica: DRIPP (Determinación de riesgos para las prácticas y procedimientos en los ancianos) y posteriormente evaluación por heart team, previo a la decisión del tratamiento final. DRIPP es la práctica propuesta para detectar factores de riesgo propiamente geriátricos asociados con complicaciones que resultan de diferentes procedimientos y prácticas, a partir del cual se generan recomendaciones específicas de prevención, cuidado y manejo. Consiste en una entrevista inicial breve, dirigida y estructurada y la aplicación de una

Variable	Tratamiento Medicin: 5 (5,4%)	Valvuloplastian: 28 (30,4%)	TAVI n: 47 (51,08%)	RVAo n: 12 (13%)
Edad	90,2 (84-92)	85,46 (68-95)	84,04 (73-92)	82,5 (77-87)
Comorbilidad (Charlson)	0,6 (0-2)	2,1 (0-5)	1,8 (0-4)	0,83 (0-2)
AVD	4,2 (3-5)	5 (1-6)	5,42 (4-6)	5,16 (4-6)
AVDI	5,4 (2-8)	4,2 (1-7)	6,21(1-8)	7,25 (4-8)
MMTT	26,4 (21-28)	23,8 (8-29)	26,4 (17-30)	26(21-29)
T.Reloj	2,4 (0-5)	4,5 (0-7)	5,4 (0-7)	5,36 (1-7)
FR-SCA	8,8 (5-10)	7,67 (5-10)	6,43(2-10)	5,83 (3-10)
Pérdida de Peso	60%	50%	36,17%	25%
Fragilidad	9 (4-12)	7,46(3-11)	6,53(1-13)	4,91 (2-9)
Velocidad de la Marcha	17,45 (4-30)	11,81 (4,8-35)	6,43 (2-10)	6,66 (3,6-19)
Dolor- EVA	71 (50-100)	49,44 (0-100)	53,58 (0-100)	33,66 (0-90)

batería sistematizada de escalas para predecir el riesgo. Se excluyeron 28 pacientes por pérdida de seguimiento o muerte previo a la decisión de tratamiento final y/o decisión de tratamiento final pendiente a la fecha. Se utilizaron media, mediana, desvío estándar, rango intercuartil y porcentaje con su número absoluto. Resultados: 92 pacientes fueron incluidos. Los resultados se muestran en la Tabla. Conclusiones: Este estudio muestra que los síndromes geriátricos son frecuentes en todos los grupos de tratamiento. Sin embargo, los pacientes en el grupo TM y valvuloplastia eran más ancianos, presentaban más deterioro funcional y peor rendimiento cognitivo, más factores de riesgo para desarrollo de síndrome confusional, peor estado nutricional, niveles más altos de fragilidad y mayor alteración de la velocidad de la marcha, comparados a los grupos para TAVI y RVAo. Teniendo en cuenta la alta prevalencia de síndromes geriátricos demostrada por nuestro estudio, y la clara y conocida asociación con resultados adversos, se plantea la necesidad de discriminarlos para ofrecerle al equipo médico tratante y al paciente una medición del riesgo más precisa y tomar una conducta proactiva en coordinación con los diferentes niveles de atención del paciente. El objetivo final es implementar medidas que tiendan a anticiparse, y si es posible, prevenir y lograr el manejo de las complicaciones esperadas.

0319 - ENFERMEDAD DE MÚLTIPLES VASOS COMO PREDICTOR DE MUERTE EN EL IAM

Agustín GIRASSOLLI | Pablo Ernesto PEREZ BALIÑO | Patricio RATTAGAN | Alejandro GARCIA ESCUDERO | Juan GAGLIARDI | Jorge SZARFER | Gloria MOHAMED | Miguel Oscar PAYASLIAN INFARTO BUENOS AIRES

Objetivos: Analizar las características clínicas y la evolución intrahospitalaria de los pacientes (p) a los que se les realizó angioplastia (ATC) primaria en pacientes que presentaban enfermedad coronaria de múltiples vasos. Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma retrospectiva 697 p que ingresaron en forma consecutiva a Hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires con diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) con elevación del segmento ST para tratamiento con ATC primaria. Se analizó la población según la presencia de enfermedad significativa de más de una arteria coronaria (Grupo A; n=323 p) o compromiso de 1 vaso (Grupo B; n=374 p). En todos los casos se realizó sólo ATC del vaso responsable. Se evaluaron las características clínicas, angiográficas y de evolución intrahospitalaria. Las variables cuantitativas se compararon con test de t o Kruskal-Wallis según su distribución y las cualitativas con Chi2. Posteriormente se realizó un análisis multivariado para establecer predictores independientes de mortalidad, incluyendo la presencia de enfermedad de múltiples vasos. El nivel de significación aceptado <0.05. Resultados: Los pacientes del Grupo A presentaron mayor edad (62±11 vs 58±11 años p=0,006), mayor prevalencia de HTA (69 vs 58% p=0,002), DBT 25 vs 19%; p=0,03), dislipemia (41 vs 32% p=0,0006) y antecedentes de infarto (21 vs 9%; p=0,001). No observamos diferencias en el distribución por sexo, ni en la prevalencia de tabaquismo, obesidad o pródomos. Los pacientes del Grupo A presentaron más complicaciones al ingreso como RCP previa (8 vs 4% p=0,03), necesidad de ARM (11 vs 4% p=0,001), trastorno de conducción en el ECG (12 vs 4% p=0,001) y signos clínicos de IC Killip y Kimbal de ingreso B o mayor; (30 vs 2,5% p<0,001). El grupo A presentó menor blush III (67 vs 81% p=0,005), descenso del ST (79 vs 86% p=0,04). Tuvieron mayor necesidad de uso de inotrópicos (21 vs 5% p=0,001), uso de balón de contrapulsación (8 vs 1,5% p=0,001) y sangrado mayor (3,4 vs 0,9% p=0,03). Sin diferencias en el TIMI III final (86 vs 88% p=0,2) El éxito de la ATC fue significativamente menor (85 vs 93% p=0,001) y presentaron mayor mortalidad intrahospitalaria (14 vs 2,5% p=0,001). No se evidenciaron diferencias en el fenómeno de no reflow 11 vs 13%. La presencia de enfermedad de múltiples vasos resultó un predictor independiente de mayor mortalidad (OR 7,7; IC95% 1,6-36,8) junto al Killip y Kimbal B o mayor (OR 7,4; IC95% 2,4-22,5) mientras que TIMI Blush III resultó un protector independiente (OR 0,4; IC95% 0,2-0,6) Conclusiones: Casi la mitad de los pacientes que ingresan por IAM para ATC primaria, tienen enfermedad de múltiples vasos. Estos pacientes tienen más factores de riesgo y antecedentes coronarios, se presentan con mayor inestabilidad hemodinámica y tienen peores resultados angiográficos con mayor mortalidad intrahospitalaria. La enfermedad coronaria de múltiples vasos resultó un predictor independiente de mortalidad en este grupo de pacientes.

0436 - EVALUACIÓN DE LA RADIACIÓN EMITIDA POR EQUIPO DE RAYOS X DE ÚLTIMA GENERACIÓN Y SU RELACIÓN CON EL PROCEDIMIENTO REALIZADO.

Juan Pablo LESTARD | Jorge SZARFER | Susana AFFATATO | Dr. Rodrigo BLANCO | Karina SOSA | Dr. Federico BLANCO | Dr. Juan GAGLIARDI | Alejandro GARCIA ESCUDERO HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH

Objetivos: La utilización de radiación ionizante debe ajustarse a la relación entre las consecuencias de la exposición a la misma y los beneficios de los procedimientos realizados. No existe suficiente difusión de la dosis recibida en procedimientos invasivos. El objetivo de la presente es evaluar la dosis de radiación aérea y la recibida por los pacientes de acuerdo al tipo de procedimiento realizado en hemodinamia con angiografía digital de panel plano. Materiales y Métodos: Estudio prospectivo observacional en 188 pacientes consecutivos ingresados a hemodinamia, evaluando: Tiempo

de fluoroscopia en minutos, Producto acumulado de Dosis por área (DAP= dosis absorbida * área irradiada en kGray/cm²) y Air Kerma (energía acumulada de rayos X liberada al aire en un punto de referencia que monitoree el límite de dosis capaz de producir trastornos cutáneos agudos en el paciente) en mGray. Registrando: datos demográficos, tipo de procedimiento: coronariografía (CCG), ventriculografía (VTG), angioplastia coronaria programada (ATCP) o de urgencia (ATCU), angioplastia periférica (ATP), Reemplazo valvular aórtico percutáneo (TAVR), angiografía cerebral y uso de la angiografía rotacional (xper swing). Para relacionar las dosis con el peso se transformo esta variable a dicotómica según su mediana en la población (77 kg.) en 2 grupos. Análisis Estadístico: Las variables paramétricas, expresadas en media y DS, por t de Student o varianza según correspondiera, previa verificación de normalidad y homogeneidad de las varianzas, las no paramétricas, expresadas en mediana e intervalo intercuartil (IIC), con Kruskal-Wallis y las dicotómicas con Chi². Resultados: La edad de la población fue de 63 (53-69) años, predominó el género masculino (64%) que registró mayor superficie corporal (1,86±0,20vs 1,66±0,19), no se observaron diferencias de dosis según sexo. La combinación de CCG+VTG (26%), CCG+VTG+ATCU (19%) y la ATCP (11,1%) fueron los procedimientos más frecuentes. El grupo con peso > a 77 kg. registró mayor DAP (9529±184 vs.6506±49 kGray/cm²; p<0,001), Air Kerma (915 (501-1363) vs. 494 (273-855) mGray; p<0,01) y tiempo de fluoroscopia (10(6-15) vs. 7,4(4-14) minutos; p<0,01). El xper swing se utilizó solo

mediana (IIC)	ATP	CCG + VTG	CCG+VTG+ATCU	Angio cerebral	ATCP	TAVR	p<
DAP (kGray/cm ²)	33 (28-149)	52 (35-78)	99 (62-155)	123 (123-185)	134 (69-209)	248 (218-278)	0,001
Air Kerma (mGray)	139 (120-656)	346 (119-499)	611,5 (297-1076,5)	660 (377-855)	845 (374-1644)	1753 (1720-1890)	0,001
T Fluoroscopia (min.)	12 (10-16)	4 (2-5)	7,5 (4-10,5)	5 (2-8)	13 (5-17,5)	33 (32-42,5)	0,001

en 3% y registró menor Air Kerma (499 (346-668) vs.1076 (611-1769) mGray;p<0,0001) y tiempo fluoroscopia que las proyecciones tradicionales (5 (4-7) vs. 10,5 (7,5-15,5) minutos;p<0,0001).Tabla / Conclusiones: Se observó heterogeneidad en la dosis de radiación de los diferentes procedimientos, en donde el TAVR, la ATC programada, la angiografía cerebral y presentaron las mayores tasas de radiación seguidos por los procedimientos diagnósticos y terapéuticos coronarios programados. El uso de la técnica de xper swing podría reducir estas dosis. Este análisis se debería tener en cuenta para alertar a la comunidad médica de los niveles de radiación ionizante que reciben los pacientes a lo largo del tiempo, de modo de poner en marcha un sistema de documentación de dosis recibida en cada una de las pruebas diagnósticas y demás procedimientos con exposición a radiaciones a los que se someten los pacientes, que pueda registrar su exposición acumulada a repetidas dosis de radiación, y de esta forma tomar decisiones médicas para disminuir el riesgo del desarrollo de efectos deterministas y/o estocásticos, haciendo un uso más racional y responsable de estos métodos.

0458 - IMPACTO DE LA CURVA DE APRENDIZAJE EN LOS EVENTOS CLINICOS MAYORES A 30 DÍAS EN PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE VALVULAR AORTICO PERCUTANEO POR VIA FEMORAL.

Alfonso CANDIELLO | Gerardo NAU | Florencia CASTRO | Ana IRIBARREN | Fernan PICCININI | Ricardo RONDOS | Marcelo TRIVI | Fernando CURA ICBA

Objetivos: El implante valvular aórtico percutáneo (IVAP) es en la actualidad un tratamiento establecido para pacientes con estenosis aórtica severa y sintomática inoperables o de alto riesgo quirúrgico. Se trata de un procedimiento que requiere de un entrenamiento tanto en la técnica como en la selección de los pacientes. El objetivo del presente trabajo es evaluar el efecto de la curva de aprendizaje en los primeros 123 casos de IVAP realizados por vía transfemoral en la tasa de eventos clínicos mayores. Materiales y Métodos: Desde marzo de 2009 hasta mayo de 2016 se realizaron 142 IVAP, para este análisis se incluyeron los pacientes consecutivos a quienes se les realizó el procedimiento por vía femoral con la válvula autoexpandible Corevalve (n=123) y se dividió la población en dos grupos: 1 etapa (n=61) y 2 etapa (n=62). Se definió eventos clínicos mayores a la presencia de muerte o ACV dentro de los 30 días de realizado el procedimiento. Resultados: En la Tabla 1 se encuentran representadas las características basales de ambos grupos y en la Tabla 2 los eventos a 30 días. Conclusiones: La curva de aprendizaje se asoció con una reducción de los eventos clínicos mayores a 30 días. Resulta fundamental, para que el procedimiento sea exitoso trabajar de manera multidisciplinaria en la selección de los pacientes, en la realización del procedimiento y durante el seguimiento.

	1 Etapa n=61	2 Etapa n=62	p
Edad	82,5±6	83±5	NS
Euroscore log	19±13	21±13	NS
STS	10±8	8,3±6	0,03
EPOC	15%	29%	0,05
CF III-IV	89%	61%	< 0,001
Programado	77%	85%	NS
Anestesia General	98%	21%	< 0,001
Acceso Percutáneo	54%	98%	< 0,001

Tabla 2. Eventos a 30 días	1 Etapa n=61	2 Etapa n=62	p
Muerte o ACV	18%	4,6%	0,02
Muerte	13%	3%	0,053
ACV	7%	1,6%	0,2
Insuficiencia Aórtica Moderada	12%	10%	NS
Marcepos Definitivo	26%	34%	NS
Complicaciones Vasculares	13%	10%	NS
Días Internación post-TAVI	11,7±9	6,6±5	0,049

0509 - SYNTAX SCORE PODRIA NO PREDECIR LA FRECUENCIA DE EVENTOS COMBINADOS MAYORES A CORTO Y LARGO PLAZO EN LA ANGIOPLASTIA DEL TRONCO DE LA CORONARIA IZQUIERDA.

Jorge Mario PACHECO MORA | Jose Ricardo SORIA RICHARD | Juan Andres SCAGLIA | Jorge Antonio MIANO | Jorge A. MRAD SANATORIO DE LOS ARCOS

Objetivos: Evaluar la evolución de los pacientes sometidos a Angioplastia del tronco de la coronaria izquierda según SYNTAX score. Materiales y Métodos: Se analizaron de manera retrospectiva 228 procedimientos de ATC al TCI en 215 pacientes con seguimiento intra y extra hospitalarios entre noviembre de 2007 y agosto de 2015. Se definió éxito angiográfico a la obstrucción residual < 30% con flujo TIMI final grado 3. El Éxito Clínico fue medido con la tasa de punto combinado de muerte, infarto agudo de miocardio (IAM) no fatal (dado por elevación de biomarcadores y clínica de infarto o alteración del electrocardiograma o cambios en la motilidad parietal), necesidad de cirugía de revascularización miocárdica (CRM) y necesidad de revascularización del vaso culpable (RVC). El análisis se los datos se realizó mediante el software SPSS versión 20. Resultados: Un total de 215 pacientes con lesión severa del TCI fueron sometidos a ATC. 17,2% con CRM previa. SYNTAX score de Bajo Riesgo fue de 57,5%. Moderado de 25,9% y Alto de 11%; Euro-score de alto riesgo en el 19,3%. La media de seguimiento extra hospitalario fue de 44 meses +/- 11 meses. El punto combinado ocurrió en 11, 10 y 17% con mortalidad cardiovascular relativa de 3,17, 5,3 y 14%, respectivamente. El análisis de escore de bajo y moderado riesgo vs alto riesgo para punto combinado tuvo un RR: 3,37 (OR: 3,7 IC 95%: 0,8 a 15,4 p>0,5). Se encontró que la edad >80 años, la insuficiencia renal crónica, la EPOC severa y la FEV <40% tendrían mortalidad cardiovascular relativa equivalente a SYNTAX de alto riesgo, Independiente del TIMI flow y el Blush. El seguimiento extrahospitalario muestra valores semejantes de mortalidad cardiovascular para el SYNTAX score, pero falla en predecir la tasa de revascularización de vaso culpable, con tasas de 2,5, 8,5 y 5% sin diferencia significativa con las otras variables mencionadas. Conclusiones: Se observó en esta serie una mayor tasa de eventos combinados y mortalidad cardiovascular en pacientes con SYNTAX score de alto riesgo, sin embargo, el análisis multivariable no muestra diferencia significativa entre los grupos de moderado y bajo riesgo vs Alto riesgo. El resultado podría estar en función de una muestra insuficiente de pacientes con alto riesgo.

0053 - REPERFUSIÓN SUBÓPTIMA EN PACIENTES CON IAM CON SUPRA ST TRATADOS CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Pablo Martín MERLO(1) | Alfredo HIRSCHSON PRADO(1) | Hernan COHEN ARAZI(2) | Enrique Marcelo DOMINE(1) | Claudio Cesar HIGA(3) | Cecilia Maria CASSANO(1) | Mariano N. BENZADON(4) | Raúl Alfredo BORRACCI(1)HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA (1); AREA DE INVESTIGACION SAC (2); HOSPITAL ALEMÁN (3); INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA (4)

Objetivos: Analizar los factores asociados a Reperfusion Suboptima (RSO) en pacientes con IAM Supra ST, tratados con ATC primaria. Materiales y Métodos: Analizamos los pacientes con diagnóstico de IAM SupraST que recibieron tratamiento de revascularización con ATC 1ra de la base de datos del registro SCAR (SAC). Se analizaron variables clínicas clásicas, de laboratorio y el índice leucocitocémico (ILG) y su asociación con la RSO. La RSO se la definió como TIMI III angiográfico post ATC, con descenso del segmento ST <50% del ECG, aquellos con descenso >50% se los definio como reperfusion optima (RO). Se calculó el ILG según el producto de la glucemia (en mg/dl) y el número de leucocitos en mm³ (al ingreso) dividido por 1000. Incorporamos para el analisis, factores de riesgo, antecedentes y datos angiograficos. La distribucion de las variables continuas se evaluo con una prueba de bondad de ajuste, se realizo un analisis univariado de las variables asociadas a RSO, y en el analisis multivariado se incluyeron las variables con una p < 0,10. Los puntos de corte para ILG, tiempo dolor/balon, se determinaron con curvas ROC e índice de Youden. Resultados: Se analizo la base de datos con 258 pacien-

Analisis Univariado de los factores asociados a Reperfusion Suboptima (RSO) en pacientes con IAM con SupraST tratados con Angioplastia Primaria con TIMI 3

	RO	RSO	OR	p
n= 197	180	17		
Edad	59,8 +/- 11,5	60,6 +/- 13,8		0,794
Edad >70 años	36 (20,45%)	5 (29,41%)	1,62 (0,53-4,89)	0,36
Sexo Masculino	137 (76,1%)	12 (70,6%)	1,33 (0,44-3,96)	0,567
DBT	26 (14,4%)	6 (35,3%)	3,21 (1,09-9,43)	0,026
TBQ	76 (42,2%)	4 (23,5%)	2,37 (0,75-7,57)	0,196
HTA	105 (58,3%)	12 (70,6%)	1,69 (0,57-5,00)	0,441
IAM previo	14 (7,8%)	4 (23,5%)	3,60 (0,08-0,95)	0,056
Tiempo Dolor/ATC > 159 min	126 (70,0 %)	16 (94,1%)	6,85 (0,88-53)	0,045
KK 3/4 Ingreso	10 (5,75%)	2 (11,8%)	2,26 (0,45- 11,3)	0,28
IAM anterior	94 (52,81%)	13 (76,45%)	2,90 (0,91-9,25)	0,075
ILG >2159	35 (19,44%)	8 (47,06%)	3,68 (1,32-10,22)	0,009
TIMI ingreso 0/1	141 (86,50%)	14 (87,50%)	1,09 (0,23-5,13)	0,78
Revasc Previa	12 (6,7%)	5 (29,4%)	5,76 (1,74-19,07)	0,008

RESUMENES DE TEMAS LIBRES

tes (p) con IAM Supra ST, tratados con ATC 1ra, de los cuales 197 p, cumplieron criterios de flujo TIMI 3, post ATC y datos completos para el análisis. De los 197 p, 17 p (8,62%) tuvieron RSO y 180 p (91,37%) tuvieron RO. Se estableció por análisis de la curva ROC e índice de Youden, el mejor punto de corte para RSO, del ILG fue de 2159 puntos (VPN: 94%) (área bajo la curva de 0,64) y para el tiempo dolor/balon fue >159 minutos (VPN: 96%). En el análisis univariado las variables asociadas a RSO fueron: diabetes (DBT) (p= 0,026 OR: 3,21 (1,09-9,43), revascularización previa (p= 0,008 OR: 5,76 (1,74-19,07), ILG (> 2159) (p= 0,009 OR 3,68 (1,32-10,22) y el tiempo dolor/balon (>159 minutos) (p= 0,045 OR 6,85 (0,88-53). El Killip Kimbal 3/4 de ingreso (OR: 2,26), Edad (p= 0,794), Edad >70 años (OR: 1,62), Sexo masculino (OR: 1,33), HTA (OR: 1,69), TBQ (OR: 2,37), IAM previo (OR: 3,60), IAM anterior (OR: 2,90), flujo TIMI 0/1 de ingreso (OR: 1,09), no fueron significativas. En la regresión logística multivariada solo la revascularización previa (OR: 5,32 IC: 1,53 -18,55) y el ILG (>2159) (OR: 3,22 IC: 1,11 -9,28) estuvieron asociadas a RSO. La incidencia de muerte intrahospitalaria entre los pacientes con RSO fue del 17,6% (3/17 p), y en los pacientes con RO fue del 1,7% (3/180 p) (p= 0,007). Conclusiones: La Revascularización previa y el ILG (>2159), se asociaron a reperfusión subóptima. La Reperfusion Subóptima se asoció significativamente a mayor incidencia de muerte intrahospitalaria.

0071 - TROMBOLÍTICOS LOCALES ADYUVADOS POR ULTRASONIDO EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN DE MODERADO Y ALTO RIESGO.

Ignacio Martín BLURO | Carlos ROJAS MATAS | Valeria Agustina ANGLÉSIO | Teresa GARCÍA BOTTA | Ana Lía GAMARRA | Rocio BLANCO | Rodolfo PIZARRO | Daniel BERROCAL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Reportar el resultados del uso de trombolisis local adyuvada por ultrasonido en una cohorte de pacientes con TEP de moderado – alto riesgo. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional de cohorte retrospectiva en el que se incluyeron pacientes consecutivos con TEP masivo o submasivo a los que se les realizó trombolíticos locales adyuvados con ultrasonido entre Junio de 2013 y diciembre de 2015. Para valorar el riesgo de sangrado de los paciente se utilizó el puntaje de RIETE y para valorar riesgo clínico, el puntaje de PESI. Para el análisis de las variables categóricas se utilizó el test de chi2 ó test exacto de Fisher, y para las continuas se utilizó test de T ó Wilcoxon Rank Sum Test, según el tipo de distribución. Se realizó un análisis uni y multivariado considerando diferentes variables clínicas a fin de corregir por los diferentes posibles confundidores. Resultados: Se incluyeron 23 pacientes consecutivos, 8 con TEP masivo y 15 con TEP sub-masivo a los que se les realizó trombolíticos locales adyuvados por ultrasonido (TLAdUS). Las características basales de la población se describen en la Tabla 1. Los pacientes con TEP masivo recibieron TLAdUS debido a la contraindicación de recibir TL sistémicos o al fracaso de los mismos. Entre los pacientes con TEP sub-masivo se observó una relación directa entre el riesgo clínico reflejado por el score de PESI y el riesgo de sangrado representado por el score de RIETE. Conclusiones: Bajos dosis de TL locales adyuvados por ultrasonido produjeron una significativa reducción de las presiones pulmonares en pacientes con TEP de moderado y alto riesgo sin registrarse sangrados intracraneales y con un riesgo de sangrado mayor menor al reportado con el uso de TL sistémicos.

Tabla 1: Características basales de la población

Tabla 1. Características básicas de la población							
	n	%	Submasivo n=15 (65%)	Masivo n=8 (35%)	p		
Sexo Masculino	9	(39,3%)	4 (26%)	4 (44%)	0,36		
Edad (q25-75)	70 años	(58-82)	70 años	(58-83)	70 años	(60-78)	1
BMI	30 ±5,8		28±4,8%		32±6,8%		0,18
HTA	20	(87%)	14 (93%)	6 (75%)			0,26
TBQ o Ex TBQ	14	(60%)	10 (71%)	4 (55%)			0,61
TVP previa	2	(8,7%)	1 (6,6%)	1 (12,5%)			0,58
TEP previo	4	(17,4%)	3 (20%)	1 (12%)			0,56
ICC	3	(13%)	3 (20%)	0			0,25
EPOC	3	(13%)	3 (20%)	3 (20%)			0,25
Cáncer activo	6	(26%)	5 (33%)	1 (12,5%)			0,28
Postroación	5	(21,7%)	3 (20%)	2 (25%)			0,58
Cx. reciente	5	(21,7%)	4 (27%)	1 (12,5%)			0,41
Internación rte.	7	(30,4%)	4 (27%)	3 (38%)			0,46
Dicumarínicos	1	(4,3%)	1 (6,6%)	0			0,65
Puntaje PESI							
1	1	(4,3 %)	1 (6,6%)	0	-	0,29	
2	4	(17,4%)	4 (26,6%)	0	.		
3	5	(21,7%)	4 (26,6%)	1 (12,5%)			
4	2	(8,7%)	1 (6,6%)	1 (12,5%)			
5	11	(47,8%)	5 (33,3%)	6 (75%)			
Riesgo de sangrado por puntaje de RIETE							
Bajo	8	(34,7%)	5 (33,3%)	3 (37,5%)		0,83	
Moderado	13	(56,5%)	8 (53,3%)	5 (62,5%)			
Alto	2	(8,7%)	2 (13,3%)	0	0		

0320 - NIVELES DE METALOPROTEASA-2 Y METALOPROTEASA-9 EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST E INJURIA ELECTROCARDIOGRÁFICA EXTENSA

Miguel Federico ALBORNOZ(1) | Analía ALONSO(1) | Jorge SZARFER(1) | Gerardo GIGENA(1) | Federico BLANCO(1) | Alejandro GARCÍA ESCUDERO(1) | Gabriela BERG(2) | Juan GAGLIARDI(1) / HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH (1); FACULTAD DE MEDICINA - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (2)

Objetivos: Las metaloproteasas (MMPs) son colagenasas que degradan la matriz extracelular. Durante la evolución del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCAEST) están involucradas en la lisis de colágeno, migración celular, angiogénesis, remodelado del tejido conectivo recién sintetizado, la regulación de la actividad de los factores de crecimiento y en el remodelado ventricular. Distintas

MMP-2	Extensos (n = 39)	No Extensos (n = 43)	p
Admisión	1.04 (0.96-1.09)	0.97 (0.89-1.04)	0.041
Post-ATC	1.03 (0.96-1.13)	0.96 (0.87-1.05)	0.027
24 horas	1.01 (0.96-1.20)	0.94 (0.85-1.03)	0.018
7 días	0.95 (0.86-1.1)	0.92 (0.82-0.98)	0.17
MMP-9	Extensos	No Extensos	
Admisión	1.25 (1.07-1.43)	1.03 (0.92-1.07)	0.18
Post-ATC	1.06 (0.98-1.17)	1.04 (0.94-1.07)	0.37
24 horas	1.12 (0.99-1.24)	0.98 (0.94-1.00)	0.39
7 días	1.06 (0.98-1.20)	0.96 (0.90-1.01)	0.056

isoformas de la enzima fueron propuestas como marcadores de placa vulnerable, de riesgo y evolución del SCAEST. El objetivo de este trabajo es determinar los valores de las MMP-2 y la MMP-9 en pacientes cursando un SCAEST y su relación con la extensión electrocardiográfica de la injuria. Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes con SCAEST de menos de 12 horas de evolución que fueron tratados con angioplastia primaria (ATCP). Se evaluó la actividad de la MMP-2 y la MMP-9 por zimografía gelatinolítica, al ingreso, después de la reperfusión, a las 24 horas y a los 7 días. Se realizó una correlación entre los valores de las MMPs según la extensión de la injuria electrocardiográfica (extenso: elevación del segmento ST en 4 o más derivaciones). Análisis estadístico: Chi2 para variables discretas, t de Student, ANOVA o Kruskal-Wallis para variables continuas según correspondiera. Se consideró significativa una p<0.05. Resultados: Se incluyeron 82 pacientes, edad 58 ± 11 años, 69 (84,1%) de género masculino. En 39 (47,5%) pacientes la injuria electrocardiográfica era extensa. Los resultados de los niveles de MMPs de acuerdo a la extensión del IAM se presentan en la tabla: Durante las primeras 24 horas, los niveles de la MMP-2 fueron significativamente más elevados en el grupo con injuria extensa mientras que los niveles de MMP-9 fueron significativamente más elevados a los 7 días de la evolución. Conclusiones: Los niveles de MMP-2 se encuentran más elevados en las 24 horas de evolución de pacientes cursando un SCAEST con injuria electrocardiográfica extensa, mientras que los niveles de MMP-9 se encuentran más elevados a los 7 días en el mismo grupo de pacientes. La mayor concentración de enzimas en estos pacientes podría tener relación con la magnitud del remodelado ventricular.

0414 - PERFIL CLÍNICO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR, DIFERENCIAS ENTRE CASOS PREVALENTES E INCIDENTES. REGISTRO ARGENTINO DE HIPERTENSIÓN PULMONAR, RECOPIAR

Maria Lujan TALAVERA(1) | Mirta DIEZ(1) | Eduardo PERNA(2) | Norma NAVAL(3) | Julian CIRUZZI(4) | Daniela GARCÍA BRASCA(5) | Carolina STEFFER(6) | Carlos MANFREDI(7) / INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA (1); INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA JF CABRAL (2); INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE TUCUMAN (3); HOSPITAL CASTRO RENDÓN (4); HOSPITAL ITALIANO DE CORDOBA (5); HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE (6); CLÍNICA YUNES (7)

Objetivos: 1- Comparar las características clínicas de los casos prevalentes e incidentes con hipertensión arterial pulmonar (HAP) y 2-

analizar si existen diferencias en términos de mortalidad en el seguimiento. Materiales y Métodos: Del total de 329 pacientes incluidos prospectivamente en el registro argentino RECOPIAR con diagnóstico de hipertensión pulmonar desde julio-2014 a julio-2015, se analizaron 207 (63%) con HAP (grupo 1). Se definió como caso incidente (I) a aquellos con diagnóstico de HP al momento del ingreso al registro, mientras que los casos prevalentes (P) fueron aquellos con diagnóstico previo al ingreso. Todos los casos fueron confirmados por cateterismo cardíaco derecho. Se analizaron características clínicas y de estudios complementarios. Las variables categóricas fueron expresadas como porcentaje y comparadas con el método de chi cuadrado o Mc Nemar y las continuas se expresaron como medias con desvío estándar y comparadas con test de student o Mann-Whitney. Resultados: De los 207 pacientes con HAP, hubo 74 (35,7%) I y 133 (64,3%) P. En relación a los datos epidemiológicos, los pts con HAP I resultaron ser más jóvenes (46±18 años versus 52±18 años, p = 0,023) pero no hubo diferencias significativas en el género femenino (73% versus 71%, p = NS). El tiempo al diagnóstico fue similar en ambos grupos (596±1083 versus 732±912, p = NS). De las variables hemodinámicas, las resistencias vasculares pulmonares fueron más elevadas en los pts I que en los P (882±542 versus 711±458 dinas, p = 0,036), además presentaron menos metros caminados en la prueba de la marcha de 6 minutos basal (341±104 versus 382±124 dinas, p = 0,04). En el seguimiento, la tasa de internaciones y muerte fue mayor para los casos I aunque no se alcanzó la significancia estadística (17,6% versus 8,3%, p = NS, 13,8% versus 9,7%, p = NS). Conclusiones: En este registro, los casos I fueron más jóvenes aunque el tiempo al diagnóstico fue similar en ambos grupos y además mostraron algunas características de mayor gravedad clínica: mayor valor de resistencias vasculares pulmonares y menos metros caminados en la prueba de la macha de 6 minutos. Estas últimas no se tradujeron en peor evolución clínica en el seguimiento aunque el número de la muestra podría influir en estos resultados.

0446 - ¿QUÉ NIVEL DE ALARMA TIENE LA POBLACIÓN ANTE UN DOLOR PRECORDIAL? RESULTADOS DEL TIEMPO QUE DEMORAN LOS PACIENTES EN CONSULTAR AL SISTEMA DE SALUD.

Luciana Jimena PUENTE(1) | Heraldo D'IMPERIO(2) | Maria Pia MARTURANO(3) | Oscar PELLIZÓN(4) | Bibiana María DE LA VEGA(5) | Carlos D. TAJER(2) | Juan Alberto GAGLIARDI(1) / HOSPITAL ARGERICH (1); HOSPITAL EL CRUCE (2); SANATORIO PASTEUR (3); (4); (5)

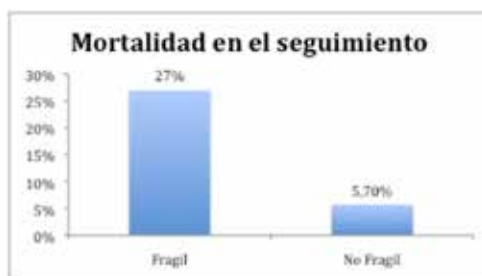
Objetivos: Determinar el tiempo de demora desde que inician los síntomas del infarto hasta el primer contacto médico (tiempo dolor consulta), sus determinantes y sus implicancias en el tratamiento. Materiales y Métodos: registro prospectivo, multicéntrico, realizado en 247 centros de la República Argentina, de pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo con elevación

del segmento ST (SCAEST) de hasta 24 hs de evolución. Se analizó el tiempo dolor consulta definido como la demora desde que inician los síntomas hasta el primer contacto médico (arribo de primera asistencia médica y el ingreso a una institución). Se correlacionó dicho tiempo con factores demográficos, antecedentes cardiovasculares, región geográfica, cobertura médica y medio de traslado al centro médico. Se evaluó la proporción de pacientes que no recibió tratamiento de reperfusión y los que lo recibieron en forma tardía, debido a una demora en la consulta. Resultados: De la población general (n: 1759) se seleccionaron aquellos que ingresaron con menos de 24 hs de evolución del dolor y que no hayan sido transferidos desde otro centro (n: 993). Un 78 % eran hombres, edad promedio de 61 +/- 11 años. El 80% (n:765) presentaba cobertura de salud. Un 15,5 % (n:148) presentaba enfermedad coronaria documentada. La mediana de la distancia a la institución fue de 4 km (2-8,4 km). El 40% (n: 383) de los pacientes se trasladó en medio propio a la institución en una mediana de 129 min (IC 61-275) en comparación con una mediana de 125 min (IC 76-230) de demora en el traslado del grupo que llamo al sistema de emergencias (p=0,50). El tiempo dolor-ingreso global, fue de 128 min (IC 60-265). El tiempo entre el inicio de los síntomas y el arribo de la asistencia a domicilio fue de 60 min (IC 32-140). El tiempo de demora entre los menores de 45 años fue de 125 min (IC 60-248) y >45 años: 130 min (IC 65-265) (p= 0,18). No se observaron diferencias según la zona geográfica (CABA vs el resto del país). Las mujeres tardaron 151 min (IC 81-280) en comparación a los hombres 120 min (IC 60-265) (p=0,03) y los diabéticos (DBT) tardaron 150 min (IC 75-405) vs 120 min (IC 60-240) los no DBT (p=0,03). Los pacientes tabaquistas, con IAM previo, demoraron 120 min (IC 62-230) y 120 min (IC 60-256) respectivamente. Los pacientes sin ningún tipo de cobertura demoraron 120 min (IC 62-240) en comparación con los que presentaban alguna cobertura de salud 130 min (IC 76-271) (p=0,26). De los casos analizados, un 13 % (n: 125) no se reperfundió (77 pacientes por presentación tardía, 32 pacientes por otras causas y 16 pacientes se desconoce motivo). Los médicos detectaron demoras en el 60% de los pacientes ingresados (n:590) El 36% (n:356) fue atribuida a la demora del paciente. Conclusiones: El tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso hospitalario fue prolongado en el total de la población: 128 minutos. Los pacientes que se pusieron en contacto con emergencias demoraron el mismo tiempo en ingresar al centro que los que se trasladaron por sus propios medios. En un subgrupo de pacientes que incluye a las mujeres y los diabéticos la demora fue mayor. Los pacientes tabaquistas y con IAM previo tuvieron una tendencia a consultar más rápido. La demora en la consulta fue el motivo principal de no reperfusión. De los pacientes reperfundidos en forma tardía, un tercio fue debido a una demora en la consulta del paciente.

0504 - VALOR DE UN PUNTAJE DE FRAGILIDAD PARA PREDECIR MORTALIDAD LUEGO DE LA INTERVENCIÓN EN LA ESTENOSIS AORTICA DEL ANCIANO DE ALTO RIESGO.

Romina Elizabeth TROSSERO | Maria Florencia CASTRO | Dra Ana Carolina IRIBARREN | Dra Alfonsina CANDIELLO | Lic. Mauricio BALBIANO | Dr. Fernando PICCININI | Lic. Pablo MORALES | Dr. Marcelo TRIVI | INSTITUTO CARDIOVASCULAR BUENOS AIRES

Objetivos: La elección del tratamiento a instaurar en los pacientes ancianos con estenosis aortica severa a veces resulta complicada. Materiales y Métodos: Se incluyeron de manera prospectiva 74 pacientes que concurrían al consultorio de fragilidad con estenosis aórtica severa sintomática desde enero 2014-marzo 2016. Resultados: De los 74 pacientes que fueron evaluados en el consultorio de fragilidad, el 29,7% resultaron frágiles. No hubo diferencias significativas entre la EDAD y el STS en los distintos grupos de procedimiento. En la figura 1 se observa la mortalidad según presencia o ausencia de fragilidad Conclusiones: La utilización de un puntaje de fragilidad preintervención en ancianos con estenosis aortica severa sintomática de alto riesgo permitió detectar un grupo de mayor riesgo que duplico la mortalidad general independientemente del procedimiento realizado y de los score de riesgo estimados.



	Fragil n=22	No frágil n=52P	P
EDAD	82,7 ± 5	83,5 ± 5	NS
STS	7,7 ± 8	7,7 ± 7	NS
RVAO	8 (29%)	20 (71%)	0.078
TAVI	14 (30%)	32 (70%)	0.078

0184 - PACIENTES PORTADORES DE CARDIODESFIBRILADORES IMPLANTABLES: CAUSAS DE CHOQUES INAPROPRIADOS Y MORTALIDAD

Nestor Oscar GALIZIO | Alejo TRONCONI | Federico ROBLES | Alejandro Antonio PALAZZO | Guillermo CARNERO | Maria Celeste D'AMICO ALBARRACIN | Dr. Hugo FRAGUAS | Jose Luis GONZALEZ

Objetivos: Determinar en pacientes (PTES) portadores de cardioresfibriladores implantables (CDI) la incidencia de choques inapropiados (Ch-I) y sus causas. El objetivo secundario fue analizar la relación entre los Ch-I y la mortalidad. Materiales y Métodos: Entre Enero del 2007 y Agosto del 2015, fueron implantados 400 pts con un CDI como prevención primaria (PP) o prevención secundaria (PS) de muerte súbita (MS) en cardiopatía isquémico-necrótica (C-IN) y dilatada idiopática (C-ID) con un seguimiento medio de 42 ± 37 meses (m). En la Tabla 1 se grafican las características de nuestra población en estudio: Se analizaron las diferencias en mortalidad total y por diferentes causas entre el grupo sin Ch-I y con Ch-I, y posteriormente con el subgrupo con Ch-I por FA. Resultados: Cincuenta y dos (13%) pts presentaron Ch-I, 26 (50%) por FA, 17 (33%) por taquicardia auricular (TA), 8 (15%) por ruido y 1 por miopotenciales (2%). De los 14 pts con Ch-I que murieron, 8 (57%) fueron por FA, 5 (36%) por taquicardia auricular y 1 (7%) por miopotenciales. En la Tabla 2 se expresan los resultados de mortalidad en el grupo sin Ch-I y con Ch-I, y el subgrupo con Ch-I por FA y sin Ch-I. Conclusiones: En la población en estudio no se observó una asociación significativa entre los Ch-I y la mortalidad. Al analizar el subgrupo de pacientes con Ch-I por FA, se observó una asociación significativa con la mortalidad por insuficiencia cardiaca.

Tabla 1	Sin Ch-I (n: 348)	%	Con Ch-I (n:52)	%	p
Edad al implante	63 ± 11		61 ± 10		NS
Sexo Masculino	303	87	46	88	0.7
Isquémicos-necróticos	274	80	37	71	0.1
Idiopática	67	20	15	29	0.1
PP	242	71	29	56	0.02
PS	97	28	23	44	0.01
NYHA CF III-IV	50	15	6	12	0.5
Choques Apoyados	51	15	11	21	0.2
Internación IC	133	39	21	40	0.8
FEVI (%)	27 ± 8		28 ± 9		NS
FA	46	13	15	29	0.004
TVNS	131	38	21	40	0.7
DDD	85	25	13	25	0.9
VVI	254	74	39	75	0.9
BetaBloqueantes	328	96	51	98	0.4
Amiodarona	173	51	28	54	0.6

Tabla 2	Sin Ch-I (n=348)	Con Ch-I (n=52)	p
Muerte Total	60 (17%)	14 (26%)	0.09
Muerte IC	18 (5%)	6 (11%)	0.07
Desconocida	15 (4%)	3 (6%)	0.6
Otras	27 (8%)	5 (10%)	0.6
	Sin Ch-I (n=348)	Ch-I por FA (n=26)	p
Muerte Total	60 (17%)	8 (30%)	0.08
Muerte IC	18 (5%)	4 (15%)	0.03
Desconocida	15 (4%)	3 (11%)	0.9
Otras	27 (8%)	2 (8%)	0.9

0307 - LA VAGA DIVISIÓN ENTRE RESPUESTAS EXCLUSIVAMENTE HIPOTENSIVAS DURANTE EL TILT TEST.

Graciela Aurora RUIZ | Raul CHIRIFE | Agustín PICCOLINI | Maria Cristina TENTORI | Claudio MURATORE / HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JUAN A. FERNANDEZ

Objetivos: Se han descrito distintos tipos de respuesta en los pacientes con tilt test (TT) positivo. En las respuestas mixtas y cardioinhibidoras, la abrupta disminución de la frecuencia cardíaca sugiere un mecanismo reflejo. Otros 3 tipos de respuesta se refieren exclusivamente al comportamiento de la presión arterial: la hipotensión ortostática (definida por la magnitud del descenso y el tiempo de ocurrencia), el patrón disautonómico (DA, definido por la forma de la curva) y la respuesta vasodilatadora (VD, definida por el tiempo y la forma de la curva). Los 2 primeros han sido relacionados con mecanismos disautonómicos o hipovolémicos y el tercero con una variante del síncope reflejo. Puesto que los distintos patrones son definidos por distintos criterios (tiempo, magnitud y forma de la curva) existe una superposición entre ellos. Esta clasificación puede ser útil a la hora de separar un síncope de causa exclusivamente arrítmica de uno exclusivamente hipotensivo pero no es lo suficientemente detallada como para separar distintos mecanismos hipotensivos. Objetivo:

Evaluar la prevalencia de los patrones morfológicos clásicos (VD y DA) en los pacientes con respuestas exclusivamente hipotensivas al TT. Materiales y Métodos: Se analizaron las curvas de TAS en 96 pts con TT positivo con respuestas exclusivamente hipotensivas. Con la finalidad de aislar la forma de la curva del tiempo, se dividió la duración total del TT en 10 etapas iguales (del 10% al 100% del tiempo total), calculándose la pendiente entre cada uno de los 10 puntos. Se obtuvo además el coeficiente de correlación (CC) de todos los puntos. Definición de patrones en base a la forma de la curva: VD: Sin cambios (o mínimos cambios) de la pendiente hasta alcanzar el 90% del estudio+ caída de la pendiente > 10% en el último 10% del estudio, DA puro: descenso progresivo de la pendiente con CC > 0.85 entre distintos puntos, DA posible: descenso progresivo con CC < 0.85; DA escalonado: Descenso progresivo con periodos de estabilidad. Se indica el número de ptes que presenta cada patrón y la combinación de ellos. Resultados: *Puro: 3; posible: 4; escalonado: 4. Además, en algún momento del estudio 53 pts tienen un descenso significativo de la TAS (26 pts en el primer 10%) y 38 pts presentan un descenso progresivo (CC > 0.85). Conclusiones: Se pueden describir distintos tipos de curvas durante

	n	Edad	Mujeres	Tiempo (rango)
VD	14 (14,5%)	42 ± 17	8	17 (3-30)
DA (total)*	11 (11,4%)	54 ± 16	5	16 (3-36)
DA+ descenso abrupto	12 (13%)	45 ± 27	6	21 (10-45)

RESUMENES DE TEMAS LIBRES

el TT independientemente de la duración del mismo. Sólo un poco más un tercio de la población se ajusta a la definición de los patrones hipotensivos clásicos, VD y DA. Si el comportamiento de la curva de la TAS durante el TT esta relacionado con el mecanismo del síncope, una descripción más detallada del mismo podría ser de utilidad para una selección más homogénea de pacientes en estudios fisiopatológicos.

0379 - ABLACIÓN POR CATÉTER DE FIBRILACIÓN AURICULAR SOLITARIA. EFICACIA Y RECURRENCIA.

Juan Manuel VERGARA | Gaston ALBINA | Alberto GINGER | Santiago RIVERA | Leandro TOMAS | Agustín OROSCO | Ignacio MONDRAGON | Fernando SCAZZO / INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA

Objetivos: La ablación de venas pulmonares como tratamiento de fibrilación auricular paroxística sintomática y refractaria a medicación antiarrítmica es actualmente la indicación de elección para este grupo de pacientes, y con resultados superiores a 75% en la tasa de mantenimiento de ritmo sinusal según distintos autores. Sin embargo se desconoce la evolución alejada de los pacientes con fibrilación auricular solitaria referidos para ablación. El objetivo de este estudio fue informar sobre la eficacia y recurrencia de la ablación por catéter entre aquellos pacientes con fibrilación auricular solitaria (lone atrial fibrillation, LAF) de aquellos con fibrilación auricular paroxística (paroxysmal atrial fibrillation, PAF). Materiales y Métodos: De una base de datos, se extrajeron los datos de todos los pacientes sometidos a ablación por radiofrecuencia de venas pulmonares, entre mayo del 2009 a agosto del 2015, con diagnóstico de fibrilación auricular paroxística, y con un seguimiento mayor a doce meses en un total de 522. Se separaron a aquellos pacientes que no presentaban ningún tipo de factor de riesgo o de recurrencia, de aquellos que presentaron al menos uno, quedando así 183 pacientes con LAF y 339 pacientes con PAF. Resultados: La edad media en el grupo LAF fue de 54.72 años, en PAF fue de 66.41 años, no hubo diferencia significativa en cuanto a fracción de eyección o tamaño de aurícula. El tiempo de duración de la Fibrilación auricular en días desde el primer diagnóstico, fue similar en ambos grupos (LAF 1593.67 días y PAF 1577 días). El grupo PAF presentó un CHADSVASC promedio de 1.72, HAS-BLED 1.17, en este mismo grupo el 10.02% presentó DBT, y el 64.30% HTA. La duración de los episodios en el grupo LAF los episodios de Fibrilación auricular fueron más cortos que en el grupo PAF (LAF 46.44% entre 1-12 hs de duración de los episodios, PAF 42.47 entre 13-24 hs). El 68% de los episodios en LAF fueron menos 1 por mes, pero más de uno 1 cada 6 meses), mientras que en el PAF el 68.43% de los episodios fueron menos de 1 por semana, pero más de 1 por mes. La recurrencia dentro del primer año fue del 20% para el grupo LAF y 26.2% para el grupo PAF, presentado menor episodios de TA/FA/AA el primer grupo que el segundo durante el periodo de blanking, y a su vez menos recurrencia posterior fuera del mismo (46.66%, Vs 69.81%). La tasa de complicaciones fue baja y similar en ambos grupos (LAF 3.1%, PAF 3.3%). Conclusiones: La ablación con catéter en pacientes jóvenes y sanos es altamente efectiva y segura. Los resultados se mantienen durante largo plazo en el seguimiento, independientemente de duración de la FA preoperatoria.

0417 - PROFILAXIS CON AMIODARONA EN EL POST OPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA PARA PREVENCIÓN DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

Gaston POZZI | Pablo AGUIRRE | Omar ALVAREZ | Facundo FALCÓN | Romina LAURINO | Eduardo FARIAS INSTITUTO DE CARDIOLOGIA JF CABRAL

Objetivos: Determinar si la profilaxis con amiodarona en el postoperatorio de cirugía cardiovascular central disminuye la incidencia de fibrilación auricular en el postoperatorio inmediato. Materiales y Métodos: Se incluyeron pacientes sometidos a cirugía cardiovascular central en un instituto de la provincia de Corrientes que cumplían criterios de alto riesgo para desarrollo de fibrilación auricular (FA) en el postoperatorio que firmaron el consentimiento informado correspondiente, se los randomizó 1 x 1 a un grupo que recibió amiodarona durante 5 días y otro grupo control. El punto final primario fue el desarrollo de FA dentro de los primeros 5 días postquirúrgicos. Los datos se analizaron con el software SPSS 21.0. Resultados: Se incluyeron 94 pacientes, edad media fue de 65.7±11.1 años, 69.1% de sexo masculino, 77% de pacientes presentó hipertensión arterial, 33% diabetes mellitus tipo II, 38% dislipidemia, 58.5% insuficiencia cardíaca crónica, 17% insuficiencia renal crónica. El 84% de los pacientes recibía betabloqueantes antes de la cirugía y un 66% estatinas. En cuanto al tipo de intervención quirúrgica, 42.6% se sometió a cirugía de revascularización miocárdica, 26% cirugía combinada, 9.4% cirugía de reemplazo valvular mitral y un 2.1% eran cirugías. El diámetro medio de aurícula izquierda fue de 44.8±7 mm, una fracción de eyección del ventrículo izquierdo de 52.9±13 %. 49 pacientes se incluyeron en el grupo control y 45 en el grupo amiodarona, se excluyeron 15, debido a que presentaban uno o más de los criterios de exclusión en el postoperatorio, de estos pacientes el 40% presentó FA. En el análisis por intención de tratar en el grupo amiodarona hubo una incidencia de FA de 13.3% y en el grupo control de 44.9% (p=0.001), en 2 pacientes hubo que suspender la amiodarona por cumplir con uno o más de los puntos de seguridad, no presentando FA estos pacientes en el seguimiento. Al excluir los pacientes que no recibieron la medicación en estudio en el grupo amiodarona hubo una incidencia de FA de 5.6% y en el grupo control de 46.5% (p<0.001). En el grupo amiodarona se produjo una reducción del riesgo absoluto para el desarrollo de FA del 41.7% (IC 95%, 24.66% a 58.87%), con un número necesario a tratar para prevenir un evento de 2.4 pacientes (IC 95%, 1.7 a 4.1). No se observaron diferencias significativas en los valores de GOT, GPT, intervalo PR, intervalo QT corregido, presencia de nuevo bloqueo aurículo ventricular de segundo o tercer grado. Conclusiones: La profilaxis postoperatoria con amiodarona es segura y eficaz para prevenir el desarrollo de fibrilación auricular en el postoperatorio de cirugía cardiovascular central en pacientes con alto riesgo para el desarrollo de dicha arritmia.

0507 - RECONEXIÓN DE LAS VENAS PULMONARES CON CRIOBALÓN COMPARADO CON LA TÉCNICA PUNTO A PUNTO CON RADIOFRECUENCIA.

Agustín OROSCO / ICBA

Objetivos: El aislamiento de las venas pulmonares (AVP) mediante la aplicación de radiofrecuencia (RF) con la técnica punto a punto es un procedimiento efectivo para el tratamiento de la fibrilación auricular paroxística (FAP) sintomática y refractaria a los fármacos. Sin embargo presenta una alta tasa de reconexión de las venas pulmonares. Es por ello que la crio-ablación con catéter-balón ofrece una alternativa de tratamiento diferente. El objetivo del estudio fue investigar los pacientes con recurrencia de FA luego de un primer procedimiento en pacientes consecutivos con historia de FAP documentada recurrente, sintomática y refractaria al tratamiento antiarrítmico, ya fuese con criobalón o con la técnica punto a punto con RF realizados durante el periodo comprendido entre el año 2013 y 2014. Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo observacional de un solo centro donde se examinaron 56 pacientes con recurrencia de FA en el seguimiento, a 25 de ellos se les había realizado el AVP mediante crioablación con balón (CB) y a los 31 pacientes restantes mediante RF con catéter irrigado. El total de los pacientes (56), fueron sometidos a una re-ablación de FA mediante mapeo electro anatómico. Resultados: Se analizaron 56 pacientes (40 varones y 4 mujeres), con una edad media de 54.08 ± 13.19 en el grupo CB, mientras que fue 61.32 ± 12.69, El score CHA2DS2-VASC fue de 1.166 ± 1.3 en el grupo CB mientras que en el grupo RF fue 1.161 ± 1.03. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEy) fue del 61.05 ± 6.4 % en el grupo CB, mientras que fue de 59.38 ± 7.17 en el grupo RF. El área de la aurícula izquierda promedio fue de 21.61 ± 2.53 cm² en el grupo CB, mientras que en el grupo RF fue de 23.61 ± 3.24. En el grupo de CB sobre un total de 98 venas pulmonares (VP), encontramos reconectadas 29 VP (29.59%), siendo las más frecuentes la vena pulmonar inferior derecha en el borde inferior, como la vena pulmonar superior izquierda a nivel del Ridge. En el grupo RF sobre un total de 130 venas pulmonares, encontramos reconectadas 77 VP (59.23%), siendo la más frecuente la VPSI en la región del Ridge (borde anterior de la VPSI). El promedio de venas pulmonares reconectadas por paciente luego de una crioablación con balón fue de (1.34), mientras que por radiofrecuencia mediante la técnica punto a punto fue de (2.48). Conclusiones: La ablación de FA con-balón, obtiene lesiones más homogéneas de las venas pulmonares que la tradicional ablación circunferencial punto a punto, con menor número de venas reconectadas en el seguimiento.

0540 - CARDIODEFIBRILADOR IMPLANTABLE EN MICOARDIOPATIA ISQUEMICA NECROTICA VERSUS CHAGASICA

Maria Florencia MONTAÑA | Tatiana LEMO | Micaela MOCCIA | Pablo AGÜERO | Camilo PULMARI | Damian DELOGLIO | Gonzalo DALLASTA | Norberto VAZQUEZ / CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD CARDIOVASCULAR JUAN DOMINGO PERON

Objetivos: Comparar características demográficas, causas que motivaron la colocación del cardiofibrilador implantable (CDI), tipo de terapias del mismo y morbimortalidad en ambos grupos. Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, de corte transversal, comparativo, unicéntrico con inclusión consecutiva de 68 pacientes con colocación de CDI desde enero 2009 a septiembre del 2016, mediante historia clínica informatizada y base de datos del servicio de cardiología. Análisis estadístico software SPSS. Resultados: Sobre un total de 68 pacientes con colocación de CDI, 48.52 % tenían miocardiopatía isquémica necrótica (G1), 44.11 % chagásica (G2) y 7.35 % la combinación de ambas. La edad media en G1 fue 70 ± 9 años y en G2 67 ± 7 años; sexo masculino 66.7% en ambos grupos. Las características demográficas se describen en la tabla 1. Tenían cardiopatía no dilatada con función sistólica del ventrículo izquierdo (FSVI) conservada el 33,3 % G1 y 23,3 % de los G2. A su vez miocardiopatía dilatada con deterioro moderado severo FSVI el 66,6 % y 66,7 % respectivamente. En cuanto al electrocardiograma: Ritmo sinusal 72,7 % G1 y 70% G2, fibrilación auricular 18,2% G1, 13,3 % G2, ritmo de marcapasos G1 9 % y el 16,7% de los G2, Bloqueo completo de rama derecha 9% G1, 23,3% G2, bloqueo incompleto de rama izquierda 21,2 % G1 y 23,3% G2. Hemibloqueo anterior izquierdo en el 16,7% de los chagásicos. La condición que motivo el implante fue por prevención secundaria en el 97% de los pacientes G1 y 80% en los G2. P:0.047. Siendo las principales causas de implante: muerte súbita abortada 27,9% en G1 y 29,3% en G2, taquicardia ventricular monomorfa sostenida 55% G1 y 59,9% G2. Por prevención primaria: síncope 14,8% en G1, 15,5% en G2, taquicardia ventricular monomorfa no sostenida 3,3% G1, 3,4% G2, inducción de arritmia ventricular compleja en estudio electrofisiológico 4,9% en G1 y 3,4% en G2. Un paciente dentro del grupo de miocardiopatía isquémica necrótica con deterioro severo de la FSVI tenía además resincronizador con respuesta favorable. En cuanto al tratamiento, isquémicos necróticos y chagásicos se encontraban con amiodarona en un 78,8% y 70% respectivamente; betabloqueantes 81,8% y 73,3% respectivamente. El 24,2% de los pacientes G1 y 40 % de los G2 tuvieron choques efectivos. La mediana de tiempo al primer choque efectivo en G1 fue a los 47 (5-72) meses y en los G2 a los 6 (1-31) meses, con un valor de p: 0,137. De los cuales fueron apropiados 24,2% y 40% respectivamente; inapropiados 3% para G1 y 3,3% en G2. Choques espurios se observaron solo en pacientes chagásicos 6%. El 15,2% de los pacientes del G1 y el 16,7 % de los G2 tuvieron marcapaseo efectivo. La mediana de tiempo al primer marcapaseo efectivo en G1 fue a los 4 (1,5-35) meses y en los G2 a los 9 (3,5-44) meses, con un valor de p:0.460. Según NYHA G1 CF I/II 3%, CFIII/IV 6,1% G1 y 6,7% G2. La mortalidad observada fue en cuatro pacientes, uno isquémico necrótico por insuficiencia cardíaca; tres chagásicos, dos por insuficiencia cardíaca y otro por causa no cardiovascular. Conclusiones:

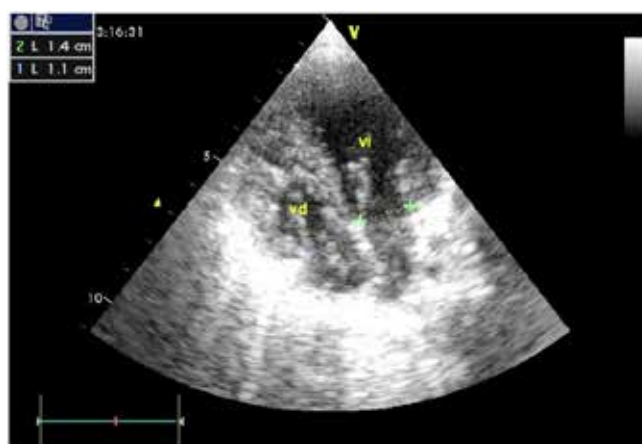
N° Total 63	Isquémico-Necróticos (N°33)	Chagásicos (N°30)	P
Edad	70 +/- 9	67 +/- 7	0.46
Sexo	66.7 % (22)	66.7 % (20)	0.60
Hipertensión arterial	81.8 % (27)	83.3 % (25)	0.57
Diabetes mellitus	24.2 % (8)	10.0 % (3)	0.12
Tabaquista	15.2 % (5)	6.7 % (2)	0.25
Extaquista	27.3 % (9)	30 % (9)	0.51
Dislipemia	75.8 % (25)	30 % (9)	0.00
Hipotiroidismo	24.2 % (8)	28 % (6)	0.46
Insuficiencia cardíaca			
CFI/II	3 % (1)	0 % (0)	0.524
CF III/IV	6.1 % (2)	60.7 % (2)	0.65
Electrocardiograma			
Ritmo sinusal	72.7 % (24)	70 % (21)	0.51
Fibrilación auricular	18.2 % (6)	13.3 % (4)	0.43
Marcapasos	9 % (3)	16.7 % (5)	0.32
BCRD	9 % (3)	23.3 % (7)	0.11
BCRI	21.2 % (7)	23.3 % (7)	0.53
HBAI	0 % (0)	16.7 % (5)	0.02
Tratamiento			
Aspirina	60.6 % (20)	13.3 % (4)	0.00
Estatinas	63.6 % (21)	33.3 % (10)	0.01
Beta Bloqueantes	81.8 % (27)	73.3 % (22)	0.30
Amiodarona	78.8 % (26)	70.0 % (21)	0.30
Antidistónicos	48.5 % (16)	46.7 % (14)	0.54
Anticoagulantes orales	9.1 % (3)	20.5 % (6)	0.19
Bloqueantes Ca	9.1 % (3)	10 % (3)	0.61
Clopidogrel	21.2 % (7)	0 % (0)	0.00
Levotiroxina	12.1 % (4)	16.7 % (5)	0.43
IECA	57.6 % (19)	40 % (12)	0.12
ARA II	6.1 % (2)	20 % (6)	0.11
Furosema	33.3 % (11)	30.0 % (9)	0.49
Digoxina	6.1 % (2)	3.3 % (1)	0.53

La principal indicación de implante de CDI en ambos grupos fue en contexto de prevención secundaria. El tiempo al choque efectivo que abortó arritmias ventriculares complejas fue menor en pacientes chagásicos. No hubo diferencias en la mortalidad.

0011 - ATRESIA PULMONAR CON SEPTUM INTACTO O ESTENOSIS PULMONAR CRÍTICA DUCTUS DEPENDIENTE CONDUCTA QUIRÚRGICA INICIAL Y FINAL

Ana María Susana DE DIOS | Marina VACCARI | Julio BIANCOLINI | María Fernanda BIANCOLINI | Víctor LUCINI | Inés Ana MARTÍNEZ | Laura SACCHETTI | Jesús María DAMSKY BARBOSA / HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

Objetivos: Definir pautas de conducta terapéutica inicial y final ante obstrucción severa al tracto de salida ventricular derecho, debida a atresia pulmonar con septum íntegro (APSI) o estenosis pulmonar crítica (EPC) ductus dependiente. Materiales y Métodos: Revisión retrospectiva en 32 pacientes (p) con APSI o EPC en el recién nacido (RN), tiempo de seguimiento 8 años, edad media X: 5 años. Variables consideradas: tamaño Z de Válvula tricúspide (VT), anillos VT/VM, Volumen VD/VI/m2 y anillo pulmonar (AP)/m2, presencia y severidad de la insuficiencia tricúspide, cantidad de sinusoides, circulación coronaria VD dependiente. Según grado de desarrollo del VD: • Hipoplasia leve: Ante Z VT = -1 a -2, VD >30cm3/m2, relación VT/VM >0.8, AP >1.25 cm/m2; • Hipoplasia moderada: Ante Z VT: -2 a -4, VD moderada hipoplasia con 3 porciones, VT/VM: <0.8 y >0.5; Hipoplasia severa: Z VT >-4. VD <10cm3/m2, relación VT/VM <0.5, VD sin 3 porciones. Resultados: • Hipoplasia leve: (15 p) Ante Z VT hasta -2, VD >30cm3/m2, relación VT/VM >0.8, AP >1.25 cm/m2; pasibles de descompresión del VD: actitud terapéutica inicial valvulotomía/valvuloplastia. • Hipoplasia moderada: (5 p) Ante Z VT: -2 a -4, VD moderada hipoplasia con 3 porciones, VT/VM: <0.8 y >0.5; a quienes se les indicó anastomosis (ASP) inicial con valvulotomía quirúrgica posterior. • Hipoplasia severa: (12 p) Z VT ≤ -4. VD <10cm3/m2, relación VT/VM <0.5, VD sin 3 porciones: ASP inicial. No se indicó descompresión ante mas de 1 sinusoide reconocible, o ante circulación coronaria VD dependiente. La Z del anillo tricúspide definió la conducta inicial en el 89% de los casos: (X: Z.0 a -1), este criterio no fue eficaz solo en 2p con IT masiva. En ambos casos la relación VD/VI y los volúmenes cavitarios definieron la conducta inicial. La resolución final fue: a) biventricular: en 18/32 pacientes (p): -16 estenosis pulmonar crítica (EPC) (14ptes con hipoplasia leve y 2ptes con hipoplasia moderada) -2 Atresia pulmonar (AP) 1 con hipoplasia leve y 1 hipoplasia moderada. La permeabilización TSVD: -Valvuloplastia inicial en todos los con hipoplasia leve (14 EPC, 1 AP) y -Valvulotomía quirúrgica (VPQx) en los 3 con hipoplasia moderada (2EPC, 1 AP), 2 ASP (uno de ellos ASPD e Izquierda y posterior plástica de VT y resección infundibular. b) La resolución final fue univentricular 12/32: 10p con hipoplasia severa (X:Z-4.3) y 2p hipoplasia moderada. De los 10p con hipoplasia severa a 3p se les permeabilizó el TSVD, (2p por valvulotomía y 1p valvuloplastia); 2p terminaron como 1 y 1/2 ventricular En 6 la presencia de mas de una fístula coronaria, decidió la ASP. Hubo 3 fallecidos (2 APC y una EPC) Conclusiones: en atresia pulmonar con septum íntegro o EP crítica, el pronóstico uni o biventricular dependió del grado de desarrollo del VD, anillo tricúspide, y la cantidad de fístulas coronarias. Solo ante insuficiencia tricúspide severa o enfermedad de Ebstein el anillo de la válvula tricúspide no permitió predecir el grado de desarrollo del VD, y se empleo la relación volumen VD/VI como un criterio mas eficaz. Se permeabilizó el TSVD ante hipoplasia leve (15p), en 3p con hipoplasia moderada (un paciente no requirió cirugía posterior) todos final biventricular y en 3p con hipoplasia severa (10p) solo en 2p final 1 y 1/2 ventricular.



0026 - IMPACTO DEL ACCESO RADIAL EN EL RETORNO AL CENTRO DERIVADOR DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACION DEL SEGMENTO ST POST ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Maximiliano Gastón MASCARELLO(1) | Miguel Federico ALBORNOZ(1) | Blanco FEDERICO(1) | Matías Fabián FELDMAN(1) | Sergio CENTENO(2) | Miguel PAYASLIAN(3) | Jorge SZARFER(1) | Juan GLAGLIARDI(1)

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH (1); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DONACIÓN FRANCISCO SANTOJANNI (2); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JUAN A. FERNANDEZ (3)

Objetivos: La revascularización del vaso responsable con angioplastia primaria en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) genera sobrecarga en los hospitales públicos con disponibilidad de hemodinamia 7 x 24, que impide en muchos casos la realización del procedimiento. La implementación del retorno post angioplastia primaria (ATCP) a los centros derivadores podría permitir realizar el procedimiento en ausencia de disponibilidad de camas de internación en los centros de referencia. El objetivo de este trabajo es analizar la factibilidad del retorno del paciente post ATCP al centro derivador según el acceso arterial utilizado. Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional de pacientes con IAMCEST e indicación de ATCP que ingresaron al laboratorio de hemodinamia de la red de atención del infarto en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires y retornaron al centro derivador luego del procedimiento. Se analizaron: condición clínica, características demográficas, historia previa, factores de riesgo cardiovasculares, extensión de lesiones coronarias, acceso arterial, éxito de la angioplastia y complicaciones. Análisis estadístico: Chi2 para variables discretas, t de Student, ANOVA o Kruskal-Wallis para variables continuas según correspondiera. Se consideró significativa una p<0.05. Resultados: Se incluyeron 676 pacientes angioplastiados: 55 (8.3%) retornaron al centro derivador y 621 permanecieron en el centro de referencia. En ambos grupos la edad promedio fue de 60 ± 11 años, 80% hombres. No se encontraron diferencias significativas entre factores de riesgo, antecedentes cardiovasculares, Killip y Kimbal (KK) al ingreso, número de vasos enfermos, éxito del procedimiento, ni mortalidad (tabla). La utilización del acceso radial fue mayor en pacientes retornados (43.6% vs 14.7%; p<0.001). En un análisis multivariado ajustado al sexo, acceso arterial, enfermedad de múltiples vasos, y KK al ingreso, la ATCP mediante la arteria radial se asoció en forma independiente a un mayor retorno al centro derivador (OR: 4.45; IC95%: 2.45-8.07; p<0.0001). Conclusiones: La utilización del acceso radial para realizar la ATCP en pacientes cursando un IAMCEST facilita el retorno al centro derivador. Este abordaje podría permitir la realización del procedimiento independientemente de la disponibilidad de camas en los centros de referencia.

	RETORNADOS	NO RETORNADOS	p
n	55 (8.9%)	621 (91.8%)	
Edad	60.9 +/- 11.8	60.4 +/-11.5	NS
Sexo Masculino	45 (81.8%)	502 (80.8%)	NS
HTA	25 (45%)	345 (55.5%)	NS
Tabaquismo	26 (47.2%)	289 (46.5%)	NS
Sedentarismo	26 (47.2%)	275 (44.2%)	NS
Dislipemia	14 (25.4%)	209 (33.6%)	NS
Obesidad	13 (23.6%)	140 (22.5%)	NS
Diabetes	6 (10.9%)	121 (19.4%)	NS
IAM previo	6 (10.9%)	81 (13 %)	NS
Angioplastia previa	3 (5.4%)	54 (8.6%)	NS
KK A ingreso	39 (70.9%)	479 (77.1%)	NS
Múltiple vasos	25 (45.5%)	281 (45.2%)	NS
Acceso radial	24 (43.6%)	91 (14.7%)	< 0.01
Muerte	2 (3.6%)	45 (7.2%)	NS

0240 - INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST ASOCIADO A CONSUMO DE COCAÍNA. VARIABLES ANGIOGRÁFICAS.

Karen WAISTEIN | Gerardo Esteban GIGENA | Dra. Analía ALONSO | Dr. Rodrigo BLANCO | Dr. Federico BLANCO | Jorge SZARFER | Dr. Alejandro GARCÍA ESCUDERO HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH

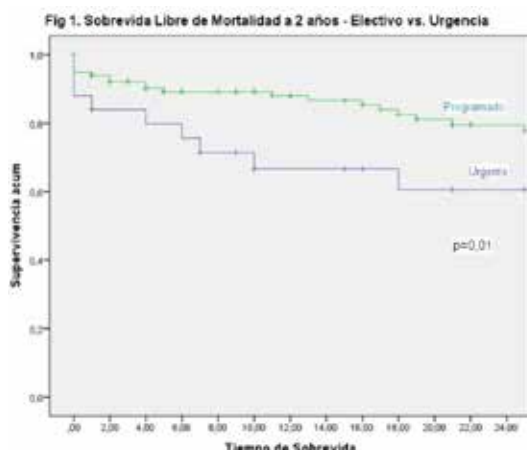
Objetivos: En la última década se ha observado un incremento del consumo de cocaína previamente o en concurrencia con el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST). La información en nuestro medio acerca de las particularidades de esta asociación es escasa. El objetivo de la presente es evaluar si existe alguna particularidad angiográfica del IAMCEST asociada a consumo de cocaína. Materiales y Métodos: Se realizó consecutiva y prospectivamente 1393 pacientes cursando un IAMCEST derivados para angioplastia primaria de los cuales 38 pacientes registraron el antecedente del consumo de cocaína, al resto se los consideró como grupo control. Se analizó: Demografía, historia previa, factores de riesgo cardiovasculares, localización del IAMCEST, extensión de la enfermedad coronaria, flujo coronario por medio del score TIMI (Thrombolysis In Myocardial Infarction) y conteo TIMI de cuadros corregido (CTCC) y seguimiento a 30 días. Análisis Estadístico: Las variables categóricas se expresan como frecuencia y su porcentaje, las variables continuas como medias ± desviación estándar (DE) o mediana (intervalo intercuartil) según su distribución. El análisis de las variables discretas se realizó con la prueba de chi cuadrado o test exacto de Fisher según correspondiera. Las variables continuas se analizaron con el test de t para 2 colas o Kruskal-Wallis según su distribución. Se consideró significativo un valor de p <0.05. Resultados: Se realizó angioplastia a 27 (71,1%) de los 38 pacientes con antecedentes de consumo de cocaína, en esta población fue más prevalente el género masculino (38/38 (100%) pacientes Vs. 113/1355 pacientes (83,39%) del grupo control p< 0.002) y asimismo registraron menor edad (52,3 ± 10,5 vs. 58, 5 ± 11,3 años para el grupo control, p< 0,001). No se observaron diferencias significativas en cuanto factores de riesgo cardiovascular, antecedentes, localización del IAM, extensión de la enfermedad coronaria, TIMI al ingreso y TIMI final, CTCC ni en la mortalidad a los 30 días. Se observó en el grupo de pacientes con antecedentes de consumo de cocaína una mayor frecuencia de IAM con coronarias normales (5/38 pacientes con antecedente de consumo de cocaína (13,1%) vs 54/1355 pacientes del grupo control (3,98%); p<0,02). Conclusiones: El IAMCEST asociado con el consumo de cocaína se presenta en pacientes de menor edad y ocurre más frecuentemente en el género masculino. Angiográficamente se observó una elevada prevalencia infarto agudo de miocardio con coronarias normales.

RESUMENES DE TEMAS LIBRES

0274 - IMPLANTE VALVULAR AORTICO PERCUTANEO URGENTE: IMPACTO EN LA MORTALIDAD A LARGO PLAZO

Alfonsina CANDIELLO | Gerardo NAU | Fernando PICCINI | Florencia CASTRO | Ana IRIBARREN | Ricardo RONDEROS | Marcelo TRIVI | Fernando CURA / ICBA

Objetivos: El implante valvular pórctico percutáneo (IVAP) está indicado en la actualidad en pacientes con estenosis aórtica severa sintomática de alto riesgo quirúrgico o inoperables. Si bien la mayoría de los pacientes se realizan de manera programada, existe un grupo de pacientes que requieren ser intervenidos de urgencia. El objetivo del presente trabajo es evaluar el impacto en la mortalidad de los pacientes sometidos a IVAP urgente. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron 142 pacientes consecutivos con estenosis aórtica severa sintomática y de alto riesgo quirúrgico desde marzo de 2009-mayo 2016 sometidos a IVAP electivo (n=117) vs. urgente (n=25). La indicación del procedimiento y la factibilidad anatómica fue llevada a cabo de forma multidisciplinaria en un Heart Team. Los eventos fueron definidos de acuerdo a los criterios VARC-2. **Resultados:** Si bien no hubo diferencias en la edad de ambos grupos, los pacientes sometidos a IVAP de urgencia presentaban mayor Enroscare log (29±19 vs. 19,9±12, p<0,001) y STS (16±13 vs. 8,9±7, p<0,001). En la Tabla 1 se describen los eventos intrahospitalarios. En la Figura 1 se describe la sobrevida libre de mortalidad a 2 años de seguimiento. **Conclusiones:** Los pacientes sometidos a IVAP de urgencia comparado con los pacientes programados, representan un grupo de mayor riesgo y como tal, presentan mayor mortalidad durante la internación, diferencia que se mantiene a lo largo del seguimiento a largo plazo.



	Electivo n=117	Urgente n=25	p
Mortalidad	5%	16%	0,07
Insuficiencia Aórtica Moderada	12%	12%	NS
ACV	4%	4%	NS
MCP Definitivo	31%	23%	NS
Días Internación post-TAVI	6±4	20±18	<0,001

0345 - PREDICTORES DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A ANGIOPLASTIA CORONARIA PRIMARIA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Patricio RATTAGAN | Pablo Ernesto PEREZ BALIÑO | Agustín GIRASSOLLI | Juan GAGLIARDI | Jorge SZARFER | Sergio CENTENO | Alejandro GARCIA ESCUDERO | Miguel Oscar PAYASLIAN / INFARTO BUENOS AIRES

Objetivos: Analizar las variables clínicas, epidemiológicas y angiográficas que predigan mortalidad intrahospitalaria en los pacientes (p) sometidos a angioplastia (ATC) primaria en los Hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron en forma retrospectiva 681 p que ingresaron en forma consecutiva a Hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires con diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) con elevación del segmento ST para tratamiento con ATC primaria. Se analizó la población según los pacientes fallecidos (Grupo A; n=53 p) y los que sobrevivieron (Grupo B; n=624 p) durante la estancia hospitalaria. Se evaluaron las características clínicas, epidemiológicas y angiográficas. Las variables cuantitativas se compararon con test de t o Kruskal-Wallis según su distribución y las cualitativas con Chi2. Posteriormente se realizó un análisis multivariado para establecer predictores independientes de mortalidad. El nivel de significación aceptado <0,05. **Resultados:** Los p del Grupo A presentaron mayor prevalencia de diabetes (16,5 vs 6,2% p=0,001), dislipemia (11,9 vs 6,2% p=0,001), antecedentes de infarto (14 vs 6,9% p=0,001) y de resucitación cardiopulmonar (RCP) previa (44,9 vs 5,9% p=0,01). No observamos diferencias en edad, género, prevalencia de hipertensión arterial, de obesidad ni de tabaquismo. Los p del Grupo A presentaban al ingreso más signos de ICC (30,4 vs 2,5% p=0,01), hipotensión arterial (20,3 vs 6,2% p=0,01), trastornos de conducción aguda (29,43 vs 6,5% p=0,01), enfermedad de múltiples vasos (14, vs 2,5% p=0,01) y compromiso del tronco de coronaria izquierda (TCI) (46,9 vs 6,3% p=0,001) con mayor requerimiento de inotrópicos (41,6 vs 3,4% p=0,01), ARM (50,9 vs 4,4% p=0,01) balón de contrapulsación aórtica (BCIA) (46,4 vs 6,7% p=0,001), y de implante de marcapasos transitorio (32 vs 7,2% p=0,01). El uso de acceso femoral fue más frecuente en el Grupo A (9,6% vs 2,4% p=0,005), y registraron mayor cantidad de angioplastias no exitosas (29,6% vs 5,3% p=0,01). El compromiso de TCI OR 10,2 (IC 3,6-28,8), la insuficiencia cardíaca OR 7,2 (3,2-16), la RCP previa OR 6,68 (IC 2,4 - 18), la angioplastia no exitosa OR 6,5 (IC 2,7 - 16,5) y la enfermedad multivaso OR 3,98 (IC 1,4-10,8) resultaron en predictores independientes de mortalidad. **Conclusiones:** Los p fallecidos registraron mayor prevalencia de diabetes y dislipemia, mayor inestabilidad hemodinámica y trastornos de conducción al ingreso. Angiográficamente se observó mayor extensión de la enfermedad coronaria y mayor cantidad de ATC no exitosas. Solo el compromiso del TCI, la presentación con insuficiencia cardíaca, el antecedente de RCP previa, la angioplastia fallida y la enfermedad multivaso, fueron predictores independientes de mortalidad.

0536 - FACTORES RELACIONADOS CON LA PRESENTACIÓN O DESARROLLO DE SHOCK CARDIOGÉNICO EN PACIENTES REFERIDOS A ANGIOPLASTIA PRIMARIA. GRUPO INFARTO BUENOS AIRES

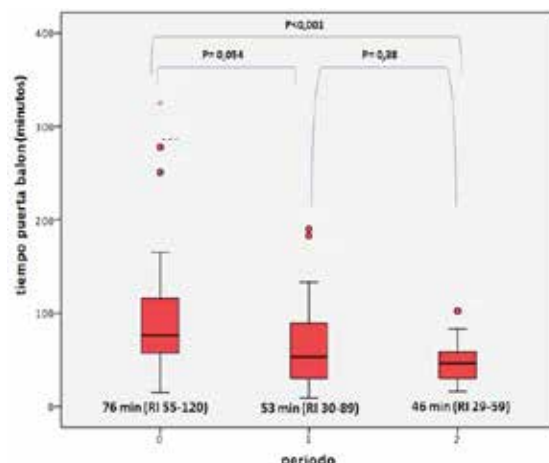
Miguel PAYASLIAN | Alicia Lorena TERRAGNO | Gabriel DIONISIO | Leandro Gastón PUERTA | Pablo OLMEDO | Sergio CENTENO | Alejandro GARCIA ESCUDERO | Gloria MOHAMED / HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DONACIÓN FRANCISCO SANTOJANNI

Objetivos: analizar los factores relacionados con la presentación y desarrollo de shock cardiogénico (SC) en un grupo de pacientes referidos para Angioplastia Primaria (ATC1ª) dentro del sistema de emergencias de los Hospitales Públicos del Gobierno de la CABA. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, comparativo. Se incluyó una población de 632 p con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo con Supradesnivel del ST tratados con ATC 1ª. **Resultados:** La incidencia de SC fue de 11,4% (n:72) con un 43% de pacientes derivados a través de SAME (SC 36,8% No SC 43,5%; p=ns). Su desarrollo se relacionó con la mayor edad (SC 66 años No SC 60); la dislipemia (SC 55% No SC 37%) y la diabetes (SC 35% No SC 20%) (p<0,05). También con el antecedente de Infarto de Miocardio (IAM) (SC 30% No SC 13%) y ATC previa (SC 17% No SC 9%) (p<0,05). No hubo relación con otros factores de riesgo o antecedentes cardiovasculares, ni con la presencia de IAM extenso (SC 64% No SC 58%). Los tiempos hasta la revascularización no influyeron en su desarrollo (tiempo dolor - consulta SC 75 minutos No SC 95 minutos; consulta reperusión SC 151 min No SC 145 vs; puerta balón SC 124 No SC 127; p=ns). La ATC fue exitosa en un 91% (SC 75% No SC 93%); no reflow 12% (SC 25,7% No SC 10,5%; p<0,05). El uso de balón de contrapulsación fue 31%. La mortalidad global fue 7,4% (SC 41,7% No SC 2,4%; p<0,05). En el análisis multivariado se detectó una diferencia a favor de diabetes, edad y no reflow (OR 2,24, p<0,01; OR 1,03, p<0,02; OR 3,5 p<0,01) **Conclusiones:** la mayor edad, la presencia de diabetes y la evolución con no reflow, se relacionaron con la presencia o desarrollo de SC.

0182 - OPTIMIZACIÓN DEL TIEMPO PUERTA BALÓN MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA INICIATIVA DE MEJORA DE PROCESOS

Gerardo (h) NAU | Mariano N. BENZADON | Juan Pablo COSTABEL | Nicolas LALOR | Pablo MORALES | Gustavo Omar PEDERNA | Alfonsina CANDIELLO | Fernando Adrián CURA / INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA

Objetivos: Analizar el impacto de una iniciativa de mejora de procesos en el tiempo puerta balón (TPB) de pacientes admitidos con IAMST en un centro con hemodinamia. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron en forma prospectiva y consecutiva pacientes con diagnóstico IAMST que requirieron angioplastia primaria. Se dividió la población en tres periodos: p0 control; p1: implementación del programa; p2: funcionamiento del programa. A través de un modelo de mejora, se realizó un análisis del sistema, detectando las barreras. Se rediseñó el proceso incorporando las siguientes estrategias: pre-activación de ambulancia por admisión, puenteo de la guardia y sala lista. El puenteo de la guardia consistió en que una vez detectado el IAMST, el paciente era trasladado directamente a la sala de hemodinamia sin pasar por la sala de emergencias. El término sala lista se refiere a una serie de acciones destinadas a preparar la sala de hemodinamia para que la misma esté en condiciones de empezar el procedimiento al momento del arribo del hemodinamista. **Resultados:** Se incluyeron 169 pacientes (p0: 56, p1: 59, p2: 54). No se evidenciaron diferencias de las características basales de la población entre los periodos analizados. Los pacientes concurrieron al centro en forma directa 27,1%, a través del servicio de emergencia 47,7% y 24,6% desde un centro derivador. En el p2 la pre-activación se implementó 39%, puenteo de la guardia 51% y sala lista 79%. Se evidenció una reducción del TPB a través de los periodos de forma significativa (p<0,01). (Figura) Tanto "on-hours (mediana p0: 76 min, p1: 36 min, p2:40,5 min, p0,02) como "off hours" ((p0: 80,5 min, p1: 80min, p2:54 min, p0,01) se mantuvo la tendencia. Desde p0 hasta p2 los tiempos puerta-sala (p<0,01) y sala-balón (p=0,032) fueron reducidos en forma significativa. Finalmente, esto impactó en el tiempo primer contacto médico-balón (p0:149 min (RI 105-195) p2: 94 min(RI 73,5-130). **Conclusiones:** Las iniciativas de mejora analizadas permitieron reducir significativamente el tiempo puerta balón en pacientes admitidos por IAMST.



0302 - CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA, CLINICA Y ECOCARDIOGRAFICA DE PACIENTES ADULTOS CON DIAGNOSTICO DE VALVULA AORTICA BICUS- PIDE EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD

Silvana RESI | Ricardo RONDEROS | Adriana ARANDA | Soli ANDRÉS | Maximiliano VILLAGRA | María M. ZANIER | Florencia CASTRO | Gustavo AVEGLIANO / INSTITUTO CARDIOVASCULAR BUENOS AIRES

Objetivos: La válvula aórtica bicusípide (VAB) es la cardiopatía congénita del adulto más prevalente. Es más frecuente en hombres y se transmite con una herencia autonómica dominante. Se asocia a disfunción valvular: estenosis o insuficiencia y a patología de la aorta. La coartación de aorta es el defecto congénito más frecuentemente asociado. La mayoría requiere reemplazo valvular y aproximadamente un 5% cirugía de aorta y coartación. El objetivo del trabajo fue realizar un análisis epidemiológico, clínico y ecocardiográfico (morfológico-funcional valvular) de pacientes (p) adultos con diagnóstico ecocardiográfico de VAB. Materiales y Métodos: Sobre una base de datos de 200 p con diagnóstico de VAB en el período de 11/ 2012 a 11/2015, se realizó un estudio retrospectivo observacional, enfocado en datos epidemiológicos, clínicos y ecocardiográficos. Se clasificó morfológicamente a la VAB según la clasificación de Hans-H. Sievers y se calculó el score de degeneración valvular (SDV). Resultados: Fueron hombres el 72% del total de p, la edad promedio fue 50 +/- 15 años. Los factores de riesgo cardiovascular hallados: HTA (35%), dislipemia (32%) y tabaquismo (25%). El 13% tenían enfermedad coronaria. Coartación de aorta el 3% y CIV 1%. El 89% de las VAB fueron fenotipo 1 (89% subtipo L-R). La insuficiencia aórtica estuvo en el 73% fenotipo 1 y 60% fenotipo 0. La estenosis aórtica se observó en el 37% fenotipo 1, de los cuales el 81% fueron moderadas a severas. El puntaje de SDV 0-1 estuvo en el 59% fenotipo 0 y SDV 2-3 puntos en el 61% fenotipo 1. Los p con HTA tuvieron > diámetro de la unión sinotubular y tubular de la aorta comparado con los no hipertensos (p 0,01), al igual que los p > 50 años comparado con p < 50 años con p 0,004 y p < 0,0001, respectivamente. El tratamiento fue: 25% betabloqueantes, 21% estatinas, 14,5% ARA II, 13,5% aspirina, 7,5% IECA y 8,5% diuréticos. El promedio de seguimiento fue de 3,2 años. El 31,5% presentaron síntomas. Se internaron por insuficiencia cardíaca 5,5% y 3 p presentaron endocarditis infecciosa. La cirugía se realizó en el 19% del total de p, de los cuales 89% reemplazo valvular, 3 p plástica valvular, 6,5% reemplazo aórtico y 5,5% se combinó el reemplazo con cirugía de revascularización miocárdica. Todo los p con coartación fueron previamente intervenidos. Conclusiones: Los pacientes presentaron HTA, dislipemia y Tabaquismo como factores de riesgo cardiovascular más prevalente. La mayoría fueron hombres. La cardiopatía congénita asociada con más frecuencia fue la coartación de aorta. El fenotipo 1, subtipo L-R, fue la anatomía valvular más prevalente. Los p con el fenotipo 0 presentaron un menor puntaje de SDV comparado con el fenotipo 1. La disfunción valvular más prevalente en ambos fenotipos fue la insuficiencia. La mayoría de los p con estenosis fueron de grado significativo. El promedio de los diámetros de las diferentes porciones de la aorta fue similar en p con estenosis o insuficiencia. La mayoría recibió ARA II o IECA como tratamiento. En el seguimiento se observaron poco eventos cardiovasculares. La HTA y la edad > 50 años se asoció a mayor promedio del diámetro de la unión sinotubular y tubular de la aorta. La intervención quirúrgica más utilizada fue el reemplazo valvular y un menor porcentaje fueron a reemplazo aórtico.

0304 - VALOR DEL ÍNDICE LEUCOGLUCÉMICO EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

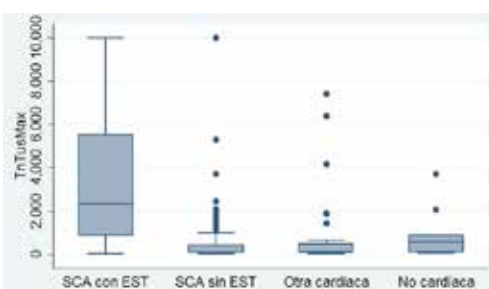
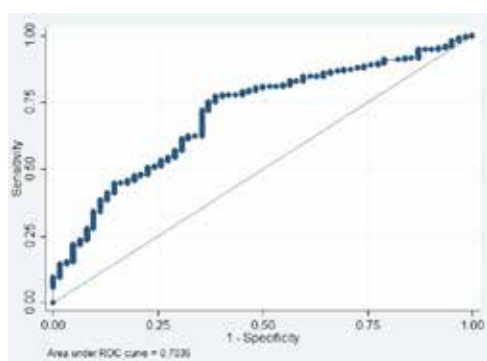
Yanina CASTILLO COSTA(1) | Enrique FAIRMAN(1) | Franco BOTTINI(1) | Víctor MAURO(1) | Adrián CHARASKI(2) | Emiliano SPAMPINATO(2) | Roberto PEREZ(1) | Carlos BARRERO(1) / CLÍNICA SANTA ISABEL (1); CLÍNICA BAZTERRICIA (2)

Objetivos: La insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) se asocia a distintos grados de respuesta inflamatoria sistémica. El índice leucoglucémico (ILG) es un marcador del estado inflamatorio sistémico que ha demostrado su utilidad como predictor de mala evolución en los síndromes coronarios agudos, pero aún no fue valorado en la ICD. Objetivo. Evaluar el valor pronóstico para mortalidad intrahospitalaria (MIH) del ILG en una población internada por ICD. Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de 729 pacientes consecutivos, internados con diagnóstico de ICD de Enero 2010 - Diciembre 2015 en dos Unidades Coronarias. Al aplicar los criterios de exclusión (diabéticos, descompensación de causa infecciosa, falta de disponibilidad de glucemia en ayunas (GA) o recuento leucocitario (GB) en las primeras 24hs), se incluyeron 426 pacientes (p). Se calculó el ILG (GA x GB / 1000) y se definió por curva ROC cuál es el valor óptimo para predecir MIH. Se analizó en forma univariada y como variable independiente (regresión logística) el ILG como predictor de mortalidad. Resultados: La población incluyó p con edad mediana de 82 años, sexo femenino 49%, internación mediana 6 días, FSD (FEY menor a 45%) 50,7%, cardiopatía de causa coronaria 20%, valvular (estenosis aórtica o insuficiencia mitral graves) 20%, hipertensiva 18%, arritmia 10%, hipertrofia 3%, idiopática 5%, de causa desconocida 19% y 5% de otras causas. Por curva ROC se determinó como punto de corte del ILG de 919,1, con un área bajo la curva de 0,649. (Sensibilidad 87%, Especificidad 43,5%). La prevalencia de ILG mayor a 919,1 fue 58,5%. En el análisis univariado el ILG alto (87% vs 56,8%; p = 0,0016), la Troponina T Ultrasensible mayor a 50ng/ml (52,4% vs 25%; p = 0,005), la EPOC (30,4% vs 13,1%; p = 0,019), la causa isquémica de descompensación (17,4% vs 1,74%; p = 0,0008) y la valvulopatía grave (66,7% vs 24%; p = 0,0002), se asociaron a mayor mortalidad intrahospitalaria, no así la FSD (68,2% vs 51,7%; p = 0,07). En el análisis de regresión logística, sólo el ILG (OR 4,46; IC 95% 1,05-19,01; p = 0,043), la descompensación de causa isquémica (OR 50,13; IC 95% 3,29-763; p = 0,005) y la valvulopatía grave (OR 15,25; IC 95% 4,15-56,03; p = 0,0001) predijeron mortalidad en forma independiente. Conclusiones: La inflamación desempeña un rol importante en la insuficiencia cardíaca, pero esto aún no está definido en la fase descompensada. Como reafirmación de la importancia de la inflamación en la ICD, el ILG aparece como un predictor independiente de mortalidad en la población internada por ICD. Implicancia Clínica: se trata de un índice accesible y que agrega información pronóstica para la estratificación del paciente con ICD por lo que, de confirmarse esta observación, sería recomendable su utilización en la práctica cotidiana.

0341 - NIVELES DE TROPONINA ULTRASENSIBLE EN PACIENTES CON PRESUNCIÓN DE ENFERMEDAD CORONARIA SEVERA.

Eugenia DEMICHELIS | Agustín FAVINI | Anibal M ARIAS | Emiliano ROSSI | Jose L. NAVARRO ESTRADA | Rodolfo PIZARRO | Cesar BELZITI | Arturo M CAGIDE / HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: El objetivo primario fue describir los niveles de TUS en pacientes internados con y sin enfermedad coronaria (EC) severa y determinar el mejor punto de corte de la TUS para Mortalidad. Materiales y Métodos: Se incorporaron en forma retrospectiva y consecutiva durante el año 2013 a 250 pacientes con SCA o con sospecha del mismo, que fueran internados o ya estuviesen internados, con elevación de TUS mayor o igual a 14 pg/ml y realización de cinecoronariografía. Se efectuó un análisis univariado entre niveles de TUS y severidad de EC (mayor o igual al 70 % en una arteria epicárdica y/o mayor o igual al 50 % en tronco de coronaria izquierda). Se realizó un análisis de la curva ROC tomando TUS como variable independiente para determinar el mejor punto de corte que permitiera identificar a los pacientes que tuvieron EC severa. A su vez comparó los niveles de TUS según distintas categorías de diagnóstico de egreso (SCA con elevación del ST, SCA sin elevación del ST, otras causas cardíaca y causas no cardíacas) a través del test de Kruskal-Wallis. Se tomaron como significativos valores de p < 0,05. Resultados: La mediana de edad fue de 72 años, 60 % fueron hombres, 75 % con EC severa y 26 % de SCA con elevación del ST. La mediana de TUS fue significativamente mayor en los pacientes con EC severa respecto a aquellos sin enfermedad coronaria severa (417,3 pg/ml, RIC 25-75 (76,2-1804,5) vs. 51,8 (33,4-346,9), p < 0,0001). La capacidad de discriminación de la TUS para identificar EC severa fue buena, con un área bajo la curva ROC de 0,70, figura 1. Un punto de corte mayor o igual a 70 pg/ml presentó una sensibilidad de 78 % y una especificidad de 60 % para el diagnóstico de EC severa. La mediana de TUS fue significativamente diferente según las distintas categorías de diagnóstico de egreso (comparaciones no ajustadas, p < 0,0001), figura 2. La mediana de TUS fue significativamente mayor en los pacientes con que fallecieron durante la internación respecto a aquellos que sobrevivieron (1837 pg/ml RIC 25-75 (811,6-4294) vs. 210,4 (47,7-1207), p < 0,0001). Conclusiones: Los pacientes con EC severa tuvieron mayores niveles de TUS. Los pacientes con SCA y elevación del ST tuvieron los valores más elevados, los pacientes con patología no cardíaca tuvieron valores intermedios, mientras que los pacientes con SCA sin elevación del ST y otros diagnósticos cardíacos tuvieron valores más bajos. El aumento de troponina se asoció a mayor mortalidad.



0346 - VALOR DEL SCORE SAME TTR2 Y LOS TEST DE ADHERENCIA PARA PREDECIR TIEMPO RANGO TERAPÉUTICO EN PACIENTES ANTICOAGULADOS.

Gerardo Maximiliano ACCASTELLO | German JELUSIC | Cristina LORENZO CARRION | Ariel NINA | Cristian COMMIDARI | David XAVIER | Norberto ALLENDE | Fernando SOKN / CLÍNICA INSTITUTO MEDICO ADROGUE

Objetivos: El TRT tiene relación directa con la eficacia del tratamiento y la prevención de complicaciones hemorrágicas. En la literatura se ha descrito un score basado en antecedentes clínicos (SAME TTR2) para identificar la población con mayor riesgo de un TRT inadecuado. Nuestro grupo de trabajo presentó una relación positiva entre adherencia y TRT adecuado. Por lo que el objetivo de nuestro trabajo es evaluar la utilidad del score SAME TTR2 y los test de adherencia (Batalla) para predecir adecuado TRT en población en anticoagulación crónica. Materiales y Métodos: Se realizó una encuesta personalizada a los pacientes que concurrieron al servicio de Hemostasia y Trombosis para seguimiento de su anticoagulación. Durante la misma se interrogó a cada indi-

SAME-TTR2 score		
S	Sexo femenino	1
A	< 60 años	1
Me	Histona Médica*	1
T	Tratamiento (estrategia control ritmo)	1
T	Tabaquismo (> 2 años)	2
R	Raza (no caucásica)	2
Histona médica (al menos 2 de las siguientes): HTA, DBT, enfermedad coronaria, vasculopatía periférica, insuficiencia cardíaca, ACV previo, EPOC, insuficiencia renal o hepática		

2. Los pacientes con mas información (adherentes) presentaron mayor TRT promedio (TRT 68,2+/- 19 vs TRT 59,5% +/-20 p=0,034) y mayor proporción de pacientes con TRT mayor al 65% (66,6% vs 43,4%, p=0,028). Al evaluar las variables clínicas a través del score SAME TTR2 no se observó correlación entre valor del mismo y los niveles de ACO (TRT promedio con score menor de 2: 61% +/- 21%, mayor de 2: 61,5 % +/- 20% p=0,91). El subgrupo de pacientes con SAME TTR2 score mayor de 2 considerados no adherentes presentaron peor TRT. Conclusiones: En nuestra población el test de adherencia predijo mejor que las variables clínicas los pacientes con óptimo TRT. Se observó una alta proporción de pacientes con SAME TTR2 mayor de 2.

0375 - CARACTERÍSTICAS Y FACTORES PRONOSTICOS ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES CON HIPERTENSION PULMONAR INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA DERECHA AGUDA

Franco Javier NAZAR(1) | Andres Nicolas ATAMANUK(1) | Sergio BARATTA(2) | Martin CANO(1) | Simón SALZBERG(1) | Diego LITEWKA(1) | Miguel PAYASLIAN(1) / HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JUAN A. FERNANDEZ(1); HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL(2)

Objetivos: Describir causas, presentación y evolución durante la internación de pacientes(pac) con insuficiencia cardíaca derecha aguda(ICDA) y diagnóstico establecido de hipertensión arterial pulmonar(HAP), y analizar los factores asociados a mortalidad intrahospitalaria. Materiales y Métodos: De mayo de 2013 a 2016 se analizaron las hospitalizaciones consecutivas por ICDA ocurridas en pac con diagnóstico previo de HAP y tromboembolia crónica(HPTCE) de un centro de referencia de HAP de la CABA.El diagnóstico fue establecido por cateterismo cardíaco derecho y criterios de consensos internacionales de HP.Se utilizaron datos demográficos, clínicos de ingreso, exámenes complementarios y tratamiento durante la internación. Las variables fueron analizadas acorde a la sobrevida en internación.Y se expresaron en mediana e intercuartiles(25-75), se realizó test de Chi2 para variables cualitativas y t-test para variables cuantitativas continuas.Se consideró p<0.05 como estadísticamente significativa. Resultados: Se registraron 29 hospitalizaciones ocurridas en 14 pac, edad 40 a(29-49), 78,5% mujeres.Subtipos de HP fueron: idiopática 34,5%, cardiopatía congénita 17,2%, enfermedad del tejido conectivo 6,9%, HIV 31%, Portopulmonar 3,4% y HPTCE 6,9%.Las causas de ICDA fueron: progresión de la enfermedad 48,3%, abandono o imposibilidad de recibir el tratamiento(AIRT) 34,5%, infecciones 6,9%, transgresión alimentaria 3,4%, otras 6,9%.Motivos de consulta: disnea 83%, dolor abdominal 24%, piernas hinchadas 24%, astenia 7%, dolor precordial 7%, hemoptisis 3,4%.La sobrecarga hídrica fue el perfil predominante en el examen físico como; Inurgitación yugular 75,9%, soplo tricuspídeo 67,1%, edema de miembros inferiores 62,1%, dolor hepático 51,7% y signos de agrandamiento de VD(Dressler 79,3%). En el ECG el 86% se encontraba en ritmo sinusal y 86% presentaba un eje del QRS a mas de 90°, solo el 34,5% presentó BCRD.El tratamiento predominante durante la internación fue; Sildenafil oral 89,7% y diuréticos EV 65,5%, algún inotrópico o vasopresor 44,8%(Milirina 27,6%, Dobutamina 24,1%, Noradrenalina 17,2% y Dopamina 13,8%).Las complicaciones mas frecuentes fueron la infección intrahospitalaria 24% y la insuficiencia renal aguda 17,2%.La mortalidad durante la internación fue del 13,8%.Los predictores de mortalidad intrahospitalaria fueron; urea al ingreso >39mg/%(p 0,014) y la utilización de alguna droga inotrópica o vasopresora(p 0,03).Se halló una tendencia no significativa en pac con frecuencia cardíaca >100 x'.No se hallaron correlaciones con otras variables como creatinina, sodio, hepatograma, ácido láctico de ingreso o tensión arterial.La sobrevida total de los pac al año contando su última internación fue 57%. Conclusiones: Existen pocos datos internacionales sobre ICDA y no contamos con datos nacionales.Estos pac a menudo requieren hospitalización en unidades de cuidados intensivos y demandan cuidados especiales diferentes a los habituales por falla VI.Este es el primer estudio en nuestro país que explora las características en el momento de la internación de estos pac, observando; perfil predominante congestivo y principales factores descompensantes; progresión de la enfermedad y AIRT.La tasa de uso de drogas vasoactivas/inotrópicas fue elevada y se correlacionó con mortalidad, así también una urea elevada al ingreso.La sobrevida al año de estos pac fue muy reducida.Por lo que la eventual internación debería alertar al médico tratante a tomar una conducta mas agresiva ya sea escalando el tratamiento o evaluando un eventual trasplante pulmonar.

0217 - POSIBILIDAD DE RESINCRONIZACION ELECTRICA EN PUNTA DE VENTRICULO DERECHO EN PACIENTES CANDIDATOS A TERAPIA DE RESINCRONIZACION POR EL METODO SINCHROMAX

Luis Dante BARRA(1) | Daniel Felipe ORTEGA(2) | Emilio Ariel LOGARZO(2) | Analía PAOLUCCI(3) | Nicolás Martín MANGANI(1) | Carlos PALADINO(3) / HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL(1); FIBA(2); CLINICA SAN CAMILO(3)

Objetivos: Introducción: Con el desarrollo del método de medición de sincronía eléctrica Sinchromax, validado en estudios previos, hemos identificado la posibilidad de obtener curvas de sincronía iguales a las obtenidas con dos catéteres de estimulación biventricular estimulando solo el ventrículo derecho con un solo catéter. Objetivo: El objetivo del estudio es evaluar cuantos pacientes candidatos a terapia de resincronización cardíaca (CRT) puede sincronizarse eléctricamente con la estimulación única del ventrículo derecho guiado por el método de Sinchromax. Materiales y Métodos: Material y métodos: Se estudiaron en forma prospectiva 75 pacientes candidatos a CRT en un centro de Capital Federal y otro en Provincia de Buenos Aires. Todos con miocardiopatía dilatada con deterioro severo de la función sistólica del ventrículo izquierdo y bloqueo completo de rama izquierda. A todos se les colocó el catéter en ventrículo derecho guiados por Sinchromax para la obtención del curva de sincronía número 5. Resultados: De los 75 pacientes estudiados, el 82,6% eran de sexo masculino. Todos presentaban miocardiopatía dilatada. La principal causa fue isquémico necrótica (68%). En todos los pacientes se utilizó el método Sinchromax para la obtención de la curva 5 de sincronía. Del total de los pacientes se logro dicha curva en 68 pacientes (90,6%). Solo en menos de 10% no se logró curva 5. Conclusiones: Conclusión: La posibilidad de obtener sincronía eléctrica con estimulación monoventricular en ventrículo derecho en pacientes con miocardiopatía dilatada candidatos a CRT se encuentra en el 90% de los casos.

0248 - TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA: PACIENTES RESPONDEDORES Y SUPER RESPONDEDORES.

Nestor GALIZIO | Guillermo CARNERO | Mauricio MYSUTA | Liliana FAVALORO | Roxana RATTI | Margarita PERADEJORDI | Hugo FRAGUAS | Jose Luis GONZALEZ / FUNDACIÓN FAVALORO

Objetivos: Describir la respuesta a la terapia de resincronización cardíaca (TRC) en pacientes con miocardiopatía dilatada. Materiales y Métodos: Los datos fueron extraídos de un registro prospectivo que se lleva a cabo en nuestro Hospital Universitario de pts con TRC-D implantados entre Octubre de 2009 y Diciembre de 2015 para la prevención primaria y secundaria de MS. Se evaluó el porcentaje de respondedores y super respondedores por parámetros clínicos, ecocardiográficos y combinados. Resultados: Características basales: 238 pts, masculinos: 67%, edad: 63,±10, años, etiología: coronaria 36%, Etiología no coronaria: 44%. Otras etiologías: 16,3%. Prevención primaria: 92%, CF II-III: 94%, FEVI: 23±7%, QRSd: 165±25 ms, FA: 22 %. BCR: 72%, TVNS: 30%, ACV: 11%, Hipertensión arterial: 55%; Diabetes: 18%; IM moderada/severa: 139 pts. Medicación basal: Diuréticos del asa: 82%, antagonista de los receptores mineralocorticoide: 87%, Beta bloqueantes: 78%, IECA/ARAI: 75%, Amiodarona 31% Conclusiones: La terapia de resincronización cardíaca es un método altamente

Evolucion de los 238 pacientes a 12 meses		pts	%
Criterio clínico: disminución CF NYHA mayor a 1 CF		164	69
criterio ecocardiografico: FEVI mayor 5%		174	73
criterio ecocardiografico: mejoría un grado de IM		75	54
Criterio clínico y ecocardiografico aumento de FEVI 5% o disminución CF NYHA: 1 CF		193	81
Combinado clínico:			
No muerte o internación x ICC y no Tx cardíaco + disminución CF NYHA mayor/igual a 1 CF a 12 meses.		150	63
Combinado clínico y Ecocardiográfico:			
No muerte o internación x ICC y no Tx cardíaco + mejoría CF NYHA mayor/igual a 1 CF + aumento FEVI: 5% o mas a 12 meses		105	44
SUPER RESPONDEDORES			
Aumento FEVI mayor 10% (absoluto)		90	38
Aumento FEVI mayor 10% + mejoría CF NYHA mayor/igual 1 CF		76	36
Alcanzar FEVI >50%		28	12

eficaz en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca, con altos porcentajes de pacientes respondedores. El porcentaje de respuesta depende de los criterios utilizados. Los criterios combinados son los que mejor reflejan la verdadera evolución de los pacientes

0275 - IMPLANTE TRANS-AURICULAR DE CATÉTERES DEFINITIVOS. UN INTERESANTE RECURSO CUANDO SE ACABAN LOS ACCESOS HABITUALES.

Claudio DE ZULOAGA(1) | Héctor MAZZETTI(2) | Daniel Alberto KLINGER(1) | Benjamin CHIOSTRI(1) | Osvaldo A. PEREZ MAYO(1) | Gustavo Alejandro COSTA(1) | Ricardo Eugenio SPERANZA(1) | Alberto ALFIE(1)

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS(1); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JUAN A. FERNANDEZ(2)

Objetivos: En los pacientes (p) sometidos a múltiples implantes de dispositivos para el tratamiento de las arritmias, suelen, con los años, mostrar oclusiones definitivas en los accesos tradicionales, debidos a sucesivas intervenciones de extracción endovascular de catéteres, implantes contralaterales por erosiones del bolsillo etc. Se desea describir un acceso alternativo y seguro para el implante de nuevos catéteres ante las circunstancias anteriormente mencionadas. Materiales y Métodos: Dos p de 21 y 40 años, quienes fueran implantados con un Cardiodefibrilador automático a los 9 y 30 años respectivamente el primero por QT largo y el segundo por síndrome de Noonan y miocardiopatía hipertrófica. Ambos fueron reimplantados en diferentes ocasiones por desplazamientos de catéteres, ruptura de los mismos y/o erosiones de bolsillo. Ambos tenían oclusión completa de ambos afluentes cavo-tricuspídeos, y por ende, imposibilidad de un implante convencional del catéter. Por esta razón se realizó un abordaje trans-auricular. Bajo anestesia general, mediante una toracotomía mínima, con exposición de la AD se procedió a realizar una punción en la pared lateral de la misma, con el sistema convencional Peell-away, seguido del implante de un catéter Defibrilador monocoil con fijación activa el cual fue fijado en el tercio superior del séptum Intraventricular derecho. El Cateter fue fijado a la pared de la AD con sutura y luego de una tunelización subcutánea y la confección del un bolsillo apropiado. el sistema fue alojado en la región abdominal. Ambos p permanecieron internados en unidad coronaria (UC) bajo vigilancia estrecha posterior al procedimiento. Resultados: Los procedimientos duraron menos de dos horas, y no existieron complicaciones intraoperatorias. Durante la internación en UC, un p presentó un derrame pericárdico leve-moderado que no requirió evacuación con una leve caída del hematocrito, permaneciendo internado 5 días posteriores y el otro paciente mostró una evolución sin complicaciones y fue dado de alta en 72 hs. Conclusiones: El método trans-auricular para el implante de sistemas de estimulación o cardiodefibrilación definitiva es un recurso de gran utilidad ante la imposibilidad de usar los accesos convencionales. Es un procedimiento relativamente sencillo, sin complicaciones mayores y que asegura un correcto funcionamiento del sistema.

0328 - DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA Y FIBRILACION AURICULAR EN PACIENTES CHAGÁSICOS CON MARCAPASOS EN SEGUIMIENTO A MAS DE 10 AÑOS.

Rafael Omar ZAUGG NADUR | Eliana AVERSA | María Cristina TENTORI | Alejandro Jose PELLEGRINI | Claudio A. MURATORE | Miguel Oscar PAYASLIAN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JUAN A. FERNANDEZ

Objetivos: Evaluar la evolución de la función sistólica ventricular izquierda (FSVI) y aparición de fibrilación auricular (FA) a largo plazo en pacientes chagásicos portadores de marcapasos definitivos. Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva de pacientes consecutivos con enfermedad de Chagas portadores de marcapasos definitivo que concurren a un centro de referencia de CABA desde de 1980 a 2016. Las variables cualitativas se analizaron con el test de Chi cuadrado y las cuantitativas con el test de t de Student. Se consideró significativo un valor de p<0,05 Resultados: Se incluyeron 145 pacientes (p). Edad media de 52±14 años (a) al momento del implante. Varones 34,5%. La media de seguimiento fue de 15 a (rango: 1-37 a). Dos tercios (97 p) con más de 10 a de seguimiento. Las indicaciones de marcapasos fueron: enfermedad del nodo sinusal 33,8%; bloqueo aurículo-ventricular completo 39,3%; bloqueo aurículo-ventricular de 2° grado 10,3%; FA de baja respuesta ventricular 7,6% y enfermedad binodal 4,1%. El diámetro diastólico del ventrículo izquierdo al final del seguimiento fue ligeramente superior que al inicio (54±8 mm vs 56±10 mm;

p<0,05). Asimismo, la FSVI presentó modificaciones cuando se la comparó desde el momento del implante hasta el último seguimiento: normal 67% vs 50% (p=0,01); leve 19% vs 14% (p=ns); moderada 4% vs 17% (p=0,003) y severa 10% vs 19% (p=0,04). Un 13% de los pacientes con FSVI inicial normal presentó FSVI moderada-severa en el seguimiento. Del total de pacientes con FA (60p, 41,4%); 15 p (10,3%) la tenían previa al implante del marcapasos y 45 p (31,1%) desarrollaron una nueva FA en el seguimiento (19 paroxística y 26 permanente). El diámetro sistólico de la aurícula izquierda al inicio y final del seguimiento no varió significativamente (42±7 mm vs 44±8 mm; p=ns) ni tampoco mostró relación con la aparición de FA (43±6 mm vs 44±10 mm; p=ns). Los p que inicialmente presentaban FSVI moderada a severa fueron más propensos a desarrollar una nueva FA que aquellos con FSVI normal (64% vs. 30%, p<0,005). Conclusiones: En más de 10 años de seguimiento de pacientes chagásicos portadores de marcapasos se evidenció que la evolución a disfunción ventricular izquierda es menor de lo reportado para la población general de chagásicos. En coincidencia a lo descripto, los pacientes con disfunción ventricular izquierda desarrollan con más frecuencia FA.

0333 - ABLACION DE FIBRILACION AURICULAR. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DEL INTERIOR DEL PAIS (RESISTENCIA-CHACO).

Lisandro SORIANO | Alejandro Armando VENTURA | Gladis Marisa LOPEZ | Luciana VIOLA | Angeles VENTURA | CORDIS, INSTITUTO DEL CORAZON

Objetivos: Evaluar resultados de la ablación por radiofrecuencia (ARF) de fibrilación auricular (FA) en el seguimiento ambulatorio, de nuestro centro, con más de 5 años de experiencia en este procedimiento. Materiales y Métodos: Desde 2010 hasta diciembre de 2015 realizamos 52 ARF de FA. Se logró un seguimiento en 45 pts, que se incluyeron en este análisis. Se analizaron datos clínicos, ECG, ecocardiográficos, y holter a los 3, 6 y 12 meses de seguimiento. Procedimiento: Los pts recibieron anticoagulación (ACO) y la mayoría se realizó ecocardiogramas transesofágico (ETE) antes del procedimiento. Se utilizó un equipo de mapeo electro anatómico En Site NAVX. Durante la ablación se mantuvo un Tiempo de coagulación activado (ACT) entre 300 y 400 seg. Se realizó una punción transeptal en todos los pts por donde se progresaron dos catéteres (circular y ablación). Se efectuaron aplicaciones RF en antro de todas las venas pulmonares, buscando el aislamiento eléctrico de las mismas. En los algunos pts con FA persistente se realizó ablación de electrogramas complejos fraccionados (CFAES) y líneas en el techo de AI. Resultados: Resultado: 45 pts con edad promedio 63±8 años, 18 mujeres (40%), 38 pacientes con FA paroxística (84%), 7 pts FA persistente (16%), 2 FA persistente de larga data, todos sintomáticos. La duración de la arritmia fue de 36 ± 16 meses, CHA2DS2-VASc promedio fue de 2. Se logró aislamiento eléctrico de todas las venas pulmonares en 41 pts (90%). 10 pts tenían ARF previa de Aleteo Auricular típico y a 7 pts se les ablacionó el istmo cavo-tricuspideo en el mismo procedimiento. El Seguimiento promedio 16 ± 15 m. El tratamiento antiarritmico y ACO fueron mantenidos por 3-6 meses, manteniéndose si el CHA2DS2VASc era ≥2, siguiendo el criterio del médico de cabecera. Ocho pts (18%) presentaron recurrencia de FA <3 meses y 12(27%) recurrieron mas allá de los 3 m. El resto permanecieron asintomáticos y con ritmo sinusal (holter, ecg). Complicaciones: 1 pt presentó fistula AV que requirió corrección quirúrgica, 1 pt hematoma en sitio de punción, 1 pt embolia aérea coronaria que requirió suspensión del procedimiento. No se observó derrame pericárdico Conclusiones: En nuestra experiencia la ARF de FA demostró ser efectiva y segura para mejorar los síntomas de pacientes con FA con un buen porcentaje de éxito (73%) con un único procedimiento en la mayoría de los pts. El éxito de la ablación se mantiene a través del tiempo.

0457 - ¿LOS MÉDICOS DE CUIDADOS INTENSIVOS UTILIZAN LAS PUNTUACIONES CHADS2, CHA2DS2-VASC Y SAMETTR PARA SELECCIONAR EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE? ANÁLISIS DE 15361 PACIENTES CONSECUTIVOS INGRESADOS POR FIBRILACIÓN O ALETEO AURICULAR

Carolina Mercedes TRAVETTO(1) | Estefanía Anabel FLEMING(1) | Ricardo VILLARREAL(2) | Javier MARIANI(3) | Maximiliano DE ABREU(3) | Juan GAGLIARDI(3) | Hernán DOVAL(3) | Carlos TAJER(3)

HOSPITAL EL CRUCE (1); SANATORIO GÜEMES (2); GRUPO DE ESTUDIO, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN CLÍNICA (GEDIIC) (3)

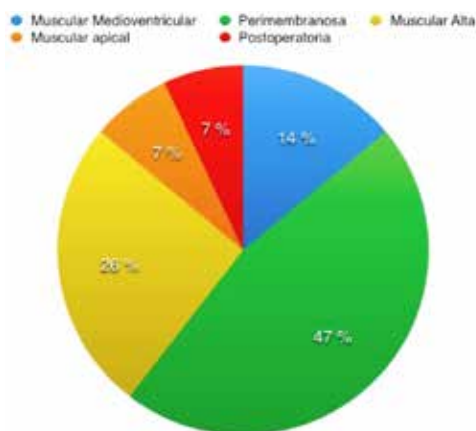
Objetivos: Analizar las puntuaciones de los scores CHADS2, CHA2DS2-VASc y SAMeTTR en pacientes con fibrilación o aleteo auricular (FA) ingresados a unidades de cuidados intensivos cardiovascular (UCIC) y su relación con la prescripción de terapia anticoagulante y fármacos de elección, agentes anti-vitamina K (AVK) o nuevos anticoagulantes orales (NOACs), en un registro multicéntrico. Materiales y Métodos: Epi-Cardio es un registro creado con fines administrativos y académicos, basado en un formulario electrónico de epirrisis compartido en una red de 48 UCIC. Entre 2005 y 2014 ingresaron al registro 106705 pacientes. Este análisis se centra en los 15361 pacientes (14,3%) con diagnóstico de FA. Se excluyeron los pacientes fallecidos, aquellos que por su motivo de ingreso tenían indicación o contraindicación absoluta de ACO por otras causas, así como aquellos en los que la información de tratamiento al alta era incompleta. Se calcularon las puntuaciones CHADS2, CHA2DS2-VASc y SAMeTTR, y se analizó su relación con la prescripción al alta de anticoagulantes orales (ACO) y diferentes agentes: acenocumarol- warfarina (AVK) y dabigatran-apixaban-rivaroxaban (NOACs). Resultados: La mediana de edad fue de 72 años (RIC 61-81) y el 57,4% eran hombres. Los criterios de admisión principales fueron taquiarritmia (40,8%) e insuficiencia cardíaca (26%). El 48,6% de los pacientes tenía antecedentes de episodios previos de FA. La mortalidad fue del 3,4%. La prescripción global de ACO al alta se incrementó en los últimos 8 años (Chi de tendencia lineal p<0,01). En la tabla se resumen las puntuaciones CHADS2 y CHA2DS2-VASc, y la frecuencia de prescripción de ACO en cada grupo. La prevalencia de pacientes con puntuación CHA2DS2-VASc 0-1 fue más baja que CHADS2 0-1 (28% vs 58,3%; p<0,01). La puntuación de SAMeTTR fue 0-1 en 55,4% y 2 o más en el 44,6% de los pacientes con ACO. En pacientes incluidos luego del 2011 y que recibieron ACO, la proporción de AVK / NOAC fue 84,7% / 15,3% en TTR 0-1 y 85,6% / 14,4% en TTR 2 o más (p: NS). Conclusiones: La prescripción de ACO al alta en pacientes con FA admitidos en UCIC estuvo mínimamente relacionada con las puntuaciones CHADS2 y CHA2DS2-VASc. Los NOACs se indicaron con más frecuencia en los últimos años, pero su preferencia no se guió por la puntuación de SAMeTTR. A pesar de que la prescripción de ACO se incrementó en los últimos años, todavía hay una gran brecha entre las guías de práctica clínica y la prescripción de ACO y fármacos seleccionados.

Score	0	1	2	3	>3
CHADS2 Prevalencia (%)	24,4	33,9	27,4	10,3	3,9
Tratamiento ACO (%)	31,5	38,6	38,9	40,3	39,5
CHA2DS2-VASc Prevalencia (%)	11,7	16,3	19,2	22,9	29,8
Tratamiento ACO (%)	28,4	37,6	40,3	37,6	38

0040 - CIERRE ENDOVASCULAR DE COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR. EXPERIENCIA Y DESAFÍOS.

María Fernanda BIANCOLINI | Julio BIANCOLINI | Judith ACKERMAN | Víctorio LUCINI | María Adelia MARQUES VITORINO | Ana María Susana DE DIOS | Jesús María DAMSKY BARBOSA | OSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

Objetivos: experiencia en cierre de comunicación interventricular (CIV) endovascular (EV) del servicio de cardiología infantil, Hospital Pedro de Elizalde. Materiales y Métodos: Análisis descriptivo y retrospectivo, revisión de historias clínicas y hemodinámicas de pacientes (pa) con cierre de CIV EV, durante el periodo entre Mayo 2010 y Marzo 2016. Se incluyeron todos los procedimientos (proc) que cumplan con los criterios de cierre de CIV EV y tuvieran las características anatómicas adecuadas para su realización mas allá del resultado final del procedimiento. Resultados: 47 pa, 51 proc. 43 proc exitosos (84,3%), 41 proc en 1er intento y 2 pa en 2do proc. Mediana (M) edad: 7 años (rango 0,33 a 15). M peso: 26Kg (rango 4,3-83). 5pa <= (pm) = "tricuspidio=" "subvalvular=" "aparat=" "del=" "tracción=" "por=" "derecho=" "ventriculo=" "libre=" "pared=" "la=" "de=" "agudo=" "colapso=" "pa=" "1=" "mv)=" "civ=" "rpd=" "embolización=" "pm)=" "3=" "y=" "ma=" "1=" "bavc)=" "completo=" "auriculoventricular=" "bloqueo=" "presentaron=" "4=" "moderada=" "a=" "leve=" "iao=" "pfm)=" "1pa=" "moderada=" "it=" "2pa=" "coil=" "fractura=" "transitoria=" "hematuria=" "2=" "cambia=" "se=" "rescata=" "rpd)=" "derecha=" "pulmonar=" "rama=" "lifetech)=" "corticoides=" "con=" "tto=" "amplatzer)=" "lifetech=" "2=" "11=" "resto=" "inmediato=" "postproc=" "en=" "severa=" "10kg=" Conclusiones: El cierre de CIV EV ofrece resultados alentadores como alternativa a la QX. En nuestra experiencia el 84,3% fueron procedimientos exitosos. Los resultados dependen de la correcta selección de pacientes para esta intervención. Las complicaciones mayores en nuestros paciente fue de un 6,9%. El cierre de CIV EV es una alternativa menos invasiva y que podrá convertirse en el tto de elección de la CIV musculares y PM en pacientes que cumplan con las características necesarias.



0190 - OPERACIÓN DE FONTAN-KREUTZER CON HIPOTERMIA PROFUNDA Y PARADA CIRCULATORIA TOTAL: RESULTADOS EN LA ERA ACTUAL.

Ignacio JUANEDA(1) | Christian KREUTZER(2) | Alejandro Roman PEIRON(1) | Benjamin CHOSTRIZ(2) | Daniel Alberto KLINGER(2) | Rodrigo MOLINAS(1) | Augusto Jorge GUTIÉRREZ(2) HOSPITAL PRIVADO - Centro Médico de Córdoba (1); HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL (2)

Objetivos: Reportar nuestra experiencia y resultados contemporáneos utilizando técnica de hipotermia profunda con parada circulatoria total en pacientes operados de cirugía de Fontán-Kreutzer con tubo extracardiaco fenestrado, ampliación de túnel extracardiaco o inclusión de venas suprahepáticas. Materiales y Métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo, observacional. Las variables categóricas se expresan en porcentaje y las continuas en valor absoluto, desviación estándar y rango. Se incluyeron 31 pacientes intervenidos desde Julio de 2011 a Mayo de 2016, en dos instituciones de nuestro país, empleando circulación extracorpórea con hipotermia profunda a 18 grados C y parada circulatoria total. Resultados: La edad y peso promedio al momento de la cirugía fue de 6,01 años (2- 26) y 22,4 kg (12 - 85) respectivamente; siendo 51,6% de ellos de sexo masculino. Las variables anatómicas incluyeron: Corazón univentricular: 29%, atresia pulmonar con septum interventricular intacto: 19,3%, atresia tricuspídea :19,3 %, síndrome de heterotaxia: 12,9%, síndrome de Corazón izquierdo hipoplásico: 9,6%, doble vía de salida de ventrículo derecho con comunicación interventricular remota: 3,2 % y otros en 9,6%. Se realizaron 29 operaciones con implante de tubo extracardiaco fenestrados de politetrafluoroetileno con diámetros entre 18 y 20mm. Un paciente recibió inclusión de venas suprahepáticas y otro ampliación de estenosis alejada del tubo extracardiaco. El tiempo de circulación extracorporea, clampeo aórtico y parada

circulatoria total en hipotermia profunda a 18 grados C fue de 97,12 minutos (60–175), 41,03 minutos (15–105) y 24,12 minutos (5–64) respectivamente. No se registro mortalidad intrahospitalaria. El tiempo medio de internación fue 13,2 días (6–40). Conclusiones: La operación de Fontan-Kreutzler continua siendo una cirugía paliativa, pero sus resultados, morbilidad y mortalidad han mejorado mediante el refinamiento de la técnica quirúrgica y la estrategia de perfusión cardiopulmonar. La estrategia de hipotermia profunda con parada circulatoria total es una alternativa atractiva para lograr los resultados deseados.

0234 - MEDICION DEL ESPESOR MIO-INTIMAL CAROTIDEO Y RIGIDEZ VASCULAR, EN PACIENTES PEDIATRICOS DE ALTO RIESGO VASCULAR

Claudio Gabriel MORÓS | Dra Haydee VAZQUEZ | Dr Alejandro GOLDSMAN | Dra Mirian TONIETTI | Dra Fabiola STOPPEL | Dra Liliana TRIFONE | Dra María GRIPPO/ HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ

Objetivos: La prevención cardiovascular a edades tempranas es el objetivo de la organización mundial de la Salud. Detectar lesiones vasculares en etapas preclínicas con marcadores incruentos como la ofrecida por la ultrasonografía Doppler de alta resolución sería muy útil para la población pediátrica con alto riesgo vascular. Objetivo: Estimar la presencia de indicadores de lesión

vascular en un grupo de pacientes pediátricos con alto riesgo de desarrollar enfermedad vascular. Materiales y Métodos: Ingresaron en forma prospectiva, desde abril 2014 a mayo 2016, pacientes (p) pediátricos y adolescentes con Alto Riesgo vascular: Diabéticos tipo 1 (DBT I), Dislipidemias familiares (DLP) y Obesos en tratamiento en el servicio de Nutrición. Mediante eco-dopplervascular se evaluaron los siguientes parámetros: Espesor MIO-intimal Carotideo (EMC) y de la Rigidez vascular a través de sus determinante, Índice de Rigidez Beta (IRB), Coeficiente de Distensibilidad (CD) y el módulo Elástico incremental (EINC). Los resultados fueron comparados con las tablas de percentilos para niños y adolescentes sanos discriminados por sexo ya publicadas.

	DBT I	DLP	Obesos	Total
Medición de EMC	68p	43p	21p	132p
EMC anormal	42,6 % (29)	51,2% (22)	4,8% (1)	52p
Medición Rigidez	43p	27p	12p	80p
Rigidez Arterial	53,5% (23)	51,9% (14)	50% (6)	43p

Resultados: Se registraron total 132 p, mujeres 60,6% (80), edad media 12,7 años $\pm$ 3,2años. Prepuberales (5 a 11 años) 37,9% (50p), postpuberales (12-18) 62,1% (82p). Con Diagnóstico de DBT I: 51,5% (68p), DLP 32,6% (43p) y Obesos 15,9% (21p). Conclusiones: Llamativamente el 50% de los pacientes DLP y el 40% de los pacientes DBT I tuvieron anormalidad en el espesor mio-intimal carotideo, porcentaje que cae solo al 5% para los pacientes obesos en tratamiento. La Rigidez vascular estuvo alterada en la mitad de los pacientes pediátricos de Alto Riesgo vascular independientemente de su diagnóstico basal. Futuros estudios serán necesarios para determinar la utilidad clínica de estos marcadores.

0236 - CALCULO DE LA EDAD VASCULAR EN PACIENTES PEDIATRICOS CON AUMENTO DEL ESPESOR MIO-INTIMAL CAROTIDEO

Claudio Gabriel MORÓS | Dra Haydee VAZQUEZ | Dr Alejandro GOLDSMAN | Dra Mirian TONIETTI | Dra Fabiola STOPPEL | Dra Liliana TRIFONE | Dra María GRIPPO/ HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ

Objetivos: La medición exacta del Espesor mio-intimal carotideo (EMC) mediante la ultrasonografía de alta resolución y la publicación de tablas de percentilos de EMC para niños y adolescentes sanos, nos permiten la valoración de la población pediátrica con alto riesgo vascular. OBJETIVO: Estimar la Edad vascular, diferencia de edad vascular y Edad vascular avanzada de los niños con

alto riesgo para enfermedad vascular y EMC anormal. Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, Desde abril 2014 hasta mayo 2016. Se ingresaron en forma consecutiva todos los pacientes pediátricos con Alto Riesgo vascular: Diabéticos tipo 1 (DBT I), Dislipidemias familiares (DLP) y Obesos en tratamiento enviados desde el servicio de Nutrición a ecocardiografía para ser valorados con indicadores tempranos de daño vascular, mediante medición del Espesor Mio-intimal Carotideo (EMC) Los resultados fueron comparados con las tablas de percentilos para niños y adolescentes sanos discriminados por sexo ya publicadas. Se calculó la edad vascular (Evasc) correlacionando el EMC anormal mayor obtenido, con el percentilo 90 normal del adulto, se obtuvo la Diferencia de Edad vascular (DIFEDVasc) = Evasc – Edad del paciente. Cuando la (Evasc) superaba los 30 años se la considero Edad Vascular Avanzada. Se utilizó para el análisis el software estadístico SPSS 17. Resultados: De un total de 132 p evaluados 39,4% (52p) presentaron EMC anormal. Eran Varones 53,8% (28), edad media 13,7 años $\pm$ 2,8 años. Prepuberales (5 a 11 años) 25% (13p), postpuberales (12-18) 75% (39p). Con Diagnóstico de DBT I: 55,8% (29p), DLP 42,3% (22p) y Obesos 1,9% (1p) Los varones tuvieron Evasc media 28 $\pm$ 11,9 años. (Máximo: 65 años y mínimo: 17 años). DIFEDVasc 15,7 $\pm$ 11,6 años. (máximo: 52 años y mínimo: 2 años). Las mujeres tuvieron Evasc media 26,5 $\pm$ 12 años. (Máximo: 65 años y mínimo: 18 años) DIFEDVasc 13 $\pm$ 12 años. (Máximo: 51 años y mínimo: 3 años) Sin diferencia estadísticamente significativa entre varones y mujeres. En el grupo de DBT I la Evasc y la DIFEDVasc en varones fue superior al de las mujeres Evasc= 31,4 vs 23,8 años y DIFEDVasc = 18 vs 10 años p=0,031. No hubo diferencias en el sexo en el grupo de DLP. Edad vascular avanzada: 30,8% (16p). Conclusiones: Un tercio de los pacientes pediátricos con EMC anormal tienen una edad vascular superior a los 30 años. La diferencia de edad vascular con edad cronología es más marcada en pacientes DBT I del sexo masculino.

	HOMBRES	MUJERES	p
Edad Vascular Evasc	28 $\pm$ 11	26,5 $\pm$ 12	ns
DIFEDVasc	15,7 $\pm$ 11	13 $\pm$ 12	ns
Evasc DBT I	31,4 $\pm$ 13	23,8 $\pm$ 5,9	0,031
DIFEDVasc DBT I	18 $\pm$ 13	10 $\pm$ 5,3	0,031
Evasc DLP	29,6 $\pm$ 16	24 $\pm$ 7,7	ns
DIFEDVasc DLP	16 $\pm$ 12	11,5 $\pm$ 7,4	ns

0337 - EVOLUCIÓN ALEJADA DE LOS PACIENTES CON CIRUGÍA DE SENNING

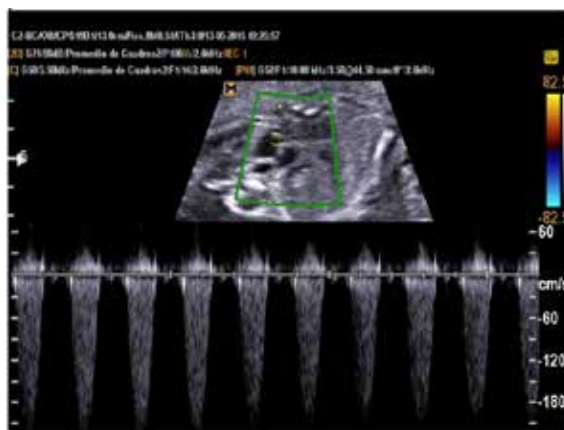
Maria de Las Mercedes DITTLER | Jorge Alberto BLEIZ | Maria Eugenia SABBIONE | Maris Telma LINDSTROM | Paula CAMPANA | M. Victoria CORRADI | Monica LOYARTE | Andrea Beatriz CUELLI/ HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA LA PLATA

Objetivos: Evaluar la evolución alejada de los pacientes (P) con cirugía de Senning (SN), con especial atención en la clase funcional y en las complicaciones. Materiales y Métodos: En un estudio retrospectivo observacional se revisaron las Historias Clínicas de 19 P en seguimiento en nuestro hospital, a los cuales se les realizó cirugía de SN entre el año 1981 y 1998. Se analizaron: la edad al momento quirúrgico, sexo, tipo de trasposición de los grandes vasos (TGV), tiempo de seguimiento, clase funcional, complicaciones y mortalidad. Resultados: Sexo masculino 84% (p<0.05), edad promedio quirúrgica 14,3 meses (0,2-55), tiempo promedio de seguimiento 18,87 años (1,05-28,91), TGV simple 79 % (p<0.05), TGV con comunicación interventricular (CIV) 15,8% y TGV+Estenosis Pulmonar 5,2%. Se encontró insuficiencia tricuspídea (IT) severa en 5,2%, disfunción del ventrículo derecho (evaluado por Índice de Tei y Tapse) 5,2 %, obstrucción de las neo conexiones en 26,3% (p<0.05) y shunt entre las neo aurículas en 5,2%, arritmias en 52,6% (p<0.05) con disfunción del nódulo sinusal en el 80% (p<0.05), un sólo paciente requirió implantación de marcapasos. El 90% de los P se encontraban en clase funcional I y el 10% en II, y 2P (10%) cursaron 4 embarazos sin complicaciones. La mortalidad tardía fue de 5% (1P). Conclusiones: El sexo predominante fue el masculino, y el tipo de TGV más frecuente fue la simple. Durante este importante tiempo de seguimiento, la mayoría de los P permaneció en clase funcional I, y la principal complicación fue la obstrucción de las neo conexiones y la presencia de arritmias.

0535 - EXPERIENCIA EN VALVULOPLASTIA PULMONAR FETAL

Sofia GRINENCO | Mercedes SAENZ TEJERA | Marcelo RIVAROLA | Horacio AIELLO | César MELLER | Lucía VAZQUEZ | Lucas OTAÑO | Pablo MARANTZ / HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Un grupo de pacientes con atresia pulmonar o estenosis pulmonar crítica con septum interventricular intacto presentan durante la segunda mitad del embarazo una progresiva hipoplasia del ventrículo derecho con desarrollo de fisiología univentricular. Dicha evolución podría modificarse en casos seleccionados por medio de una valvuloplastia pulmonar fetal (VPF). El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia en la Unidad de Medicina Fetal del Hospital Italiano en dicho procedimiento. Materiales y Métodos: Se revisaron las historias clínicas e imágenes de aquellos pacientes en quienes se realizó una valvuloplastia pulmonar fetal. Resultados: Tres pacientes fueron seleccionadas para valvuloplastia pulmonar por presentar atresia pulmonar o estenosis pulmonar crítica, con flujo reverso en el ductus arterioso, y válvula tricuspídea y ventrículo derecho leve a moderadamente hipoplásicos. En el primer caso, con atresia pulmonar, no pudo abrirse la válvula y debió detenerse el procedimiento por bradicardia severa con descompensación hemodinámica que no respondió a maniobras de resuscitación fetal, produciéndose el óbito fetal dentro de las 24hs. En los otros dos casos hubo éxito técnico, se pudo realizar la VPF, incrementándose el flujo pulmonar, sin complicaciones fetales ni maternas. Los dos pacientes nacieron a término con un ventrículo derecho levemente hipoplásico pero suficiente para mantener el gasto cardíaco, y se les realizó valvuloplastia pulmonar neonatal. Conclusiones: La valvuloplastia pulmonar fetal constituye una intervención factible, técnicamente menos compleja en presencia de permeabilidad de la válvula pulmonar, cuya aplicación terapéutica se encuentra aún en investigación.



0154 - EL ÍNDICE LEUCOGLUCÉMICO COMO MARCADOR PRONÓSTICO DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA

Leonardo Adrián SEOANE | Yevgeniy KOROLOV | Mariano CAMPOROTONDO | Fernando PICCININI | Mariano VRANCIC | Alfredo HIRSCHSON PRADO | Daniel NAVIA | Mariano BENZADÓN INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA

Objetivos: La hiperglucemia de stress, y la respuesta inflamatoria sistémica se asocian a mayor incidencia de insuficiencia renal. Por su parte, el índice leucoglucémico (ILG) fue predictor de eventos en pacientes con distintas patologías agudas; pero aún no ha sido evaluada su relación con la función renal, en el contexto de cirugía cardíaca. El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre el ILG y la función renal en el postoperatorio de cirugía cardíaca. **Materiales y Métodos:** Se analizó en forma retrospectiva la base de datos informatizada del servicio de cirugía cardíaca, completada prospectivamente. Se incluyeron 2743 pacientes a los que se les realizó cirugía cardíaca, en el período comprendido entre 2010 y 2015. Se tomaron los valores de glucemia y recuento leucocitario del postoperatorio inmediato, y se calculó el ILG multiplicando el valor de glucemia (mg/dl) por el número de leucocitos en miles (leucocitos/1000). Se analizó el ILG en cuartiles según los valores de los percentiles 25, 50 y 75, y se utilizó curva de ROC para determinar un valor de corte del mismo. El punto final primario analizado fue insuficiencia renal aguda (IRA), definida como creatinina (Cr) sérica mayor a 2 mg/dl con un aumento de al menos el 100% del valor basal. Como punto final secundario se evaluó la necesidad de diálisis. **Resultados:** Se analizaron 2743 pacientes a los que se les realizó cirugía cardíaca (25% Cirugía de revascularización miocárdica, 25% cirugía valvular, 25% combinada y 25% otra cirugía). Las características basales de la población se observan en la tabla 1. La incidencia de IRA en los diferentes cuartiles de ILG analizados fue significativamente creciente: 10,9%, 12,4%, 13,7% y 14,3% (p: 0,023). Respecto a la necesidad de diálisis, la frecuencia fue de 2,5% en el menor cuartil, y de 4,2% en el mayor, siendo también estadísticamente significativa la diferencia (p: 0,026). Según la curva de ROC, el mejor valor de corte pronóstico del ILG para el punto final primario fue de 1900. En el modelo de regresión logística, el ILG se asoció independientemente a IRA. (Tabla 2). **Conclusiones:** EL ILG demostró ser un predictor independiente de insuficiencia renal aguda, y de necesidad de diálisis en el postoperatorio de cirugía cardíaca.

Características	Q1 (ILG<1745)	Q2 (1745<ILG<2213)	Q3 (2213<ILG<2882)	Q4 (ILG > 2882)	p
Sexo masculino (%)	75,1	76,8	74,5	75,8	0,486
Edad, años (DE)	65,7 (12,1)	66,2 (10,7)	66,1 (11,8)	65,6 (11,6)	0,802
Hipertensión (%)	67,6	75,4	72,9	72,7	0,048
Diabetes (%)	18,4	22,5	24,3	30,1	<0,001
IRA previa (%)	6,4	7,3	5,7	7,5	0,363
EuroScore (DE)	4,7 (2,8)	4,4 (2,9)	4,6 (3,0)	4,7 (3,1)	0,632
Cr previa, mg/dl (DE)	1,10 (0,38)	1,12 (0,65)	1,10 (0,35)	1,09 (0,32)	0,701
Urea previa, mg/dl (DE)	35,0 (4,5)	37,6 (4,7)	36,1 (4,5)	36,6 (5,0)	0,578

Variable	OR	IC 95%	p
ILG>1900	1,36	1,08 - 1,71	0,009
Edad (por año)	1,01	1,00 - 1,02	0,018
Sexo femenino	1,61	1,27 - 2,04	<0,001
Diabetes	1,31	1,02 - 1,67	0,034
Electividad de cirugía	1,37	1,09 - 1,73	0,007
Circulación extracorpórea	1,38	1,02 - 1,87	0,037
Reoperación	2,27	1,46 - 3,53	<0,001
Fibrilación auricular postoperatoria	1,85	1,45 - 2,37	<0,001

0160 - USO DE ENDOPROTESIS EN PACIENTES CON CUELLO AORTICO CORTO

Patricio ZAEFFERER | Paula SOCIAS | Dario Simon CHIKIAR | Guillermo PFUND | Ignacio DE LUCA | Mariano CASTELLI | Juan PADILLA | Pablo GILLEN / INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA

Objetivos: Demostrar la factibilidad y seguridad del uso del tratamiento endovascular en casos considerados anatómicamente hostiles por cuello corto. **Materiales y Métodos:** Se analizaron retrospectivamente los pacientes sometidos a EVAR entre los años 2008 y 2013 en un centro privado, evaluando el procedimiento y los controles tomográficos de postoperatorios con al menos 2 años de seguimiento. Se incluyeron pacientes con cuello aórtico proximal <15 mm de longitud, se excluyeron casos con cuellos de ángulo mayor a 60° o cónico invertido. Los procedimientos fueron realizados en quirófanos híbridos. Se utilizaron dispositivos Powerlink Intuitrak® o AFX® (Endologix, Irvine, CA) con extensión proximal. Los pacientes se clasificaron en 3 grupos según la longitud del cuello aórtico proximal: grupo (A) de 0 a 5 mm, grupo (B) de 6 a 10 mm y grupo (C) de 11 a 15 mm de longitud. Se realizaron angiogramas de control al mes, 6 meses y al año con el programa Philips DICOM viewer 3.0, a fin de estandarizar las mediciones. **Resultados:** Durante el período se intervinieron 295 pacientes con AAA por vía endovascular, 80 pacientes tenían cuellos aórticos cortos (longitud < a 15 mm). Grupo A= 19 pacientes (23,8%), grupo B= 21 pacientes (26,3%) y grupo C= 40 pacientes (50,0%). La longitud y diámetro promedios de los cuellos aórticos fueron de 10,3 mm y 26,3 mm, respectivamente. El 92,2% de los pacientes requirió un cuff proximal. Se utilizó cuff adicional por desplazamiento caudal, falta de aposición, leak intraprocedimiento (evidenciado en aortograma de control) y falta de overlap en el 6,5%. En 17 pacientes (21,5%) se evidenció endoleak intraoperatorio: 8 casos IA (47,1%), 6 casos IB (35,3%) y 3 casos II (17,6%). Los leaks tipo IA se corrigieron en 4 pacientes con balón, 3 con stent y 1 cuff. El promedio de estadia en la institución post-procedimiento fue 3,4 días. Presentaron complicaciones 11 pacientes, siendo la más frecuente la insuficiencia renal aguda. Ninguno paciente murió durante el período de internación. **Conclusiones:** Los pacientes con cuellos aneurismáticos cortos, determinados por las instrucciones de uso de los dispositivos, pueden ser intervenidos con EVAR. El estrecho y continuo seguimiento es de vital importancia para justificar el tratamiento en esta población de pacientes.

	Mes 1	Meses 6	Meses 12	Meses 24	Total
Total leaks (n=80)	10 (12.5%)	1 (1.25%)	5 (6.25%)	1 (1.25%)	17 (21.25%)
Tipo IA	5 (6.25%)	0	2 (2.5%)	0	7 (8.75%)
Tipo IB	2 (2.5%)	0	2 (2.5%)	0	4 (5%)
Tipo II	1	0	1	1	3 (3.75%)
Tipo III	2	1	0	0	3 (3.75%)

0200 - CIRUGÍA MINIINVASIVA DE LA VÁLVULA MITRAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

German Alberto FORTUNATO | Marcelo HALAC | Matias Nicolas RIOS | Roberto BATELLINI | Vadim KOTOWICZ / HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Analizar los resultados de una técnica de cirugía cardíaca miniinvasiva videoasistida (MICS) en casos complejos como re-operaciones, endocarditis y en pacientes (p) de alto riesgo. **Materiales y Métodos:** Desde Enero de 2010 hasta Abril de 2016 se realizaron 128 cirugías mitrales. De ellas, 45 p fueron considerados de alto riesgo por presentar endocarditis activa, cirugía cardíaca previa o riesgo de morbilidad >10% por Score de STS y se realizaron por MICS. En todos los casos el abordaje fue por minitoracotomía derecha videoasistida, y a través de dos puertos accesorios para la inserción del clamp aórtico y videocámara. Los p con reoperaciones fueron estudiados previamente con tomografía de tórax para evaluar adherencias. La información fue recolectada de manera retrospectiva, descriptiva y observacional, mediante el uso de historias clínicas electrónicas que permitió alcanzar el 100% del seguimiento. **Resultados:** Las cirugías primarias de los cinco p con cirugía cardíaca previa –esternotomía mediana- fueron valvulares: comisurotomía mitral, plástica mitral (PM), reemplazo de válvula mitral (RVM), cirugía combinada de reemplazo mitral asociada con cirugía de revascularización miocárdica, y operación de Bentall de Bono siendo ésta a su vez 5° re-operación por múltiples cirugías aórticas. Se operaron cinco endocarditis mitrales en tratamiento activo. Un p presentó endocarditis y cirugía cardíaca previa (Operación de Bentall de Bono). En los 34 p restantes el score de riesgo de STS de morbilidad fue de 21.0±14.5%. El 73,3% de las cirugías fueron casos electivos, 22,2% urgentes y 4,4% de emergencia. La conducta quirúrgica fue: 28 RVM y 17 PM. La mortalidad a los 30 días fue de 4,4% (n=2). En esta población no se registraron mediastinitis. No se constataron óbitos en plásticas mitrales. Las complicaciones posoperatorias a los 30 días fueron: arritmias 37% (n=17), neumonías 4,4% (n=2), hemorragia subaracnoidea/subdural por anticoagulantes 2,2% (n=3), un caso de insuficiencia renal aguda y un sangrado posoperatorio que requirió exploración. Sólo un p requirió conversión intraoperatoria a esternotomía convencional. **Conclusiones:** La técnica de MICS puede ser utilizada en p con cirugía cardíaca previa, endocarditis y/o pacientes con alto score de riesgo preoperatorio cuando el hemitórax derecho se encuentre libre de adherencias. La mortalidad observada en esta muestra es considerablemente inferior a la que arroja el cálculo previo del score de riesgo. Las complicaciones postoperatorias fueron de escasa magnitud. El sangrado neurológico por el uso de anticoagulación podría representar un factor de riesgo a tener en cuenta. La minitoracotomía derecha video-asistida ofrece una excelente exposición, minimizando la necesidad de disección quirúrgica y la morbilidad.

0318 - ESTIMACION DE RIESGO EN CIRUGIA CARDIACA AJUSTADO AL CENTRO MEDIANTE EL ARGENSCORE

Victorio Carlos CAROSELLA(1) | Hugo Omar GRANCEL(1) | Walter RODRIGUEZ(2) | Diego Maximiliano LOWENSTEIN HABER(3) | Dario Ben IGOLNIKOF(3) | Ezequiel José ZAIDEL(3) | Cesar CARDENAS(2) | Carlos A. NOJEK(1) SANATORIO FINOCHIETTO (1); FLENI (2); CONSEJO ARGENTINO DE RESIDENTES DE CARDIOLOGÍA (3)

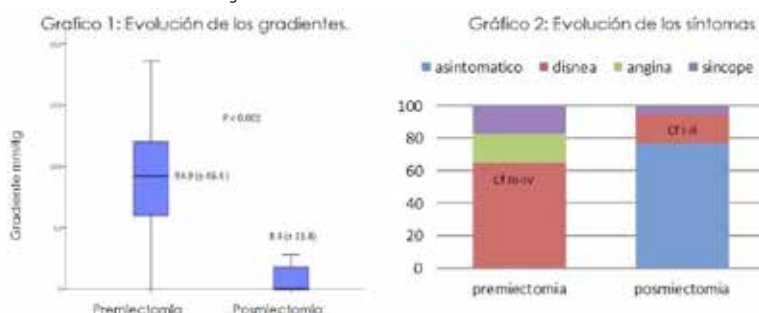
Objetivos: Los modelos de riesgo en cirugía cardíaca deberían ajustarse al perfil de riesgo de la población, la complejidad de las intervenciones y los resultados de cada centro donde se utilicen. El objetivo de este estudio fue evaluar una metodología para establecer riesgo operatorio de acuerdo a las características del centro quirúrgico utilizando el puntaje ArgenSCORE. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron 2548 pacientes de 44 centros del registro prospectivo y multicéntrico en cirugía cardíaca, CONAREC XVI, intervenidos entre Septiembre de 2007 y Octubre de 2008. Se analizaron las variables de riesgo preoperatorias, la complejidad de las intervenciones y la mortalidad intrahospitalaria en cada centro. El ArgenSCORE tiene su versión original desarrollada en 1999 sobre una población con mortalidad operatoria de 8,2% (ArgenSCORE I) y una segunda versión que surge de la recalibración del modelo original realizada en 2007 sobre una población con mortalidad operatoria de 3,96% (ArgenSCORE II). Se trata de un modelo aditivo donde el riesgo estimado corresponde a la suma de los valores absolutos de cada variable positiva detectada en el paciente. Para definir el perfil de riesgo y complejidad del centro se calculó el valor absoluto medio del ArgenSCORE (VAMA) de acuerdo a la media de los valores absolutos de todos los pacientes intervenidos en cada institución. Se evaluó la capacidad de estimar el riesgo de mortalidad operatoria en cada centro utilizando ambas versiones, I y II del ArgenSCORE, de acuerdo a la relación entre el VAMA y la mortalidad observada. A su vez, en cada centro se determinó la capacidad de ambas versiones para estimar el riesgo mediante la relación mortalidad observada / mortalidad predicha. **Resultados:** La mortalidad intrahospitalaria en todo el registro fue de 7,69%. Debido a que la mortalidad observada entre los centros fue muy heterogénea (1,3% a 26,7%) se dividieron los 44 centros en 3 grupos para facilitar el análisis: Grupo 1: mortalidad entre 5% y 7% (9 centros: 952 pacientes), Grupo 2: mortalidad mayor a 7% (28 centros: 999 pacientes) y Grupo 3: mortalidad menor a 5% (7 centros: 597 pacientes). El cálculo del VAMA nos permitió dividir a cada uno de estos 3 grupos en 3 subgrupos según su riesgo y complejidad preoperatoria: subgrupo A, centros de alto riesgo y complejidad (VAMA: 29 a 31); subgrupo B, riesgo y complejidad intermedia (VAMA: 26 a 28) y subgrupo C, riesgo y complejidad baja (VAMA: 23 a 25). Evaluamos la relación VAMA / mortalidad observada en cada centro e identificamos como punto de corte para utilizar el ArgenSCORE I o el ArgenSCORE II un valor de 4,5. El ArgenSCORE I mostró una mejor capacidad para asignar el riesgo (relación entre mortalidad observada versus mortalidad predicha) en los centros que presentan una relación VAMA / mortalidad observada menor o igual a 4,5. A su vez, el ArgenSCORE II mostró una mejor capacidad para asignar el riesgo de mortalidad en las instituciones con una relación VAMA / mortalidad observada mayor a 4,5. **Conclusiones:** La relación entre el perfil de riesgo de los pacientes y la complejidad de las intervenciones (VAMA) con la mortalidad observada contribuye a estimar el riesgo operatorio en cirugía cardíaca en cada centro. En instituciones con una relación VAMA / mortalidad observada menor o igual a 4,5 es recomendable utilizar el modelo aditivo original ArgenSCORE I y en los centros con un relación mayor a 4,5 el modelo recalibrado ArgenSCORE II.

0324 - MIECTOMIA SEPTAL AMPLIADA EN LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA. EXPERIENCIA INICIAL, RESULTADOS CLÍNICOS Y EOCARDIOGRÁFICOS

Mauricio Julian BENAVIDEZ CHAMORRO | Juan Mariano VRANCIC | Juan Carlos ESPINOZA | Juan Pablo COSTABEL | Fernando PICCININI | Mariano CAMPOROTONDO | Gustavo AVEGLIANO | Daniel Oscar NAVIA / INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA

RESUMENES DE TEMAS LIBRES

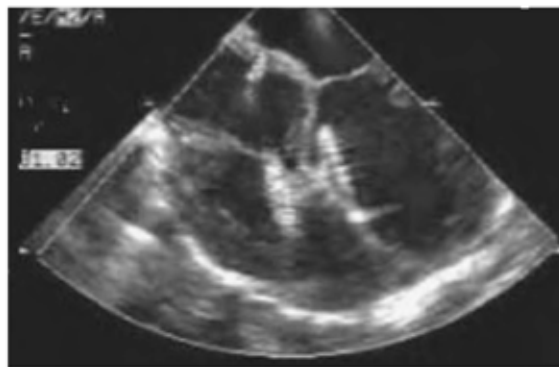
Objetivos: La miectomía quirúrgica constituye, el tratamiento de elección para liberar la obstrucción del tracto de salida y revertir los síntomas de los pacientes con miocardiopatía hipertrofica obstructiva (MHO) sintomática, refractarios al tratamiento farmacológico. El objetivo del presente trabajo es evaluar los resultados postoperatorios relacionados con el cambio en los síntomas y evolución ecocardiográfica de una población sometida a miectomía septal ampliada (MSA) por (MHO) sintomática. **Materiales y Métodos:** De la base de datos de pacientes (p) con miocardiopatía hipertrofica de la institución (354 p en seguimiento), se extrajeron, luego de su discusión en el grupo multidisciplinario de miocardiopatías, aquellos sometidos a tratamiento invasivo mediante MSA. Se excluyeron a quienes se realizó algún procedimiento en la válvula aórtica y/o plástica mitral por patología mitral primaria. Durante el periodo noviembre 2011 a mayo 2016, se intervinieron un total de 17 p, todos refractarios a tratamiento farmacológico óptimo. Se analizaron la evolución postoperatoria, clínica y ecocardiográfica al alta y el seguimiento clínico y ecocardiográfico a mediano plazo. El seguimiento fue de 428 días (30-1471) y se completó en 94,1%. **Resultados:** La edad promedio fue de 54.7 ± 13.8 años; 9 de los p fueron varones (56.2%). Tres p (15%) tenían ablación septal con alcohol previa. El tiempo promedio desde el diagnóstico a la cirugía fue de 6.28 años. Ocho p (47%) tenían insuficiencia mitral moderada o severa previa, tres tenían enfermedad coronaria concomitante. Los síntomas predominantes fueron angina en 17,6%, disnea CF III-IV en 64,7% y síncope en 17,6%. A todos los p se les realizó MSA (resección del septum basal y medio, a cada lado de los músculos papilares y entre los mismos). Se agregó plicatura de la valva anterior mitral en 5 p que tenían válvula redundante que favorecía el movimiento anterior sistólico. El gradiente preoperatorio basal promedio fue de 52,8 mmHg y con maniobra de valsalva de 94,85 mmHg; los gradientes basal y con valsalva postoperatorios fueron 6,9 mmHg y 8,4 mmHg ($p < 0,01$). Tres pacientes requirieron marcapasos definitivo. El 76% de los p se encontraban asintomáticos al seguimiento (gráficos 1 y 2). No ocurrieron comunicación interventricular ni lesión valvular aórtica secundarias al procedimiento. No hubo mortalidad hospitalaria ni al seguimiento. **Conclusiones:** La MSA es un tratamiento efectivo, que produce mejoría en los síntomas y disminución de los gradientes en p con MHO sintomática refractaria al tratamiento farmacológico.



0371 - EXPERIENCIA EN CIERRE PERVENTRICULAR DE COMUNICACIONES INTERVENTRICULARES- PROCEDIMIENTO HÍBRIDO

Juan Manuel TORRILLAS | Juan Pablo MONTEL | Pablo RUFFA | Javier CORNELIS | Pablo GARCÍA DELUCIS / HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

Objetivos: Los procedimientos híbridos han incrementado en los últimos años, especialmente en lesiones cardíacas congénitas, en las que la reparación quirúrgica no es la ideal o no es posible. El objetivo de este trabajo es demostrar la experiencia en el cierre perventricular de Comunicaciones Interventriculares de un grupo de pacientes. **Materiales y Métodos:** Luego de realizar Esternotomía Mediana, con canulación de la Aorta y de ambas cavas, sin entrar en CEC, se procede a punzar la pared libre del VD, bajo guía de ecocardiograma transesofágico. Se introduce una guía de alambre a través del punzante, el cual va a guiar el AMPLATZER, que se va a abrir desde la cavidad del VI, posicionándolo para cerrar el defecto interventricular. La entrada en CEC es necesaria solo en los casos que se requiera reparar lesiones concomitantes. Entre Enero de 2014 y Mayo de 2016 6 Pacientes Edad media 2,6 Años Peso Medio 14 kg Diagnósticos: CIVs Múltiples (DSVD, TOF y CIVs múltiples) Procedimientos Asociados: Cierre de otra CIV en forma quirúrgica 3 pacientes. Parche Transanular 1 paciente. **Resultados:** Resultados * Internación : 3 días * ARM: 1,5 días Inotrópicos : 3 días * Cirugía electiva: 100% * Mortalidad: 1 paciente, debido a disfunción del VD y aquiesia del septum interventricular. * En 3 pacientes se dirigió el cierre esternal debido a la disfunción ventricular. * Libre de eventos tromboembólicos * CIV residual per AMPLATZER, en dos pacientes quedaron CIV residuales de 1 y 1,5 mm perfi dispositivo. **Conclusiones:** El cierre perventricular es seguro y efectivo para una variedad de pacientes con defectos interventriculares, en los cuales no son ideales para cierre quirúrgico o en el laboratorio de hemodinamia. Estas terapias híbridas además son el esfuerzo para disminuir la invasividad de procedimientos quirúrgicos en pacientes de difícil manejo.



0079 - REMODELADO INVERSO EN UNA SERIE DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA IDIOPÁTICA

Rodolfo Cristian Martin UTRERA | Bruno PERESSOTTI | Diego Julio Luis CORDERO | Adriana ANGEL | Manuel MORANCHEL | Juan Ignacio CORTE | Rogelio MACHADO | Jorge L. CUROTTO GRASIOSI / HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: el tratamiento farmacológico óptimo y la resincronización cardíaca en la insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección reducida por miocardiopatía dilatada idiopática son efectivos y favorecen el remodelado inverso estructural y funcional del ventrículo izquierdo en un determinado número de pacientes (ptes), pero su incidencia y significado pronóstico no está claro. El objetivo del presente trabajo fue estudiar una población de ptes con miocardiopatía dilatada idiopática evaluando la aparición del remodelado inverso del ventrículo izquierdo y analizar su relación con el pronóstico clínico. **Materiales y Métodos:** a partir de una población de 363 ptes en seguimiento en la unidad de insuficiencia cardíaca, se analizaron a 66 ptes con diagnóstico de miocardiopatía idiopática. Se consideró al remodelado inverso del ventrículo izquierdo como un incremento de 10 puntos absolutos en la fracción de eyección o bien la reducción de al menos un 10% del volumen telesistólico del ventrículo izquierdo en el seguimiento. La función sistólica se estableció por ecocardiografía según las guías de la Sociedad Europea de Cardiología. Grupo 1=remodelado inverso vs. Grupo 2= no remodelado. Se compararon: edad, sexo, clase funcional (CF) de la New York Heart Association, bloqueo completo de rama izquierda, fibrilación auricular, resincronización cardíaca, IECA/ARA II, betabloqueantes, antidiuréticos, y variables ecocardiográficas. Durante el seguimiento se evaluó la aparición del evento combinado (muerte/internación/trasplante) comparando Grupo 1 vs. Grupo 2. Mediana de seguimiento: 3,49 años (Q25-75 = 2,33-7,30 años). **Resultados:** Grupo 1 - 49 ptes (74%) vs. Grupo 2 - 17 ptes (26%). Se observó: edad: 48 ± 7 vs. 49 ± 6 , masculinos: 59% vs. 64%, CF I: 14% vs. 15%, CF II: 48% vs. 46%, CF III: 38% vs. 39%, bloqueo completo de rama izquierda: 16% vs. 17%, fibrilación auricular: 34% vs. 29%, resincronización cardíaca: 10% vs. 11%, betabloqueantes: 76% vs. 70%, antidiuréticos: 27% vs. 24%, todas $p = ns$. En la tabla se muestran los valores ecocardiográficos basales y en el seguimiento. Se observó una mayor proporción de pacientes que alcanzaron la dosis objetivo de IECA/ARA II en el grupo que experimentó remodelado inverso (91% vs. 64%, $p = 0,014$). En el grupo que no remodeló, 10 de 17 ptes (59%) presentaron la variable combinada muerte, trasplante o ingreso por IC, frente a 6 de 49 ptes (12%) en el grupo que sí remodeló (RR: 4,8 IC95%: 2,06-11,22 $p < 0,0001$). **Conclusiones:** el 74% de esta serie de ptes con miocardiopatía dilatada idiopática avanzada presentó remodelado inverso del ventrículo izquierdo y esto se tradujo en una mejoría del pronóstico con una reducción significativa del riesgo relativo de muerte, necesidad de trasplante cardíaco o ingreso por IC.

Grupo 1= 49			
F. de eyección	23±6	36±7	$p < 0,0001$
Vol. telediastólico	230±85	160±47	$p < 0,0001$
Vol. telesistólico	166±55	91±45	$p < 0,0001$
Grupo 2= 17			
F. de eyección	24±4	25±3	= 0,416
Vol. telediastólico	262±61	281±83	= 0,453
Vol. telesistólico	198±57	211±62	= 0,529

0085 - IMPORTANCIA DE LA CONSULTA PREVIA AL ALTA EN LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

Claudia Veronica VILLARREAL | Bruno PERESSOTTI | Diego Julio Luis CORDERO | Adriana ANGEL | Jorge DELGADO | Ana María NIGRO | Marcelo DAK | Jorge L. CUROTTO GRASIOSI / HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: el porcentaje de reingresos durante el primer año luego del alta de pacientes (ptes) con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (IC) es elevado según las series publicadas. El objetivo de este estudio fue analizar si una consulta previa al alta con el equipo de la unidad de IC reduce la tasa de reingresos al año en ptes con IC. **Materiales y Métodos:** se analizaron todos los ptes ingresados en el hospital por IC durante el periodo 2008 a 2015 ($n = 327$). De los que se externaban, de manera aleatorizada, a un grupo se le otorgó la primera consulta para la unidad de IC entre los 15 y 30 días posteriores al alta ($G1 = 164$) y a otro grupo se le efectuó una consulta en la unidad de IC previa al alta ($G2 = 163$). Al G2 se le realizó una entrevista educativa de su enfermedad y se le explicó el manejo del peso, de la ingesta de líquidos y del tratamiento farmacológico y no farmacológico. Además, se le suministró los teléfonos directos de la unidad así como los teléfonos y los correos electrónicos de los médicos tratantes. El seguimiento posterior de este grupo fue bimестral. Al G1 se le realizó la misma entrevista educativa y se le explicó el manejo del peso, de la ingesta de líquidos y del tratamiento farmacológico y no farmacológico en su primera consulta, pero no se le suministró los medios de contacto, sólo realizaron los controles en la unidad en las fechas otorgadas, que fue mensual. **Resultados:** al comparar G1 vs. G2 encontramos: edad: 68 ± 14 vs. 66 ± 13 , masculinos: 72% vs. 79%, clase funcional (CF) I: 10% vs. 17%, CF II: 46% vs. 44%, CF III: 43% vs. 39%, fracción de eyección: $28,1 \pm 14$ vs. $26,3 \pm 12$, etiología coronaria: 48% vs. 49%, fibrilación auricular: 24% vs. 20%, diabetes: 40% vs. 49%, hipertensión arterial: 71% vs. 68%, tabaquistas: 12% vs. 14%, dislipidemia: 45% vs. 50%, bloqueo completo de rama izquierda: 23% vs. 21%, insuficiencia renal crónica: 28% vs. 21%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica: 19% vs. 14%, IECA/ARA II 93% vs. 92%, betabloqueantes: 86% vs. 88%, antidiuréticos 41% vs. 45%, todas $p = ns$. En G1, la tasa de reingreso por IC al año fue de 18% y la de G2 de 8% (RR 0,44, IC95% 0,24-0,81; RRR 56%, IC95% 19,47%-76,40%; $p < 0,0001$) y mortalidad de 5% vs. 2%, respectivamente ($p = ns$). Durante los primeros 12 meses después del alta, el G2 realizó 206 llamadas telefónicas. **Conclusiones:** una consulta externa específica de soporte al alta y comunicación directa con los médicos tratantes de los ptes con IC ha permitido reducir en nuestra población un 56% el riesgo relativo de reingreso por todas las causas al año del alta.

0119 - RELEVANCIA CLÍNICA DEL AUMENTO AISLADO DE LA CREATININA EN INTERNACIONES POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA DESCOMPENSADA

Andrés José BILBAO | Pablo Alejandro KLIN | Luis María GUTIERREZ | Carola ZAMBRANO | Federico ZEPPA | Pablo RAFFAELE | Francisco KLEIN / FUNDACIÓN FAVOROLO

Objetivos: Los pacientes (P) internados por insuficiencia cardíaca aguda descompensada (ICAD) pueden desarrollar deterioro de la función renal durante la internación. Esta entidad se denomina síndrome cardiorenal y su desarrollo se relaciona con peor pronóstico. Sin embargo, no queda claro si el pronóstico afecta a todos los P con SCR por igual o si se pudiera identificar algún grupo con peor evolución. Nuestro objetivo fue evaluar el impacto en el pronóstico de P internados por ICAD que evolucionan con aumento aislado de la creatinina plasmática (Cr-pl) > 0.3 mg/dl. **Materiales y Métodos:** Comparamos las características y evolución de P internados por ICAD sin RD, dividiéndolos en 2 grupos: a) P que no mostraron elevación de la Cr-pl; b) aquellos que presentaron elevación de Cr-pl > 0.3 mg/dl con respecto al ingreso (elevCr). Se definió como RD a la imposibilidad de alcanzar una diuresis >1.5 ml/kg/hora en función de un protocolo pre-establecido: bolo inicial de furosemida EV de 40 mg, seguido infusión continua de 5 mg/h durante 2 horas. En caso de no lograr el objetivo, la dosis se duplicó durante 2 horas más. La falta de respuesta a esta estrategia se llamó "resistencia diurética". Analizamos variables demográficas, bioquímicas y clínicas, así como tratamiento al ingreso y evolución durante la internación, a 6 meses y 12 meses. Se excluyó del análisis a P que recibieron trasplante cardíaco o se encontraban en diálisis crónica. **Resultados:** Un total de 827 P fueron internados en forma consecutiva entre Julio 2011 y Abril 2016. Al ingreso, 30.5% P presentaba insuficiencia renal previa, 71% hipertensión arterial, 28% diabetes y 36.5% fibrilación auricular. El 31% eran octogenarios. Mientras 419 (50.7%) P no desarrollaron disfunción renal durante la internación, 209 (25.3%) P tuvieron elevCr. La mortalidad hospitalaria alcanzó el 11%. Los P que elevCr fueron más añosos (74 vs 70 años; $p < 0.01$), ingresaron con cifras tensionales mayores (142/81 vs 133/78 mmHg; $p < 0.01$) y cifras de urea y Cr pl mayores (58/1.3 vs 48/1.05 mg/dl respectivamente; $p < 0.001$), independientemente del género. No se detectaron diferencias en la función ventricular (fracción de eyección del ventrículo izquierdo 42% en ambos casos) ni de la cardiopatía de base, si bien los P con elevCr tenían menores presiones pulmonares (presión sistólica del ventrículo derecho 45 vs 48 mmHg; $p = 0.05$) y mayor presión intra-abdominal (14.9 vs 10.6 cmH₂O; $p = 0.03$). Los signos clínicos de hipoperfusión se evidenciaron con más frecuencia en los P que sin elevCr (6.2 vs 2.5%; $p = 0.04$), mientras que las evidencias de congestión sistémica y pulmonar no difirieron entre ambos grupos. Si bien los P con elevCr requirieron inotrópicos menos frecuentemente (6.2 vs 12.9%; $p = 0.01$), no se observaron diferencias en la incidencia del empeoramiento de la ICAD, ni en la duración de la internación (6 vs 5 días; $p = NS$). No hubo diferencias en las dosis de furosemida al ingreso, al egreso, ni durante las primeras 72 hs. Los P con elevCr fueron dados de alta con menor frecuencia con antidiuréticos (14.8 vs 23.9%; $p < 0.01$), más P requirieron discontinuar los inhibidores del sistema renina-aldosterona (32.1 vs 14.9%; $p < 0.001$) mientras que aumentó el uso alternativo de la asociación hidralazina/nitratos (20.6 vs 3.9%; $p < 0.001$). No hallamos diferencias en la mortalidad ni re-internaciones a 1, 6 y 12 meses. **Conclusiones:** El aumento aislado de Creatinina plasmática fue prevalente en la población. Su desarrollo no tuvo impacto en el pronóstico a corto y mediano plazo, pero motivó cambios en la terapia farmacológica al alta, con una menor tasa de uso de fármacos que disminuyen la tasa de eventos a largo plazo en esta población.

0138 - EMPEORAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA: ES TODO LO MISMO?

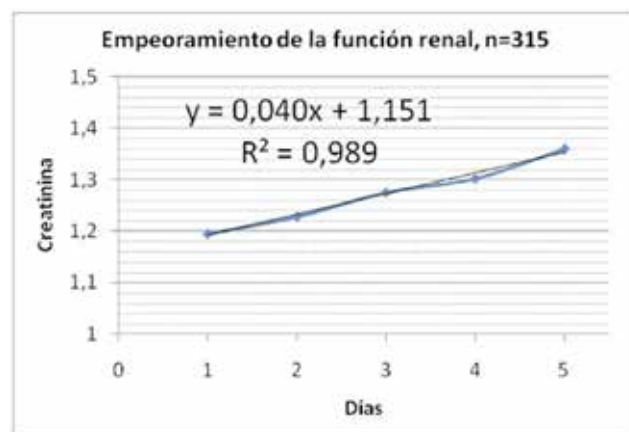
Pablo Alejandro KLIN | Carola ZAMBRANO | Federico ZEPPA | Andrés BILBAO | Francisco KLEIN / FUNDACIÓN FAVOROLO

Objetivos: El empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (EIC) es una medida de la evolución de los pacientes (P) internados por insuficiencia cardíaca aguda descompensada (ICAD) que no ha sido estudiado en forma completa. Su desarrollo identifica a un grupo de P con mal pronóstico. La definición de EIC incluye tanto a P que sufren un deterioro de su condición hemodinámica en forma progresiva a pesar del inicio precoz del tratamiento endovenoso (EV) con fármacos vasoactivos, como a aquellos con signos y síntomas recurrentes luego que la terapia EV fuera discontinuada. No se ha descrito hasta el momento si ambos subgrupos tienen un pronóstico similar o no. Nuestro objetivo fue comparar el pronóstico de P con diferentes formas de presentación del EIC. **Materiales y Métodos:** Se definió al EIC en la etapa hospitalaria como la presencia de síntomas y signos de insuficiencia cardíaca que requirieron de terapia EV de rescate. Si el EIC se presentó en forma progresiva a pesar del inicio precoz del tratamiento EV, fue identificado como PROGRESIVO; mientras que en aquellos P en los que el EIC se presentó como RECURRENTE, los signos y síntomas correspondientes a la ICAD reaparecieron una vez que la terapia EV se había discontinuado. Se compararon datos bioquímicos, clínicos y bioquímicos. Se reportó la evolución durante las etapas hospitalaria, luego del alta y a los 180 días. Se excluyó de este análisis a aquellos P que recibieron un trasplante cardíaco. **Resultados:** Un total de 781 P se internaron debido a ICAD en forma consecutiva entre Julio de 2011 y Enero de 2016. Noventa y siete P (12.4%) evolucionaron con EIC. Sesenta de ellos (61%) correspondieron al grupo PROGRESIVO, mientras que 38 P (39%) al RECURRENTE. Si bien ambos grupos no difirieron en cuanto a género, signos vitales al ingreso, comorbilidades o función ventricular, los P del grupo RECURRENTE fueron más añosos (74 vs 64 años; $p = 0.001$) y presentaron evidencias clínicas de congestión pulmonar más frecuentemente al ingreso (55.3 vs 30.5%; $p = 0.02$), mientras que las sugestivas de hipoperfusión fueron más frecuentes en el PROGRESIVO (47.5 vs 15.8%; $p = 0.002$). Asimismo, estos P recibían dosis más elevadas de Furosemida previo a su internación (82 vs 42 mg/día; $p = 0.001$). Se registró asociación entre aquellos P con miocardiopatía dilatada idiopática y el grupo RECURRENTE (16.1 vs 0%; $p < 0.01$). La duración de la internación fue similar en ambos casos ($p = NS$). Las complicaciones durante la etapa hospitalaria fueron observadas más frecuentemente en el grupo PROGRESIVO, incluyendo a la resistencia a los diuréticos (43 vs 18.9%; $p = 0.01$). La mortalidad en el grupo de P con EIC PROGRESIVO fue mayor tanto durante la internación (55.9 vs 15.8%; $p < 0.001$; OR 6.8; IC95% 2.5-18) como en el seguimiento a 6 meses (71 vs 39.5%; OR 3.8; IC95% 1.6-9; $p = 0.003$). La tasa de reinternación a 30 días tendió a ser superior en RECURRENTE (27 vs 11.9%; $p = 0.09$), mientras que a 6 meses fue mayor en RECURRENTE (48.6 vs 25.4%; OR 2.8; IC95% 1.16-6 $p = 0.02$). **Conclusiones:** El empeoramiento de la insuficiencia cardíaca fue prevalente en P internados por síndromes de insuficiencia cardíaca aguda. El fenotipo PROGRESIVO se caracterizó por peor evolución a corto y mediano plazo, mientras que el RECURRENTE se presentó en P más añosos, con decongestión insuficiente y determinó reinternaciones más frecuentes.

0278 - EMPEORAMIENTO DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

Ezequiel José ZAIDEL | Cristian Nicolás PIGNATARO | José Miguel PICCO | Horacio Germán CESTARI | Ricardo VILLARREAL | María Inés SOSA LIPRANDI | Eduardo MELE | Alvaro SOSA LIPRANDI / SANATORIO GÜEMES

Objetivos: En el tratamiento de la insuficiencia cardíaca (IC) descompensada es habitual observar un deterioro en la función renal en un gran porcentaje de individuos, y probablemente dicha injuria sea determinante del pronóstico adverso a mediano plazo. El objetivo de este estudio fue describir la prevalencia de empeoramiento de la función renal (EFR) en pacientes hospitalizados por IC, y evaluar predictores de la aparición de la misma. **Materiales y Métodos:** Registro de pacientes consecutivos hospitalizados por IC descompensada en un único centro de la ciudad de Buenos Aires durante dos años consecutivos. Se analizaron las características basales de la población, datos de los estudios complementarios, y los niveles de creatinina y urea de cada paciente en la admisión y en forma diaria hasta el egreso hospitalario. Se definió EFR al incremento >0.3 mg/dL en los valores de creatinina o más de 1.5 veces con respecto del basal, de acuerdo al criterio AKIN (Acute Kidney Injury Network). La etiología principal de la IC fue adjudicada por el investigador principal en forma ciega en función de los antecedentes y estudios complementarios. El análisis estadístico fue el convencional para estadística descriptiva y comparativa, y se evaluó la variación en los niveles de creatinina mediante regresión lineal simple con el estadístico R². Se realizó un análisis de regresión logística multivariable para evaluar predictores independientes de EFR. Se consideró significativo un valor de $P < 0.05$ (para el análisis multivariable: $p < 0.1$), y se utilizó el programa Epi Info 2000*. **Resultados:** Se registraron 353 pacientes consecutivos. La mediana de edad fue 75 años (IC 67-85) y 54% eran de sexo masculino. Las etiologías más frecuentes fueron isquémica (30%), hipertensiva (29%) y valvular (21%). El 50% de los pacientes tenían IC con función ventricular preservada. La mediana de internación fue 8 días (5-12) y la mortalidad intrahospitalaria fue 12.7%. Luego de excluir los casos con información incompleta, con diálisis previa, o aquellos pacientes aleatorizados para ensayos clínicos ciegos, permanecieron para el análisis de la función renal 315 individuos. De ellos, 111 (35.7%) presentaron EFR. Los niveles de creatinina en el promedio de los 5 días fueron 1.19, 1.22, 1.27, 1.30, y 1.35 mg/dL, respectivamente ($R^2 = 0.98$, figura 1). La tasa de depuración de creatinina basal fue 66 ml/min/1.73m² (± 24). En el análisis univariado, cinco factores presentaron una tendencia a asociación con el EFR: Edad (mediana 75 vs 72 años), etiología isquémica (34% en EFR vs 25%, al compararlo con otras etiologías), uso previo de IECA (44 vs 36%), fracción de eyección normal (FEy >55%, 42 vs 37%), mientras que el uso previo de antagonistas del receptor de angiotensina tuvo una tendencia a protección (20% EFR vs 25%) (en todos los casos $p < 0.1$). Dichos factores se incluyeron en el análisis de regresión logística múltiple, evidenciando que la etiología isquémica de la IC fue el único factor independiente relacionado con el EFR (OR 1.74; IC95%: 1.03-3.00, $p = 0.042$). **Conclusiones:** La prevalencia de EFR en pacientes hospitalizados por IC descompensada es elevada (35%). La etiología isquémica de la IC fue el único predictor independiente de EFR.



0453 - PREVALENCIA DE LA INSUFICIENCIA DE SARCOMENIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

Agustina FORNÉS | Adriana ACOSTA | Ruth HENQUIN | Roberto CAMPOS | María Luján TALAVERA | Victoria REBAGLIATTI | Marcelo TRIVI | Mirta DIEZ / ICBA

Objetivos: Determinar la prevalencia de sarcopenia en una población de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) crónica y determinar los factores asociados para aumentar el nivel de sospecha y diagnóstico precoz. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron prospectiva y consecutivamente 100 pacientes con diagnóstico de IC crónica estables y tratamiento médico óptimo al menos 90 días previos al ingreso. Se realizó laboratorio, eco doppler color cardíaco, caminata de seis minutos (C6M) y antropometría. Se dividió a la población en 2 grupos (grupo 1= sarcopénicos, grupo 2= no sarcopénicos) según cumplieran criterios de sarcopenia: disminución de la masa muscular (evaluada por circunferencia de pantorrilla y circunferencia muscular media del brazo) + reducción de la fuerza muscular (medida por handgrip) y/o menor rendimiento físico (objetivado por gait speed). **Resultados:** La prevalencia de sarcopenia fue 41%. La edad media de la población fue de 69±11 años, Fey 35% (RIC 28-42), CF I-II 73 %, (características de la población ver tabla 1). Entre el grupo 1 y 2 se observaron diferencias significativas en edad 72±10 vs 65,7±12 $p = 0.005$, CF III 16 pacientes (p) (39%) vs 10 p (17%) $p = 0.01$, Fey >45% 4 p (10%) vs 15 p (26%) $p = 0.04$, Troponina T 34 ng/l (13-51) vs 18 ng/l (RIC 11-28) $p = 0.02$, BNP 273 pg/ml (RIC 138-812) vs 115pg/ml (RIC 40-348) $p = 0.01$, C6M 315 metros (RIC 216-380) vs 398 metros (RIC 291-418) $p = 0.01$, tiempo de evolución de la enfermedad > 10años 11 p (27%) vs 7 p (11.8%) $p = 0.03$, ClCr >60 ml/min/1,73 m² 10 p (24,3%) vs 29(49%) $p = 0.01$ y tratamiento con antidiuréticos 68 % vs 86% $p = 0.03$. En el análisis de regresión logística, las variables que se asociaron independientemente a sarcopenia fueron: troponina T= OR 1.03 IC 95 % 1.0-1.06 $p = 0.026$, Fey OR=93 IC 95 % .88-.99 $p = 0.027$ y la prueba de C6M OR= 0.99 IC 95 % .98-.99 $p = 0.03$. **Conclusiones:** La prevalencia de sarcopenia en pacientes con IC crónica fue elevada. Se asoció a marcadores de riesgo como disminución de la función del ventrículo izquierdo, aumento de la troponina T y deterioro de la clase funcional.

Variable n (%)	Población total N=100	Sarcopénicos N=41 (41%)	No sarcopénicos N=59 (59%)	P
Edad media ± DE (años)	69.4±11	72 ±10	65.7 ± 12	0.005
Sexo masculino	78 (78)	32 (78)	46 (77.6)	ns
Hta	67 (67)	30 (73)	37 (63)	ns
Dot	25 (25)	11 (27)	14 (25)	ns
FA	34(37)	16(39)	21(36)	ns
Epoc	5(5)	3 (8)	2 (4)	ns
Disfunción tiroidea	20(20)	11(30)	9(16)	ns
CF III	26 (26)	16(39)	10(17)	0.01
Internación año previo	42(42)	22(54)	20(34)	ns
Etiología isquémica	53(53)	24 (61)	29 (50)	ns
IMC	28±4	26±4	28±5	0.06
Tiempo de evolución de la enfermedad > 10años %	18	11 (28)	7 (11)	0.03
ECOCARDIOGRAMA D.				
FEV >45% (%)	19(19)	4 (10)	15 (26)	0.04
IM	31(31)	16 (39)	15 (25)	ns
BIOMARCADORES				
Troponina I (ng/L mediana (RIC))	21 (12-39)	34 (13-51)	18 (11-28)	0.02
Bnp pg/ml mediana (RIC)	156 (53-437)	273 (138-612)	115 (46-346)	0.01
Deficit de hierro	43(47)	20 (50)	27 (45)	ns
LABORATORIO				
Hemoglobina gr/l	12±1	12±1.8	12±1.2	ns
Albumina gr/dl	4.3(4.4-4.1)	4.2 (4.3-4.1)	4.3 (4.4-4.1)	ns
Testosterona T ng/ml	2.5 (2.2-5.2)	3.4 (2.2-5.5)	2.8 (2.4-5.5)	ns
ICr>60 ml/min/1.73 m2 (%)	39(39)	10 (24)	29(50)	0.01
Prueba de la CGM (inervia)	379(210-432)	315 (216-380)	390 (291-410)	0.01
TRATAMIENTO				
Betabloqueantes	97(97)	39 (95)	58 (98)	ns
IECA/ARAII	70(70)	28 (69)	42 (72)	ns
Antialdosterónicos	79(79)	28 (68)	51 (86)	0.03
CDU/CRT n (%)	53 (53)	22 (53.6)	30 (51.7)	ns

0079 - REMODELADO INVERSO EN UNA SERIE DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA IDIOPÁTICA

Rodolfo Cristian Martín UTRERA | Bruno PERESSOTTI | Diego Julio Luis CORDERO | Adriana ANGEL | Manuel MORANCHEL | Juan Ignacio CORTE | Rogelio MACHADO | Jorge L. CUROTTO GRASIOSI / HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: el tratamiento farmacológico óptimo y la resincronización cardíaca en la insuficiencia cardíaca (IC) con fracción de eyección reducida por miocardiopatía dilatada idiopática son efectivos y favorecen el remodelado inverso estructural y funcional del ventrículo izquierdo en un determinado número de pacientes (ptes), pero su incidencia y significado pronóstico no está claro. El objetivo del presente trabajo fue estudiar una población de ptes con miocardiopatía dilatada idiopática evaluando la aparición del remodelado inverso del ventrículo izquierdo y analizar su

relación con el pronóstico clínico. Materiales y Métodos: a partir de una población de 363 ptes en seguimiento en la unidad de insuficiencia cardíaca, se analizaron a 66 ptes con diagnóstico de miocardiopatía idiopática. Se consideró al remodelado inverso del ventrículo izquierdo como un incremento de 10 puntos absolutos en la fracción de eyección o bien la reducción de al menos un 10% del volumen telesistólico del ventrículo izquierdo en el seguimiento. La función sistólica se estableció por ecocardiografía según las guías de la Sociedad Europea de Cardiología. Grupo 1=remodelado inverso vs. Grupo 2= no remodelado. Se compararon: edad, sexo, clase funcional (CF) de la New York Heart Association, bloqueo completo de rama izquierda, fibrilación auricular, resincronización cardíaca, IECA/ARA II, betabloqueantes, antialdosterónicos, y variables ecocardiográficas. Durante el seguimiento se evaluó la aparición del evento combinado (muerte/internación/trasplante) comparando Grupo 1 vs. Grupo 2. Mediana de seguimiento: 3,49 años (Q25-75 = 2,33-7,30 años). Resultados: Grupo 1 - 49 ptes (74%) vs. Grupo 2 - 17 ptes (26%). Se observó: edad: 48±7 vs. 49±6, masculinos: 59% vs. 64%, CF I: 14% vs. 15%, CF II: 48% vs. 46%, CF III: 38% vs. 39%, bloqueo completo de rama izquierda: 16% vs. 17%, fibrilación auricular: 34% vs. 29%, resincronización cardíaca: 10% vs. 11%, betabloqueantes: 76% vs. 70%, antialdosterónicos: 27% vs. 24%, todas p=ns. En la tabla se muestran los valores ecocardiográficos basales y en el seguimiento. Se observó una mayor proporción de pacientes que alcanzaron la dosis objetivo de IECA/ARA II en el grupo que experimentó remodelado inverso (91% vs. 64%, p=0,014). En el grupo que no remodeló, 10 de 17 ptes (59%) presentaron la variable combinada muerte, trasplante o ingreso por IC, frente a 6 de 49 ptes (12%) en el grupo que sí remodeló (RR: 4,8 IC95%: 2,06-11,22 p < 0,0001). Conclusiones: el 74% de esta serie de ptes con miocardiopatía dilatada idiopática avanzada presentó remodelado inverso del ventrículo izquierdo y esto se tradujo en una mejoría del pronóstico con una reducción significativa del riesgo relativo de muerte, necesidad de trasplante cardíaco o ingreso por IC.

Grupo 1= 49			
F. de eyección	23±6	36±7	p<0,0001
Vol. telediastólico	230±85	160±47	p<0,0001
Vol. telesistólico	166±55	91±45	p<0,0001
Grupo 2= 17			
F. de eyección	24±4	25±3	= 0,416
Vol. telediastólico	262±61	281±83	= 0,453
Vol. telesistólico	198±57	211±62	= 0,529

0085 - IMPORTANCIA DE LA CONSULTA PREVIA AL ALTA EN LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

Claudia Veronica VILLARREAL | Bruno PERESSOTTI | Diego Julio Luis CORDERO | Adriana ANGEL | Jorge DELGADO | Ana María NIGRO | Marcelo DAK | Jorge L. CUROTTO GRASIOSI / HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: el porcentaje de reingresos durante el primer año luego del alta de pacientes (ptes) con diagnóstico de insuficiencia cardíaca (IC) es elevado según las series publicadas. El objetivo de este estudio fue analizar si una consulta previa al alta con el equipo de la unidad de IC reduce la tasa de reingresos al año en ptes con IC. Materiales y Métodos: se analizaron todos los ptes ingresados en el hospital por IC durante el periodo 2008 a 2015 (n=327). De los que se externaban, de manera aleatorizada, a un grupo se le otorgó la primera consulta para la unidad de IC entre los 15 y 30 días posteriores al alta (G1=164) y a otro grupo se le efectuó una consulta en la unidad previa al alta (G2=163). Al G2 se le realizó una entrevista educativa de su enfermedad y se le explicó el manejo del peso, de la ingesta de líquidos y del tratamiento farmacológico y no farmacológico. Además, se le suministró los teléfonos directos de la unidad así como los teléfonos y los correos electrónicos de los médicos tratantes. El seguimiento posterior de este grupo fue bimestral. Al G1 se le realizó la misma entrevista educativa y se le explicó el manejo del peso, de la ingesta de líquidos y del tratamiento farmacológico y no farmacológico en su primera consulta, pero no se les suministró los medios de contacto, sólo realizaron los controles en la unidad en las fechas otorgadas, que fue mensual. Resultados: al comparar G1 vs. G2 encontramos: edad: 68±14 vs. 66±13, masculinos: 72% vs. 79%, clase funcional (CF) I: 10% vs. 17%, CF II: 46% vs. 44%, CF III: 43% vs. 39%, fracción de eyección: 28,1±14 vs. 26,3±12, etiología coronaria: 48% vs. 49%, fibrilación auricular: 24% vs. 20%, diabetes: 40% vs. 49%, hipertensión arterial: 71% vs. 68%, tabaquistas: 12% vs. 14%, dislipidemia: 45% vs. 50%, bloqueo completo de rama izquierda: 23% vs. 21%, insuficiencia renal crónica: 28% vs. 21%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica: 19% vs. 14%, IECA/ARA II 93% vs. 92%, betabloqueantes: 86% vs. 88%, antialdosterónicos 41% vs. 45%, todas p=ns. En G1, la tasa de reingreso por IC al año fue de 18% y la de G2 de 8% (RR 0,44, IC95% 0,24-0,81; RRR 56%, IC95% 19,47%-76,40%; p<0,0001) y mortalidad de 5% vs. 2%, respectivamente (p=ns). Durante los primeros 12 meses después del alta, el G2 realizó 206 llamadas telefónicas. Conclusiones: una consulta externa específica de soporte al alta y comunicación directa con los médicos tratantes de los ptes con IC ha permitido reducir en nuestra población un 56% el riesgo relativo de reingreso por todas las causas al año del alta.

0119 - RELEVANCIA CLÍNICA DEL AUMENTO AISLADO DE LA CREATININA EN INTERNACIONES POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA DESCOMPENSADA

Andrés José BILBAO | Pablo Alejandro KLIN | Luis María GUTIERREZ | Carola ZAMBRANO | Federico ZEPPA | Pablo RAFFAELE | Francisco KLEIN / UNDAIÓN FAVALORO

Objetivos: Los pacientes (P) internados por insuficiencia cardíaca aguda descompensada (ICAD) pueden desarrollar deterioro de la función renal durante la internación. Esta entidad se denomina síndrome cardiorenal y su desarrollo se relaciona con peor pronóstico. Sin embargo, no queda claro si el pronóstico afecta a todos los P con SCR por igual o si se pudiera identificar algún grupo con peor evolución. Nuestro objetivo fue evaluar el impacto en el pronóstico de P internados por ICAD que evolucionan con aumento aislado de la creatinina plasmática (Cr-pl) > 0.3 mg/dl. Materiales y Métodos: Comparamos las características y evolución de P internados por ICAD sin RD, dividiéndolos en 2 grupos: a) P que no mostraron elevación de la Cr-pl; b) aquellos que presentaron elevación de Cr-pl > 0.3 mg/dl con respecto al ingreso (elevCr). Se definió como RD a la imposibilidad de alcanzar una diuresis > 1.5 ml/kg/hora en función de un protocolo pre-establecido: bolo inicial de furosemida EV de 40 mg, seguido infusión continua de 5 mg/h durante 2 horas. En caso de no lograr el objetivo, la dosis se duplicó durante 2 horas más. La falta de respuesta a esta estrategia se llamó "resistencia diurética". Analizamos variables demográficas, bioquímicas y clínicas, así como tratamiento al ingreso y evolución durante la internación, a 6 meses y 12 meses. Se excluyó del análisis a P que recibieron trasplante cardíaco o se encontraban en diálisis crónica. Resultados: Un total de 827 P fueron internados en forma consecutiva entre Julio 2011 y Abril 2016. Al ingreso, 30,5% P presentaba insuficiencia renal previa, 71% hipertensión arterial, 28% diabetes y 36,5% fibrilación auricular. El 31% eran octogenarios. Mientras 419 (50,7%) P no desarrollaron disfunción renal durante la internación, 209 (25,3%) P tuvieron elevCr. La mortalidad hospitalaria alcanzó el 11%. Los P que elevCr fueron más ancianos (74 vs 70 años; p<0,01), ingresaron con cifras tensionales mayores (142/81 vs 133/78 mmHg; p< 0,01) y cifras de urea y Cr pl mayores (58/1.3 vs 48/1.05 mg/dl respectivamente; p< 0,001), independientemente del género. No se detectaron diferencias en la función ventricular (fracción de eyección del ventrículo izquierdo 42% en ambos casos) ni de la cardiopatia de base, si bien los P con elevCr tenían menores presiones pulmonares (presión sistólica del ventrículo derecho 45 vs 48 mmHg; p= 0,05) y mayor presión intra-abdominal (14,9 vs 10,6 cmH2O; p= 0,03). Los signos clínicos de hipoperfusión se evidenciaron con más frecuencia en los P que sin elevCr (6,2 vs 2,5%; p= 0,04), mientras que las evidencias de congestión sistémica y pulmonar no difirieron entre ambos grupos. Si bien los P con elevCr requirieron inotrópicos menos frecuentemente (6,2 vs 12,9%; p= 0,01), no se observaron diferencias en la incidencia del empeoramiento de la ICAD, ni en la duración de la internación (6 vs 5 días; p=NS). No hubo diferencias en las dosis de furosemida al ingreso, al egreso, ni durante las primeras 72 hs. Los P con elevCr fueron dados de alta con menor frecuencia con antialdosterónicos (14,8 vs 23,9%; p< 0,01), más P requirieron discontinuar los inhibidores del sistema renina-aldosterona (32,1 vs 14,9%; p< 0,001) mientras que aumentó el uso alternativo de la asociación hidralazina/nitratos (20,6 vs 3,9%; p< 0,001).

No hallamos diferencias en la mortalidad ni re-internaciones a 1, 6 y 12 meses. Conclusiones: El aumento aislado de Creatinina plasmática fue prevalente en la población. Su desarrollo no tuvo impacto en el pronóstico a corto y mediano plazo, pero motivó cambios en la terapia farmacológica al alta, con una menor tasa de uso de fármacos que disminuyen la tasa de eventos a largo plazo en esta población.

0138 - EMPEORAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA: ES TODO LO MISMO ?

Pablo Alejandro KLIN | Carola ZAMBRANO | Federico ZEPPA | Andrés BILBAO | Francisco KLEIN | FUNDACIÓN FAVALORO

Objetivos: El empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (EIC) es una medida de la evolución de los pacientes (P) internados por insuficiencia cardíaca aguda descompensada (ICAD) que no ha sido estudiado en forma completa. Su desarrollo identifica a un grupo de P con mal pronóstico. La definición de EIC incluye tanto a P que sufren un deterioro de su condición hemodinámica en forma progresiva a pesar del inicio precoz del tratamiento endovenoso (EV) con fármacos vasoactivos, como a aquellos con signos y síntomas recurrentes luego que la terapia EV fuera discontinuada. No se ha descrito hasta el momento si ambos subgrupos tienen un pronóstico similar o no. Nuestro objetivo fue comparar el pronóstico de P con diferentes formas de presentación del EIC. Materiales y Métodos: Se definió al EIC en la etapa hospitalaria como la presencia de síntomas y signos de insuficiencia cardíaca que requirieron de terapia EV de rescate. Si el EIC se presentó en forma progresiva a pesar del inicio precoz del tratamiento EV, fue identificado como PROGRESIVO; mientras que en aquellos P en los que el EIC se presentó como RECURRENTE, los signos y síntomas correspondientes a la ICAD reaparecieron una vez que la terapia EV se había discontinuado. Se compararon datos bioquímicos, clínicos y bioquímicos. Se reportó la evolución durante las etapas hospitalaria, luego del alta y a los 180 días. Se excluyó de este análisis a aquellos P que recibieron un trasplante cardíaco. Resultados: Un total de 781 P se internaron debido a ICAD en forma consecutiva entre Julio de 2011 y Enero de 2016. Noventa y siete P (12.4%) evolucionaron con EIC. Sesenta de ellos (61%) correspondieron al grupo PROGRESIVO, mientras que 38 P (39%) al RECURRENTE. Si bien ambos grupos no difirieron en cuanto a género, signos vitales al ingreso, comorbilidades o función ventricular, los P del grupo RECURRENTE fueron más añosos (74 vs 64 años; $p=0.001$) y presentaron evidencias clínicas de congestión pulmonar más frecuentemente al ingreso (55.3 vs 30.5%; $p=0.02$), mientras que las sugestivas de hipoperfusión fueron más frecuentes en el PROGRESIVO (47.5 vs 15.8%; $p=0.002$). Asimismo, estos P recibían dosis más elevadas de Furosemida previo a su internación (82 vs 42 mg/día; $p=0.001$). Se registró asociación entre aquellos P con miocardiopatía dilatada idiopática y el grupo RECURRENTE (16.1 vs 0%; $p<0.01$). La duración de la internación fue similar en ambos casos ($p=NS$). Las complicaciones durante la etapa hospitalaria fueron observadas más frecuentemente en el grupo PROGRESIVO, incluyendo a la resistencia a los diuréticos (43 vs 18.9%; $p=0.01$). La mortalidad en el grupo de P con EIC PROGRESIVO fue mayor tanto durante la internación (55.9 vs 15.8%; $p<0.001$; OR 6.8; IC95% 2.5-18) como en el seguimiento a 6 meses (71 vs 39.5%; OR 3.8; IC95% 1.6-9; $p=0.003$). La tasa de reinternación a 30 días tendió a ser superior en RECURRENTE (27 vs 11.9%; $p=0.09$), mientras que a 6 meses fue mayor en RECURRENTE (48.6 vs 25.4%; OR 2.8; IC95% 1.16-6 $p=0.02$). Conclusiones: El empeoramiento de la insuficiencia cardíaca fue prevalente en P internados por síndromes de insuficiencia cardíaca aguda. El fenotipo PROGRESIVO se caracterizó por peor evolución a corto y mediano plazo, mientras que el RECURRENTE se presentó en P más añosos, con decongestión insuficiente y determinó reinternaciones más frecuentes.

0278 - EMPEORAMIENTO DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

Ezequiel José ZAIDEL | Cristian Nicolas PIGNATARO | José Miguel PICCO | Horacio Germán CESTARI | Ricardo VILLARREAL | María Inés SOSA LIPRANDI | Eduardo MELE | Alvaro SOSA LIPRANDI

Objetivos: En el tratamiento de la insuficiencia cardíaca (IC) descompensada es habitual observar un deterioro en la función renal en un gran porcentaje de individuos, y probablemente dicha injuria sea determinante del pronóstico adverso a mediano plazo. El objetivo de este estudio fue describir la prevalencia de empeoramiento de la función renal (EFR) en pacientes hospitalizados por IC, y evaluar predictores de la aparición de la misma. Materiales y Métodos: Registro de pacientes consecutivos hospitalizados por IC descompensada en un único centro de la ciudad de Buenos Aires durante dos años consecutivos. Se analizaron las características basales de la población, datos de los estudios complementarios, y los niveles de creatinina y urea de cada paciente en la admisión

y en forma diaria hasta el egreso hospitalario. Se definió EFR al incremento ≥ 0.3 mg/dL en los valores de creatinina o más de 1.5 veces con respecto del basal, de acuerdo al criterio AKIN (Acute Kidney Injury Network). La etiología principal de la IC fue adjudicada por el investigador principal en forma ciega en función de los antecedentes y estudios complementarios. El análisis estadístico fue el convencional para estadística descriptiva y comparativa, y se evaluó la variación en los niveles de creatinina mediante regresión lineal simple con el estadístico R2. Se realizó un análisis de regresión logística multivariable para evaluar predictores independientes de EFR. Se consideró significativo un valor de $p<0.05$ (para el análisis multivariable: $p<0.1$), y se utilizó el programa Epi Info 2000®. Resultados: Se registraron 353 pacientes consecutivos. La mediana de edad fue 75 años (RIC 67-85) y 54% eran de sexo masculino. Las etiologías más frecuentes fueron isquémica (30%), hipertensiva (29%) y valvular (21%). El 50% de los pacientes tenían IC con función ventricular preservada. La mediana de internación fue 8 días (5-12) y la mortalidad intrahospitalaria fue 12.7%. Luego de excluir los casos con información incompleta, con diálisis previa, o aquellos pacientes aleatorizados para ensayos clínicos ciegos, permanecieron para el análisis de la función renal 315 individuos. De ellos, 111 (35.7%) presentaron EFR. Los niveles de creatinina en el promedio de los 5 días fueron 1.19, 1.22, 1.27, 1.30, y 1.35 mg/dL, respectivamente ($R^2=0.98$, figura 1). La tasa de depuración de creatinina basal fue 66 mL/min/1.73m2 (± 24). En el análisis univariado, cinco factores presentaron una tendencia a asociación con el EFR: Edad (mediana 75 vs 72 años), etiología isquémica (34% en EFR vs 25%, al compararlo con otras etiologías), uso previo de IECA (44 vs 36%), fracción de eyección normal (FEy $>55\%$, 42 vs 37%), mientras que el uso previo de antagonistas del receptor de angiotensina tuvo una tendencia a protección (20% EFR vs 25%) (en todos los casos $p<0.1$). Dichos factores se incluyeron en el análisis de regresión logística múltiple, evidenciando que la etiología isquémica de la IC fue el único factor independiente relacionado con el EFR (OR 1.74; IC95%: 1.03-3.00, $p=0.042$). Conclusiones: La prevalencia de EFR en pacientes hospitalizados por IC descompensada es elevada (35%). La etiología isquémica de la IC fue el único predictor independiente de EFR.



0453 - PREVALENCIA Y PREDICTORES INDEPENDIENTES DE SARCOPENIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA

Agustina FORNÉS | Adriana ACOSTA | Ruth HENQUIN | Roberto CAMPOS | María Lujan TALAVERA | Victoria REBAGLIATI | Marcelo TRIVI | Mirta DIEZ | ICBA

Objetivos: Determinar la prevalencia de sarcopenia en una población de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) crónica y determinar los factores asociados para aumentar el nivel de sospecha y diagnóstico precoz. Materiales y Métodos: Se incluyeron prospectiva y consecutivamente 100 pacientes con diagnóstico de IC crónica estables y tratamiento médico óptimo al menos 90 días previos al ingreso. Se realizó laboratorio, eco doppler color cardíaco, caminata de seis minutos (C6M) y antropometría. Se dividió a la población en 2 grupos (grupo 1= sarcopénicos, grupo 2= no sarcopénicos) según cumplieran criterios de sarcopenia: disminución de la masa muscular (evaluada por circunferencia de pantorrilla y circunferencia muscular media del brazo) + reducción de la fuerza muscular (medida por handgrip) y/o menor rendimiento físico (objetivado por gait speed). Resultados: La prevalencia de sarcopenia fue 41%. La edad media de la población fue de 69 $\pm$ 11 años, Fey 35% (RIC 28-42), CF I-II 73 %, (características de la población ver tabla 1). Entre el grupo 1 y 2 se observaron diferencias significativas en edad 72 $\pm$ 10 vs 65,7 $\pm$ 12 $p=0.005$, CF III 16 pacientes (p) (39%) vs 10 p (17%) $p=0.01$, Fey $>45\%$ 4 p (10%) vs 15 p (26%) $p=0.04$, Troponina Tus 34 ng/l (13-51) vs 18 ng/l (RIC 11-28) $p=0.02$, BNP 273 pg/ml (RIC 138-812) vs 115pg/ml (RIC 40-348) $p=0.01$, C6M 315 metros (RIC 216-380) vs 398 metros (RIC 291-418) $p=0.01$, tiempo de evolución de la enfermedad > 10 años 11 p (27%) vs 7 p (11.8%) $p=0.03$, ClCr >60 mL/min/1.73 m2 10 p (24.3%) vs 29 (49%) $p=0.01$ y tratamiento con antiandrogénicos 68 % vs 86% $p=0.03$. En el análisis de regresión logística, las variables que se asociaron independientemente a sarcopenia fueron: troponina T= OR 1.03 IC 95 % 1.0-1.06 $p=0.026$, Fey OR=93 IC 95 % .88-.99 $p=0.027$ y la prueba de C6M OR= 0.99 IC 95 % .98-.99 $p=0.03$. Conclusiones: La prevalencia de sarcopenia en pacientes con IC crónica fue elevada. Se asoció a marcadores de riesgo como disminución de la función del ventrículo izquierdo, aumento de la troponina T y deterioro de la clase funcional.

Variable n (%)	Población total N=100	Sarcopénicos N= 41 (41%)	No sarcopénicos N=59 (59%)	P
Edad media $\pm$ DE (años)	69.4 $\pm$ 11	72 $\pm$ 10	65,7 $\pm$ 12	0,005
Sexo masculino	78 (78)	32 (78)	46 (77.6)	ns
Hta	67 (67)	30 (73)	37 (63)	ns
Dbt	25 (25)	11 (27)	14 (25)	ns
FA	34(37)	16(39)	21(36)	ns
Epoc	5(5)	3 (8)	2 (4)	ns
Disfunción tiroidea	20(20)	11(30)	9(16)	ns
CF III	26 (26)	16(39)	10(17)	0.01
Internación año previo	42(42)	22(54)	20(34)	ns
Etiología isquémica	53(53)	24 (61)	29 (50)	ns
IMC	28 $\pm$ 4	26 $\pm$ 4	28 $\pm$ 5	0,06
Tiempo de evolución de la enfermedad > 10 años %	18	11 (28)	7 (11)	0,03
ECOCARDIOGRAMA D.				
Fey $>45\%$ (%)	19(19)	4 (10)	15 (26)	0,04
IM	31(31)	16 (39)	15 (25)	ns
BIOMARCADORES				
TroponinaTusng/L mediana (RIC)	21 (12-39)	34 (13-51)	18 (11-28)	0,02
Bnp pg/ml mediana (RIC)	156 (53-437)	273 (139-812)	115 (40-348)	0,01
Déficit de hierro	47(47)	20 (50)	27 (45)	ns
LABORATORIO				
Hemoglobina gr/l	13 $\pm$ 1	12 $\pm$ 1.8	13 $\pm$ 1.3	ns
Albumina gr/dl	4.3(4.4-4.1)	4.2 (4.3-4.1)	4.3 (4.4-4.1)	ns
Testosterona T ng/ml	3.5 (2.2-5.2)	3.4 (2.2-5.5)	3.8 (2.4-5.5)	ns
ClCr >60 mL/min/1.73 m2 (%)	39(39)	10 (24)	29(50)	0.013
Prueba de la C6M (metros)	379(210-432)	315 (216-380)	398 (291-418)	0.01
TRATAMIENTO				
Betabloqueantes	97(97)	39 (95)	58 (98)	ns
IECA/ARAII	70(70)	28 (69)	42 (72)	ns
Antiandrogénicos	79(79)	28 (68)	51 (86)	0.03
CDI/CRT n (%)	53 (53)	22 (53.6)	30 (51.7)	ns

0060 - CUANTIFICACION DE LA INSUFICIENCIA MITRAL ¿QUE ME ESTOY PERDIENDO CUANDO ANALIZO LA VC POR ECO 2D? ROL DEL ECOTRANSESOFAGICO 3D.

María Sol LOMBARDO | Ruth Patricia HENQUIN | Orlando Gabriel PEREA SANATORIO DE LA TRINIDAD PALERMO

Objetivos: INTRODUCCION: Los métodos más utilizados en la práctica diaria para la evaluación de la insuficiencia mitral (IM) por Eco 2D es el diámetro de la Vena Contrata (VC) y el Orificio Regurgitante Efectivo (ORE). La medición de la VC se realiza en el plano anteroposterior de la válvula mitral (VM) y es poco confiable en jets excéntricos (característico de patología orgánica de VM). El Eco Transesofágico 3D (ETE3D) posee herramientas que pueden medir directamente el ambos perfiles y el área de la VC en forma directa. **OBJETIVO:** Evaluar en una población potencialmente quirúrgica la utilidad de la VC y el ORE por 2D; y por otra parte la factibilidad y el rol de la medición de la VC por ETE3D. **Materiales y Métodos:** A 27 pacientes (p) consecutivos, derivados para valoración de IM potencialmente quirúrgica, se les realizó en forma sucesiva Ecotranstorácico 2D (ETT2D) y ETE2D/3D. Con ETT2D y ETE2D se calculó el ORE (PISA) según fórmula clásica y el diámetro de la VC en plano anteroposterior de la VM (3 cámaras). Se estimó como severa a la insuficiencia mitral con ORE > de 0.4 cm² y VC > de 7 mm. Con ETE3D en imagen multiplanar (QLAB/Philips), se alineó la IM en dos planos ortogonales y perpendiculares entre sí y un eje transversal. Se midió el diámetro de la VC en ambos planos ortogonales y se estimó un diámetro mayor, menor y un promedio. Se comparó el diámetro menor de la VC ETE3D con la VC por 2D. Se estimó el Área VC por planimetría (ACV). Todas las mediciones (2D y 3D) se realizaron en el cuadro sistólico donde mejor se visualizaba la VC. Los datos cuantitativos se reportan como media ± DE. Se

valoró concordancia con método de Bland & Altman e Índice de Lin. **Resultados:** La edad media 60.9 (±14.9). 52% masculino. Etiología: 16 p Tipo II Carpentier, 8 p Tipo III Carpentier, 2 p por endocarditis y 1 p hendidura congénita. De los 27 p incluidos, 21 (77%) fueron a cirugía por IM. Los resultados se describen en Tabla 1. El ORE (ETT y ETE 2D) fueron concordantes entre sí e identificaron IM severa en el 69% de esta población (> de 0.4 cm²). La VC por ETT2D y ETE2D también fueron concordantes entre sí pero el ETT2D fue pobre para identificar IM severa: solo 19 % tuvo VC > 0.7 mm. No hubo concordancia entre VC por Eco 2D vs el eje menor de la VC ETE3D, ni entre ORE y AVC. **Conclusiones:** En una población con alta incidencia de cirugía mitral por IM, fue muy pobre el rol de la VC con Eco 2D (a diferencia del ORE) para detectar IM severa. Se explica por la dificultad de medición de la VC en jets excéntricos, y por la geometría dispar de la VC que se observa con ETE3D. Con Eco 2D medimos el perfil anteroposterior, no en el eje menor de la VC; mientras que el perfil mayor (que puede recorrer irregularmente la línea intercomisural) no es contemplado en 2D. El ETE3D permite medir y promediar ambos perfiles de la VC, y estimar el área por planimetría. Las herramientas del ETE3D fueron prácticas y factibles de usar en todos los pacientes. A pesar que aún no podemos precisar valores de corte de severidad de IM, el ETE3D ha sido muy útil en resolver las incongruencias del Eco 2D en este grupo de pacientes.

	Media y DE	IC 95% Bland & Altman	Índice de Lin
ORE ETT2D cm ²	0.50 (±0.18)		
ORE ETE2D cm ² (vs ORE ETT2D)	0.52 (±0.20)	-0.28 to 0.20	0.78
VC ETT2D mm	0.60 (±0.13)		
VC ETE2D mm (vs VC ETT2D)	0.64 (±0.15)	-0.25 to 0.17	0.67
VC MENOR ETE3D mm (vs VC ETT2D)	0.56 (±0.20)	-0.38 to 0.32	0.14
VC MENOR ETE3D mm (vs VC ETE2D)	0.56 (±0.20)	-0.27 to 0.43	0.14
VC MAYOR ETE3D mm	1.13 (±0.39)		
VC Promedio diámetros ETE3D mm	0.85 (±0.26)		
AVC ETE3D cm ² (vs ORE ETT2D)	0.82 (±0.37)	-0.897 to 0.218	0.30

0111 - CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS DE LOS MÚSCULOS PAPILARES EN LA POBLACIÓN NORMAL

María Sol ANDRÉS | Gustavo Pablo AVELLANO | María Laura JUAREZ | María Cristina VENTURINI | Juan Pablo COSTABEL | Silvana RESI | Ricardo RONDEROS / ICA

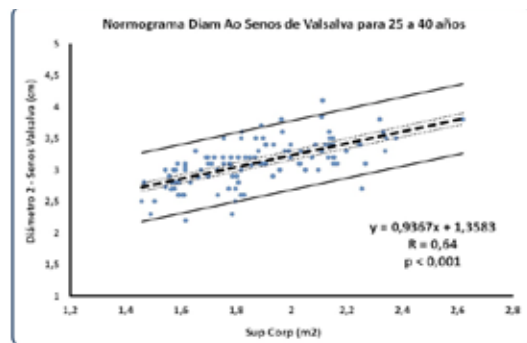
Objetivos: La información existente en la bibliografía para establecer cuál es el valor normal del espesor de los músculos papilares (MP) en una población sin enfermedad cardiovascular es escasa. Debido al creciente interés que se ha suscitado en los últimos años con respecto al valor patológico de la hipertrofia aislada de los MP y su relación con la miocardiopatía hipertrofica es necesario conocer en detalle las características de los mismos en una población sin patología evidente. Es por esto que hemos decidido diseñar un estudio con el objetivo de establecer parámetros de normalidad del espesor de los músculos papilares mediante ecocardiografía 2D y el punto de corte a partir del cual se define su hipertrofia, así como también describir los sitios de implantación y diferentes morfologías halladas en una población normal. **Materiales y Métodos:** entre noviembre 2015 y abril 2016 se realizó un estudio prospectivo en 125 voluntarios sanos. Se incluyeron hombres y mujeres entre 18 y 64 años que contaran con un electrocardiograma sin hallazgos patológicos. Se les realizó un ecocardiograma y se excluyeron 32 individuos por no presentar adecuada ventana paraesternal quedando 93 para el análisis. Se llevó a cabo la medición de ambos MP en el eje corto de la vista paraesternal izquierda así como la distancia desde el anillo posterior mitral hasta la inserción del músculo papilar posteromedial (MPPM) en la vista apical de 3 cámaras. **Resultados:** la media en el diámetro horizontal del MPPM fue 0,8 cm ± 0,11, vertical 0,78 cm ± 0,12. El diámetro horizontal del músculo anterolateral (MPAL) fue 0,82 ± 0,11 y su diámetro vertical 0,8 ± 0,12. No hubo diferencias significativas en los diámetros medidos entre los MPPM y los MPAL (p = 0.3) así como tampoco entre las medidas horizontal vs vertical (p = 0.4). En consecuencia se estableció como valor normal un espesor entre 0,6 cm y 1,1 cm (media calculada ± 2 DS). La distancia promedio desde el anillo posterior mitral hasta la inserción distal del MPPM fue de 55 mm ± 7. Solamente 3 individuos presentaron inserción apical del MP y en el 20% (19/93) de la población se detectó que uno o ambos MP eran bifidos. **Conclusiones:** En una población sin patología cardiovascular el valor normal del espesor de los MP, valorados por ecocardiografía bidimensional es entre 0,6 y 1,1 cm, pudiendo establecer como definición de hipertrofia del MP aquel con un espesor mayor o igual a 1,2 cm. La presencia de por lo menos un MP bifido es un hallazgo frecuente (1/5 individuos lo presentan) no así la inserción apical de los mismos.

0121 - VARIABILIDAD DE LOS DIÁMETROS DE LA RAÍZ AÓRTICA SEGÚN SEXO, EDAD Y SUPERFICIE CORPORAL EN PACIENTES ARGENTINOS SANOS. PUESTA DE NORMATIVAS PARA NUESTRA POBLACIÓN.

María Celeste CARRERO | Carlos ALTAMIRANO | Gonzalo DÍAZ BABIO | Mariano PIPKIN | Gerardo MASSON JUAREZ | Ivan CONSTANTIN | Gustavo VERA JANABEL | Pablo STUTZBACH / INSTITUTO CARDIOVASCULAR SAN ISIDRO. SANATORIO LAS LOMAS

Objetivos: La evaluación con ecocardiograma transtorácico 2D (ETT) de los diámetros de la raíz aórtica (DRAO) es un método rutinario para diagnosticar precozmente dilatación, pero sus valores varían ampliamente en cada población, dependiendo del sexo (S), edad (E) y superficie corporal (SC). Actualmente no disponemos de normogramas locales por lo que empleamos datos de referencia calculados en otros países con poblaciones diferentes. Nuestro objetivo fue evaluar las correlaciones entre los DRAO y S, E y SC en una población sana para obtener normogramas de

referencia. **Materiales y Métodos:** Se evaluó clínicamente y con ETT (GE® Vivid S5, transductor 2-4 MHz) a candidatos ambulatorios >14 años para excluir hipertensión arterial, Marfan, Ehler Danlos, válvula aórtica bicúspide, insuficiencia aórtica, aneurisma aórtico y cirugía cardiovascular previa. En pacientes sanos, con ventana apropiada, se cuantificó los DRAO1 (anillo aórtico), DRAO2 (senos de Valsalva), DRAO3 (unión sinotubular) y DRAO4 (aorta tubular) en cm entre paredes externas (eje largo de vista paraesternal) y se indexaron por SC (DRAx, cm/m²). Se estratificaron los datos por S y E (E1: 14 a 24 años, E2: 24 a 40 años, E3: >40 años). Con el método de cuadrados mínimos (Pearson) se obtuvo correlaciones lineales de las variables dependientes (DRAO, DRAx) con las independientes (S, E y SC), el coeficiente de correlación (R) y los intervalos de predicción (95%). Datos grupales fueron comparados con el Test T para varianzas desiguales y se reportan como promedio ± SEM. Valores de p < 0,05 fueron considerados significativos. **Resultados:** En todos los pacientes (n=485; 35,5% mujeres; 32,3 ± 0,7 años; 1,82 ± 0,01 m²) los 4 DRAO se correlacionaron positivamente con E y SC (p < 0,001). Todos los DRAx se correlacionaron negativamente con SC (p < 0,001). Los DRAx se correlacionaron positivamente con E (p < 0,001), excepto DRAx1 (R = 0,02; p = NS). Los DRAO, DRAx, E y SC fueron diferentes entre hombres y mujeres (p < 0,001), pero las correlaciones entre DRAO, DRAx y SC de ambos sexos fueron similares. A partir de los datos estratificados por E (y no por S) se obtuvo normogramas con puntos de corte para los 4 DRAO (figura). **Conclusiones:** Los DRAO aumentan con la E y la SC, excepto el anillo aórtico que depende más de la SC que de la E. Las mujeres tienen DRAO inferiores debido a la menor SC, y no por la correlación lineal entre los DRAO y la SC. Por lo tanto, proponemos normogramas de los DRAO para los 3 grupos etarios (E1, E2 y E3) sin distinguir entre S.

**0334 - DEFORMACIÓN MIOCÁRDICA AURICULAR IZQUIERDA CON SPECKLE TRACKING EN LA ENFERMEDAD DE FABRY**

Wilde CHALLAPA LICIDIO | María Cristina SACCHERI | Tomás Francisco CIANCILLI | Jorge Alberto LAX | Luis Alberto MORITA | Ricardo Jose MENDEZ | Martín Alejandro BECK | Luciana Jimena PUENTE / HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH

Objetivos: La enfermedad de Fabry (EF) es una enfermedad de depósito lisosomal, que se caracteriza por presentar hipertrofia ventricular (HV). El ecocardiograma bidimensional no es sensible para detectar anomalías en la función de la aurícula izquierda (AI). El objetivo es evaluar si la deformación miocárdica longitudinal y el strain rate de la AI, empleando la técnica de speckle tracking, son útiles para detectar anomalías funcionales de la AI en pacientes con enfermedad de Fabry (EF). **Materiales y Métodos:** Material y métodos: Se estudiaron 83 pacientes (p) con EF (todos con diagnóstico genético). Luego de excluir 15 p. por inadecuada ventana ultrasónica, se conformaron 3 grupos: 25 p con EF con HVI (GI); 43 p con EF sin HVI (GII) y 24 voluntarios sanos (GIII). Se realizó un eco-doppler cardíaco empleando un equipo Vivid 7 y se realizaron las mediciones con el software EchoPAC versión 113. Se midió el índice masa del ventrículo izquierdo y la fracción de eyección. La deformación longitudinal de reservorio y el strain rate durante la contracción de la aurícula izquierda se midieron desde las 3 vistas apicales y se realizó un promedio. El análisis estadístico utilizado fue el test de Anova o Kruskal Wallis según sus datos fueran o no gaussianos respectivamente. **Conclusiones:** La reducción de la deformación de reservorio y del strain rate durante la contracción auricular en pacientes con Enfermedad de Fabry indica que no solo causa compromiso ventricular sino también altera las propiedades miocárdicas de la aurícula izquierda en pacientes que presentan hipertrofia.

0348 - COMPROMISO MIOCÁRDICO SUBCLÍNICO EN PACIENTES CON LUPUS ERMATEMATOSO SISTÉMICO: EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SISTÓLICA Y DIASTÓLICA MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA SEGÚN EL GRADO DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

Ariel Karim SAAD | Federico Matías CINTORA | Daiana Sol PINASCO | Juan Pablo VINICKI | Federico PANIEGO | Oscar GROSSO | Clotilde Sara BERENSTEIN / HOSPITAL DE CLÍNICAS. UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES.

Objetivos: El compromiso miocárdico subclínico en el lupus eritematoso sistémico (LES) es muy frecuente (50-70%) y se inicia precozmente en la enfermedad. Puede obedecer a diversas causas, como mecanismos autoinmunes y aterosclerosis vascular acelerada que excede a la presencia de los factores de riesgo tradicionales, y se comporta además como un predictor independiente de mortalidad. Su detección precoz podría redundar en un tratamiento más agresivo. El objetivo del estudio es evaluar la función sistólica y diastólica cardíaca por ecocardiografía en pacientes lúpicos activos, inactivos y un grupo control. **Materiales y Métodos:** Se estudiaron 52 mujeres con diagnóstico de LES (36 con LES inactivo y 16 con LES activo) sin antecedentes de fibrilación auricular, diabetes o enfermedad cardíaca estructural

	Controles (n=23)	LES inactivo (n=36)	LES activo (n=16)	p
Edad	34 (7)	35 (9)	35 (10)	0.86
Área auricular izquierda (cm ²)	15.3 (2.1)	17.7 (3)	17.3 (2.4)	0.01
Área auricular derecha (cm ²)	12.6 (1.5)	13.9 (2.3)	14.5 (2.3)	0.03
Onda e tisular septal (m/seg)	0.13 (0.02)	0.11 (0.02)	0.09 (0.02)	0.000
Onda e tisular tricuspídeas (m/seg)	0.15 (0.02)	0.12 (0.02)	0.12 (0.03)	0.000
ESPM (mm)	17.4 (1.8)	15 (2.2)	15.6 (1.9)	0.000
TAPSE (mm)	25.8 (3.6)	21.7 (3.3)	22.6 (3.4)	0.001
Onda S tisular septal (m/seg)	0.09 (0.01)	0.07 (0.01)	0.06 (0.01)	0.000
Onda S tisular lateral (m/seg)	0.10 (0.01)	0.09 (0.02)	0.07 (0.02)	0.000
Onda S tisular tricuspídeas (m/seg)	0.13 (0.01)	0.12 (0.02)	0.11 (0.02)	0.02
Strain longitudinal bidimensional (%)	-22.6 (1.6)	-20.4 (2.1)	-19.4 (2.3)	0.000

de cualquier etiología y 23 mujeres controles. Ninguna paciente al momento del estudio tenía síntomas o signos de enfermedad cardiovascular. Se les realizó un ecocardiograma bidimensional, Doppler convencional, Doppler tisular y strain bidimensional longitudinal (SLB) siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Americana de Ecografía (equipo GE Vivid 9). La actividad del LES se estimó mediante el score Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index 2000 (SLEDAI) considerándose como enfermedad activa una puntuación ≥ 4 . Las pruebas empleadas para el análisis estadístico fueron: Student, ANOVA y Chi2 según correspondiese. Se empleó el programa IBM SPSS v20 y se consideró como significativa una $p < 0.05$. Resultados: No se evidenciaron diferencias significativas en cuanto a edad, superficie corporal, prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, tensión arterial y frecuencia cardíaca entre los tres grupos. Desde el punto de vista estructural solo se observó diferencia significativa en el tamaño de ambas aurículas. No se observaron variaciones a nivel de los flujos transvalvulares ni de la fracción de acortamiento. Por el contrario, el análisis del Doppler tisular y el SLB sí evidenció significativas diferencias tanto en la función sistólica como diastólica del miocardio, tal como se resume en la Tabla. La variable ecocardiográfica que mejor correlacionó con el SLB fue la excursión sistólica del plano del anillo mitral (ESPAM) ($R^2=0.47$) Conclusiones: El análisis integrado de estas diferencias sugiere la presencia de incipientes alteraciones en la función sistólica y diastólica del miocardio en los pacientes lúpicos a pesar de la ausencia de manifestaciones clínicas y de los tradicionales factores de riesgo cardiovascular.

0368 - UN NUEVO MÉTODO PARA EVALUAR LA CONTRIBUCIÓN AURICULAR AL VOLUMEN SISTÓLICO EN PACIENTES CON BLOQUEO AURÍCULO-VENTRICULAR COMPLETO.

Leonardo PINTOR | Agustín NASEP | Jeremías Daniel DORSCH | Lucas ANGLIO | Carlos Anibal GIUDICI COSTA | Miguel Ángel BARRANCO | María Elena ADANIYA | Ricardo A. MIGLIORE / HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS EVA PERON

Objetivos: Introducción: Existen varios métodos descritos para evaluar la contribución de la contracción auricular (CA) al llenado ventricular izquierdo (VI) y como consiguiente al volumen sistólico (VS) en pacientes portadores de marcapaso doble cámara. Dichos métodos tienen como objetivo optimizar el llenado ventricular modificando el intervalo aurículo-ventricular. Sin embargo menor información existe sobre la posibilidad de evaluar la CA al VS en pacientes que presentan bloqueo aurículo-ventricular completo (BAVC) previo a la colocación del marcapaso. Objetivo: Evaluar la CA al VS en pacientes con BAVC utilizando un nuevo método mediante eco-Doppler cardíaco. Materiales y Métodos: Se estudiaron 12 pacientes (edad promedio 68 ± 18 años, 5 mujeres y 7 hombres) que ingresaron a Unidad Coronaria por presentar BAVC con ritmo sinusal. Se realizó eco-Doppler cardíaco registrando el flujo mitral con Doppler pulsado a nivel del borde libre de la válvula mitral, en el tracto de salida del VI y Doppler tisular del anillo lateral. Cuando durante el estudio se observaba que el intervalo P-R media entre 260 y 160 mseg, se procedía a registrar el flujo mitral, asumiendo que dicho registro reflejaría el llenado ventricular en ausencia de BAVC y posteriormente se calculó la fracción de llenado auricular expresada como porcentaje: $\text{integral de onda A} / (\text{integral de onda E} + \text{integral de onda A}) \times 100$ como índice de CA. A continuación se registró el flujo en el tracto de salida de VI con un intervalo P-R con una duración de $\pm 20\%$ con respecto al anterior midiendo la integral (cm) como índice de VS (VS con CA). Luego se repitió la medición pero con un intervalo P-R mayor de 600 mseg, la cual representaría el VS sin CA. El porcentaje de incremento del VS con CA (DVS %) se calculó como: $(\text{VS con CA} - \text{VS sin CA}) / \text{VS sin CA} \times 100$. Finalmente se registró la onda E del Doppler tisular del anillo lateral con un P-R entre 260 y 160 mseg para estimar las presiones de llenado de VI mediante la relación E/E'. Se consideró que las presiones diastólicas estaban aumentadas si la relación E/E' era > 12 . Resultados: La CA promedio fue de $39 \pm 10\%$ y DVS % de $28 \pm 12\%$. La CA se correlacionó positivamente con el DVS % ($r = 0.43$ $p < 0.01$). Dicha correlación se mantuvo en los pacientes con presiones diastólicas normales ($E/E' < 12$ $n=5$, $r = 0.45$ $p < 0.01$) pero fue no significativa en pacientes con presiones diastólicas elevadas ($E/E' > 12$ $n=7$). El DVS % fue mayor en los pacientes con $E/E' < 12$ que en los pacientes con $E/E' > 12$ (30 ± 13 vs 22 ± 8) aunque la diferencia no fue significativa. Conclusiones: La CA se correlacionó positivamente con el incremento del VS especialmente en los pacientes que presentan presiones diastólicas del VI normales. Con el nuevo método propuesto se podría cuantificar la CA al VS en los pacientes con BAVC, lo cual tendría implicancias para la indicación del tipo de marcapaso definitivo a implantar.

0082 - HALLAZGOS CORONARIOGRÁFICOS SEGÚN EL GÉNERO EN PACIENTES INTERNADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO: RELACIÓN CON LOS FACTORES DE RIESGO Y LOS ANTECEDENTES CLÍNICOS

Jorge Alberto SALEM | Bruno PERESSOTTI | Carlos PARQUET | Juan Martín ADJIGOGOVIC | Nicolás COLOMBO VIÑA | Mercedes CARLINI | Mark CORVERA MACHICAIO | Jorge L. CUROTTO GRASIOSI HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: evaluar los hallazgos en la coronariografía en pacientes (ptes) con síndrome coronario agudo (SCA) y analizar las diferencias determinadas por el género con los factores de riesgo cardiovasculares (FRC) y los antecedentes clínicos. Materiales y Métodos: se incluyeron 773 ptes que ingresaron a la unidad coronaria por SCA y a los que se les realizó una coronariografía con posterior tratamiento en los casos indicados. De todos los ptes registramos: edad, antecedentes de hipertensión arterial, tabaquismo, ex tabaquismo, diabetes, dislipidemia, infarto agudo de miocardio previo, revascularización previa, cuadro clínico de ingreso definido y lesiones angiográficas: tronco de la coronaria izquierda, descendente anterior, circunfleja (Cx), coronaria derecha (CD) y lesión de tres vasos. Estos datos se agruparon de acuerdo con el género: G1 hombres-563 ptes-73% vs. G2 mujeres-210 ptes-27% para efectuar luego el análisis estadístico. Resultados: al comparar G1 vs. G2 encontramos: edad: 63.9 ± 13.3 vs. 79.6 ± 11.1 ($p < 0.001$), hipertensión arterial: 76% vs. 77% ($p = 1.000$), tabaquismo: 19% vs. 8% ($p < 0.001$), extabaquismo: 23% vs. 12% ($p = 0.001$), diabetes: 14% vs. 16% ($p = 0.647$), dislipidemia: 53% vs. 54% ($p = 0.935$), infarto agudo de miocardio previo: 21% vs. 20% ($p = 0.690$), angioplastia previa: 18% vs. 19% ($p = 0.676$), cirugía de revascularización miocárdica previa: 10% vs. 3% ($p = 0.001$). No hubo diferencias en relación con el cuadro de ingreso definido. Con respecto a las lesiones de la coronariografía se encontró: tronco de la coronaria izquierda: 11% vs. 7% y descendente anterior: 64% vs. 60%, ambas $p = ns$. Si se encontró significación estadística en cuanto a las lesiones de Cx: 44% vs. 29% ($p < 0.001$), CD: 58% vs. 42% ($p < 0.001$) y lesión de tres vasos: 29% vs. 18% ($p = 0.001$). Conclusiones: Los hombres con SCA tienen menor edad que las mujeres, en mayor proporción eran o fueron fumadores, tienen como antecedente un mayor porcentaje de cirugía de revascularización miocárdica previa y presentan con más frecuencia lesión de Cx, CD y/o lesión de tres vasos.

0181 - SIGNIFICADO PRONÓSTICO DEL HEPATOGRAMA EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA. ¿ES SUBESTIMADA EN LA PRÁCTICA DIARIA?

Enrique FAIRMAN(1) | Yanina Beatriz CASTILLO COSTA(2) | Santiago Eugenio MARRODÁN(1) | Adrián Alberto CHARASKI(1) | Víctor Miguel MAURO(2) | Yamila Selva ABARCA(2) | Emiliano, Gustavo SPAMPINATO(1) | Carlos Manuel BARRERO(1)

CLÍNICA BAZTERRICIA (1); CLÍNICA SANTA ISABEL (2)

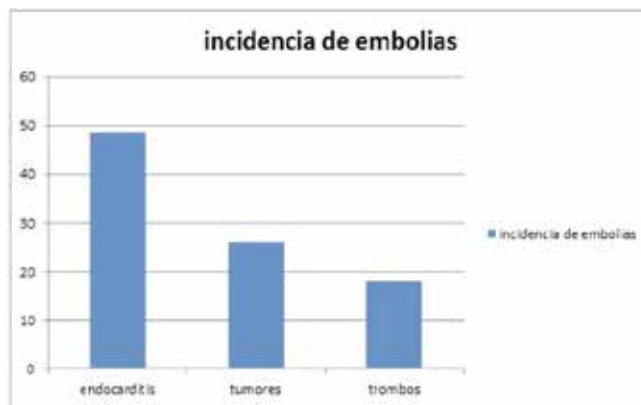
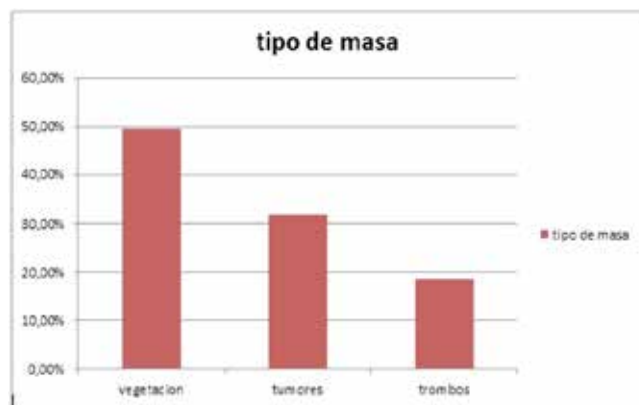
Objetivos: La insuficiencia cardíaca descompensada (ICD) genera un componente sistémico donde es habitual la afectación de otros órganos. En este contexto, el significado pronóstico de la alteración hepática ha sido poco profundizada, en particular el análisis individual de los componentes del hepatograma. Los objetivos de este trabajo son evaluar la prevalencia y valor pronóstico del incremento de las enzimas hepáticas y la bilirrubina total como predictor de mortalidad intrahospitalaria (MIH). Materiales y Métodos: Estudio transversal, retrospectivo y consecutivo de pacientes internados en unidad coronaria con diagnóstico de ICD en dos centros de alta complejidad durante el período comprendido entre Enero 2010/Diciembre 2015. Se consideró como anormal a aquel hepatograma que presente al ingreso valores de bilirrubina total (BT), fosfatasa alcalina (FAL) o TGO y/o TGP (TGO/TGP) que dupliquen el valor normal. Los valores normales en nuestro laboratorio fueron: BT 1,10 mg/dl; FAL 250 U/l en período 2010-2013, y 104 U/l en período 2014-2015; TGO 36 U/l y TGP 28 U/l. Se evaluó sensibilidad, especificidad, valor predictivo y tasa de riesgo (likelihood ratio), así como también se efectuó un modelo multivariado de regresión logística múltiple para el análisis del riesgo de MIH. Resultados: Se incluyeron 700 pacientes, edad (mediana) 81 años (73 - 87), mujeres 48,7%, hipertensos 79,5%, infarto previo 22,9% y función sistólica del ventrículo izquierdo deprimida ($FEy < 50\%$) 57%. La prevalencia de hepatograma anormal fue 20,8%, BT 6%, FAL 6,9% y TGO/TGP 12,6% (Ver cuadro). MIH 5,4%. BT anormal: 16,7 vs 4,7%, OR IC95% 4,04 (1,66-9,83), $p < 0,01$; y TGO/TGP anormal: 13,6 vs 4,2%, OR IC95% 3,55 (1,72-7,3), $p < 0,01$ se asociaron a MIH, mientras que la FAL no: 8,33 vs 5,21%, OR IC95% 1,65 (0,56-4,86), $p = 0,26$. En el modelo multivariado las alteraciones de la BT: OR IC95% 2,83 (1,28-6,25), $p < 0,01$; TGO/TGP: OR IC95% 3,61 (1,29-10,04), $p < 0,05$; antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica: OR IC95% 2,66 (1,21-5,87), $p < 0,05$; insuficiencia renal al ingreso: OR IC95% 3,55 (1,48-8,49), $p < 0,01$; y shock cardiogénico: OR IC95% 9,48 (2,31-38,78), $p < 0,01$, fueron variables independiente de MIH. Conclusiones: Uno de cada cinco pacientes internados por ICD presenta hepatograma anormal. La alteración de la BT y/o TGO/TGP permitieron identificar pacientes con mayor riesgo de muerte durante la internación, reflejando que el compromiso hepático puede ser expresión de mayor gravedad de la ICD.

	Especificidad	Sensibilidad	V. Predictivo (+)	V. Predictivo (-)	Tasa de riesgo (+)	Tasa de riesgo (-)
BT	94,71%	18,42%	16,67%	95,29%	3,48	0,86
FAL	93,35%	10,53%	8,33%	94,79%	1,58	0,96
GOT/GPT	88,52%	31,58%	13,64%	95,75%	2,75	0,77

0243 - POTENCIAL EMBOLIGENO DE LAS MASAS INTRACARDIACAS

María Agustina VAYO | Matías GÓMEZ | Flavia Luisina AMENDOLA | Lucía Marianela ORTIZ | Arturo Hipólito BOZZA | David Jose VAZQUEZ | María Marta GERONES | Roberto Daniel MARELLI

HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO DE AGUDOS Y CRÓNICOS "SAN JUAN DE DIOS" DE LA PLATA



RESUMENES DE TEMAS LIBRES

Objetivos: Realizar una descripción epidemiológica de los pacientes con masas intracardíacas y el potencial embolígeno de las mismas. **Materiales y Métodos:** Se enrolaron 147 pacientes > 18 años de edad con presencia de masa intracardíaca por ecocardiograma que ingresaron a un servicio de cardiología, desde enero de 2006 a enero de 2016. Se analizaron las siguientes características: edad, sexo, localización, datos ecocardiográficos y clínicos. Se registraron las variables mencionadas en un programa Microsoft Excel 2010. **Resultados:** Se incluyeron 147 pacientes (p) con una edad promedio de 48,5 años (a) (DE = 15 a). El 62,8% de los p eran hombres. Del total de las masas, el 49,65% de los p presentaron vegetaciones, el 31,9% tumores y el 18,4% correspondió a trombos. **Vegetaciones:** 72 p tuvieron diagnóstico de endocarditis infecciosa. Localización: válvula aórtica 40,2%, mitral 25%, mitroaórtica 12,5%, tricúspide 5,5%, pulmonar 1,38%, asociada a dispositivo 13,9% y un caso de endocarditis aórticocúspidea en una paciente con comunicación interventricular subaórtica. La incidencia de fenómenos embólicos fue del 48,7% de los p, 17,1% a sistema nervioso central, el 25,7% a miembros inferiores, 11,4% a pulmones, 17,1% a vísceras (que incluía riñones y bazo). Un 28,6% de los p tuvieron múltiples impactos sépticos. No se registraron embolias aisladas a sistema óseo. **Tumores Intracardíacos:** Encontramos 50 tumores en 47 p de los cuales 43 fueron de estirpe benigna (93% mixomas). Tumores malignos: Fibrosarcoma, Angiosarcoma y leiomiomasarcoma. Sexo femenino 51%. Localización: aurícula izquierda 74%, aurícula derecha 14,9%, en el ventrículo izquierdo 8,5% y un solo caso afectó al ventrículo derecho. La incidencia de fenómenos embólicos fue del 26% (SNC en el 83,3 %, 16,7% en miembros inferiores). **Trombos:** 26 p ingresaron con sospecha de trombo intracavitario y 2 p con trombosis protésica mitral. Sexo masculino 60%. Localización intracavitarios: ventrículo izquierdo 57%, aurícula izquierda 32%, un caso de trombo en múltiples cavidades y otro en ventrículo derecho. En esta cohorte los factores asociados fueron la presencia de fibrilación auricular en el 42,8% y la miocardiopatía dilatada isquémica necrótica 50%. La incidencia de embolias fue del 18%, 4 casos a SNC y un caso a miembros inferiores y otro de tromboembolismo pulmonar. **Conclusiones:** La presencia de masas intracardíacas es más frecuente en el sexo masculino. La mayor incidencia de embolias se encontró en el subgrupo de las vegetaciones. La localización más frecuente de las embolias fue a sistema nervioso central en los subgrupos de trombos y tumores y múltiples localizaciones para las vegetaciones.

0311 - VARIABLES PRONOSTICAS EN NUESTRA POBLACIÓN CON RECIENTE DIAGNOSTICO DE HIPERTENSIÓN PULMONAR

Augusto María LAVALLE COBO(1) | Alejandra FERRO(1) | Cristian MUSANTE(2) | Guido DAMIANI(1) | Miguel GONZALEZ(1) | Nicolas GONZALEZ(1) | Gustavo GRANCEL(1) | Adrian Jose LISCANO(1) | ANATORIO FINOCHIETTO (1); SANATORIO DE LA TRINIDAD QUILMES (2)

Objetivos: Introducir la hipertensión pulmonar (HP) es una entidad clínica multifactorial, caracterizada por elevada morbi-mortalidad y la necesidad de un enfoque diagnóstico y terapéutico interdisciplinario. En las últimas décadas, fueron descriptas modificaciones en aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos y terapéuticos de la enfermedad. En Argentina, es escasa la información disponible con respecto a las características clínicas y variables pronósticas en los pacientes con diagnóstico de HP. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de variables de mal pronóstico de nuestra población con diagnóstico reciente de hipertensión pulmonar. **Materiales y Métodos:** Se analizaron los pacientes derivados, entre Marzo/2012 y Enero/2016, a 2 servicios de insuficiencia cardíaca e HP, con diagnóstico confirmado a través de un cateterismo cardíaco derecho (CCD), con un catéter de Swan Ganz y un valor de presión pulmonar media (PPM) ≥ 25 mm Hg. Se registraron datos referentes a las características clínicas (síntomatología, clase funcional), parámetros hemodinámicos directos (presiones pulmonares, presión de aurícula derecha, índice cardíaco), funcionales (test de marcha de 6 minutos: distancia recorrida) y variables ecocardiográficas (función sistólica del ventrículo derecho (FSVD), excursión longitudinal de la pared lateral del anillo tricúspideo (TAPSE) y derrame pericárdico). Se definieron como variables de mal pronóstico: presencia de insuficiencia cardíaca, síncope, clase funcional avanzada (III-IV), distancia recorrida en caminata de 6 minutos (TC6M) < 350 metros, TAPSE < 15 mm, deterioro de función sistólica del VD, presencia de derrame pericárdico y PAD > 12 e IC < 2,2. Los resultados obtenidos fueron incorporados en la base de datos Access y analizados en el programa Bioestat 5.0. **Resultados:** Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, consecutivo y prospectivo, que incluyó a 94 pacientes con diagnóstico reciente HP. La edad media de la población es de 56 años (DS 19) y el 30 % > 70 años, sexo femenino 70%, con una demora promedio en el diagnóstico de 26 meses. El grupo de HP (G) I 66%, G II 15%, G III 7%, G IV 6% y G V 6%. En relación a la CF de presentación se observó: I 6%, II 40%, III 35% y IV 19%. Entre las manifestaciones clínicas observamos insuficiencia cardíaca (IC) 75%, síncope 26% y angina 23%. En el test de marcha de 6 minutos la distancia recorrida promedio es 325 metros (DS140) y < 350 en 35%. El CCD demostró: PP media 53 (DS15) mm Hg, PP sistólica 81 mm Hg (DS 20), PP diastólica 35 (11) mm Hg, presión de aurícula derecha 11 mm Hg (DS 5,4)(> 12 en 14%) e índice cardíaco de 2,7 litros/min/mts2 (<2,2 en 20%). Entre los hallazgos ecocardiográficos podemos destacar: FSVD conservada 18% y deteriorada 82% (leve 40%, moderado 30% y severo 15%). El valor de TAPSE promedio es 18,5 mm (DS 4); PP sistólica 75 mm Hg (DS 16) y derrame pericárdico en 27%. La prevalencia de las variables de mal pronóstico se expresan en la tabla 1. **Conclusiones:** En nuestra población con diagnóstico inicial de hipertensión pulmonar, con predominio del grupo I, un elevado porcentaje de pacientes presentan variables de mal pronóstico clínicas, funcionales, ecocardiográficas y hemodinámicas. Estos hallazgos remarcan la necesidad de utilizar estrategias de detección y terapéutica precoz.

Variable de Riesgo	Prevalencia (%)
IC	76
Síncope	25
CF III-IV	54
TC6M < 350	35
TAPSE < 15	21
Deterioro FSVD	82
Derrame Pericárdico	27
PAD > 12	21
IC < 2,2	20

0358 - PROTOCOLO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON ESTATINAS DE ALTA INTENSIDAD.

Yanina DR. CASTILLO COSTA(1) | Hugo Armando BUJEO ARANCIBIA(2) | Víctor MAURO(2) | Adrian CHARASKI(2) | Enrique FAIRMAN(2) | Emiliano SPAMPINATO(2) | María Soledad PALACIO(1) | Carlos BARRERO(2) | CLÍNICA SANTA ISABEL (1); CLÍNICA BAZTERICA (2)

Objetivos: Evaluar la adherencia al año del tratamiento de alta intensidad con estatinas en una población al alta hospitalaria luego de un evento cardiovascular. **Materiales y Métodos:** Se analizó en forma prospectiva y consecutiva el uso de estatinas en pacientes (P) menores de 76 años que habían estado internados en unidad coronaria durante el periodo enero-noviembre de 2015 por cuadros coronarios y/o procedimientos de revascularización que egresaron con tratamiento de alta intensidad. En el seguimiento telefónico, se recabaron datos acerca de la dosis diaria de

estatinas, porcentaje de reducción/abandono de la dosis y sus causas. **Criterios de exclusión:** edad mayor a 76 años, intolerancia conocida a las estatinas, insuficiencia cardíaca CF II-IV, diálisis crónica o que no se hayan podido contactar para el seguimiento. **Definiciones:** - Tratamiento con estatinas de alta intensidad: Atorvastatina 40-80mg/día o Rosuvastatina 20-40mg/día. - Iniciativa propia: decisión del paciente. - Causa médica: decisión médica. **Resultados:** Se incluyeron 210 pacientes. Hombres 83%. Edad (mediana) 59 años (52-67,5). Motivo de la indicación de estatinas de alta intensidad: síndrome coronario agudo sin ST 43,3%, síndrome coronario agudo con ST 28,6%, angioplastia programada 22% y cirugía cardíaca programada 6%. Todos fueron externados con terapia hipolipemiente de alta intensidad: 74,5% con atorvastatina 40 mg/día, un 19% con rosuvastatina 20 mg/día, un 2,7% con atorvastatina 80 mg/día y un 3,9% con rosuvastatina 40 mg/día. El seguimiento (mediana) fue de 9 meses (7-11,5). Un 50% de los P continuaron tomando estatinas de alta intensidad, 28% redujeron la dosis y 22% abandonaron el tratamiento. Causas de suspensión/reducción: 1.- Indicación médica: 53%, 2.- Iniciativa propia 47%. ver Tabla. **Conclusiones:** A pesar de la indicación médica de recibir tratamiento de alta intensidad con estatinas por tratarse de pacientes < 76 años con alto riesgo vascular o procedimiento de revascularización reciente, solo la mitad mantiene la indicación dentro del año. Implicancia clínica: Conociendo esta realidad, podremos enfocarnos en identificar las barreras que hacen que solo la mitad de los pacientes estén bajo el tratamiento adecuado con estatinas en prevención secundaria.

	Reducción de Dosis	Abandono de medicación
Iniciativa propia (43)	9 (21%)	34 (79%)
Causa Médica (61)	55 (90%)	6 (10%)

0372 - IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES CLÍNICAS ASOCIADAS A DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

María Luján TALAVERA(1) | Javier ORTEGO(2) | Adriana ACOSTA(1) | Cecilia DI NIRO(1) | Marcelo TRIVI(1) | Mirta DIEZ(1) | INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA (1); HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA (2)

Objetivos: Investigar las variables clínicas asociadas al agravamiento de la función renal (AFR) en pacientes (pts) hospitalizados por insuficiencia cardíaca descompensada (ACD). **Materiales y Métodos:** Se incluyeron prospectivamente 133 pacientes admitidos por ICD entre el periodo de octubre-2015 a marzo-2016. Se definió deterioro renal durante la internación a una elevación > 0,3 mg/dl durante la internación y se establecieron dos grupos: grupo 1 (G1): con deterioro renal, grupo 2 (G2): sin deterioro renal. Se definió ICD con FEVI deteriorada (FEVI-D) a un valor < 45%. Se analizaron las características de la población según la FEVI y su evolución intrahospitalaria. Las variables categóricas fueron expresadas como porcentaje y comparadas con el método de chi cuadrado o Mc Nemar y las continuas se expresaron como medias con desvío estándar y comparadas con test de student o Mann-Whitney. Se consideró un valor de P < 0,05 como estadísticamente significativa. **Resultados:** El 67,7% (90 pts) era de género masculino con un promedio de edad de 73 +/- 12 años, el 51% (68 pts) presentaba una FEVI-D y el 20,3% (27 pts) tenía el antecedente de insuficiencia renal; un 35,3% (47 pts) presentó deterioro renal durante la internación; la tasa de muerte y/o trasplante fue del 10,5% (14pts). El antecedente de insuficiencia renal previa fue similar en ambos grupos (G1: 37% versus G2: 34%, p = 0,83) al igual que la toma previa de furosemida (G1: 32% versus G2: 35%, p = 0,25), los valores de creatinina al ingreso fueron mayores para el G1 pero sin diferencias estadísticamente significativas (G1: mediana 1,39 IIC25-75: 1,05-1,91 versus G2: mediana 1,3 IIC25-75: 0,65-1,7, p = 0,3); tampoco se observaron diferencias en relación a la edad (G1: mediana 76, IIC25-75: 69-89 versus G2: mediana 77, IIC25-75: 69-82, p = 0,7), la presencia de FEVI-D (G1: 39,7% versus G2: 30,7%, p = 0,28) o el ingreso en bajo gasto y/o shock cardiogénico: G1: 42,8% versus G2: 34,4%, p = 0,53). Durante la internación, los pacientes del G1 tuvieron una tendencia a mayor exposición a los medios de contraste por coronariografía y/o angioplastia coronaria (G1: 56% versus G2: 32%, p = 0,06), tuvieron más días de internación (G1: mediana 9 IIC25-75 5-21 días versus G2: mediana 6 IIC25-75 4-9,5, p = 0,0034) y mayor tasa de muerte y/o trasplante (G1: 78,5% versus G2: 30%, p = 0,0003). **Conclusiones:** En la población estudiada, no se pudieron identificar variables predictoras de deterioro renal. Los pts que tuvieron deterioro renal no tuvieron un perfil clínico de mayor riesgo comparados con los que no. No obstante, la presencia de deterioro renal se asoció con más días de internación y más riesgo de muerte. Probablemente el mecanismo de deterioro renal sea multifactorial; el número de la muestra pudo haber influido en los resultados.

0077 - MIOCARDIOPATIA TAKOTSUBO. EVOLUCION HOSPITALARIA Y SEGUIMIENTO ALEJADO

Eduardo D. GABE | Alfredo Matias RODRIGUEZ GRANILLO | Juan Francisco DEL POZO | Fadi Andres NEHME | Hernan PAVLOVSKY | Florencia SARTORI | Francisco PERALTA BAZAN | Alfredo Eduardo RODRIGUEZ | SANATORIO OTAMENDI Y MIROLI

Objetivos: Establecer incidencia, analizar características clínicas, evolución hospitalaria y seguimiento a largo plazo de pacientes (pts) con cardiomiopatía Takotsubo (CT). Identificar grupos de evolución hospitalaria diferente. **Materiales y Métodos:** Entre los años 2008 y 2015 fueron internados 960 pts con síndrome coronario agudo (SCA), 54 pts presentaron CT. Los pts CT se dividieron en dos grupos: Grupo A (aislados); ingresaron como SCA y Grupo B; donde CT fue un epifenómeno de otra enfermedad que motivó su internación. Se utilizaron porcentajes para las variables categóricas y promedios con desvío estándar para las variables continuas y curva de Kaplan Meier para el análisis de supervivencia. **Resultados:** Edad promedio: 71,6 años; 94,4% mujeres. La incidencia de CT fue 5,6%. De total de mujeres con SCA, 16% presentaron CT. El angor como síntoma inicial y la variante tipo "apical ballooning" predominaron (87%). Complicaciones hospitalarias principales: ruptura cardíaca, embolias periféricas, taquicardia ventricular e insuficiencia cardíaca. Grupo A; 35 pts y Grupo B 19 pts. La mortalidad hospitalaria fue de 16,7%, todos en el grupo B (p<0.001). El seguimiento promedio fue de 636 +/- 750 días, la recidiva fue del 1,8%. La mortalidad alejada fue del 11,5%, similar en ambos grupos (p=0,37). **Conclusiones:** La incidencia de CT fue 5,6% de los SCA, mayoritariamente mujeres. En la CT se pudieron identificar dos grupos de pts con evolución diferente. Hubo complicaciones hospitalarias graves, sin mortalidad en la forma aislada. En el seguimiento alejado (8 años) la recidiva fue esporádica.

0169 - INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO : CUÁNDO ES MEJOR LA REVASCULARIZACIÓN QUIRÚRGICA ?

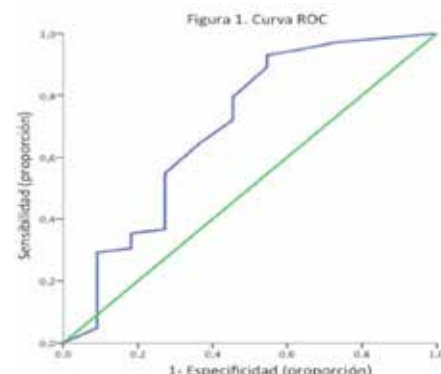
Juan Carlos ESPINOZA | Mariano VRANCIC | Mariano CAMPOROTONDO | Fernando PICCININI | Juan CAMOU | Leandro HUARTE | Julian BENAVIDEZ | Daniel NAVIA / INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA

Objetivos: Evaluar cuándo (dentro de los primeros 30 días post-IAM) es el mejor momento para revascularizar quirúrgicamente en el infarto agudo de miocardio. Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo comparativo sobre una base de datos cuya información fue recolectada en forma prospectiva desde Enero 2003 – Marzo 2016. Se

Tabla 2. Resultados posoperatorios según cuartiles

	Antes 1era. Semana (n=118)	Después 1era. Semana (n=204)	Global (n=322)	P
Obito	5.9%	2.0%	3.4%	.049
ACV	1.7%	1.0%	1.2%	.577
Dialisis	3.4%	1.0%	1.9%	.123
Reoperación por sangrado	3.4%	2.0%	2.5%	.427
IAM posoperatorio	2.5%	1.0%	1.6%	.275

seleccionaron de un total de 3546 pacientes revascularizados quirúrgicamente en forma aislada y consecutiva en un único centro, aquellos pacientes que padecieron un IAM y fueron sometidos a cirugía cardíaca dentro de los primeros 30 días (n=331, 9.1%). El punto final primario fue óbito a 30 días. Se utilizó una curva ROC para determinar el día post-IAM con mayor capacidad predictiva de óbito a 30 días. Se analizaron los resultados perioperatorios (mortalidad, ACV, diálisis, reoperación por sangrado, IAM posoperatorio). Finalmente se realizó un análisis uni y multivariado para identificar predictores independientes de muerte hospitalaria. Se utilizó la prueba exacta de Fisher, la t de student, la U de Mann-Whitney, y modelos de regresión logística. Resultados: La mortalidad hospitalaria global fue 3.4% (n=11). El análisis de la curva ROC señaló que la mortalidad aumenta si se somete a una revascularización quirúrgica dentro de los primeros 6 días (sensibilidad: 79.4%; especificidad: 54.5%; estadístico-C: 0.696; p=0.027). Un sub análisis realizando una sub-estratificación en cuartiles demostró que la mortalidad es mayor cuando se interviene dentro de la primera semana comparado con luego de la primera semana (5.9% vs 2.0%, p=0.04). Conclusiones: La revascularización quirúrgica dentro de la primera semana de haber padecido un infarto agudo de miocardio se asocia con mayor mortalidad.



0288 - USO DE NUEVOS ANTIAGREGANTES PLAQUETARIOS EN PACIENTES CON SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS TRATADOS CON ANGIOPLASTIA CORONARIA

Marcelo Sergio TRIVI | Nicolás LALOR | Leandro RODRIGUEZ | Juan Pablo COSTABEL | Diego CONDE | Juan FURMENTO | Luciano BATTIONI | Fernando CURA / INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA

Objetivos: Además de aspirina y clopidogrel, los nuevos antiagregantes plaquetarios (NAP), prasugrel y ticagrelor, son opciones recomendadas para el tratamiento de los síndromes coronarios agudos (SCA), en especial en aquellos sometidos a angioplastia coronaria con stent. Si estas recomendaciones fueron adoptadas en la práctica clínica, debiera haber una reducción del uso de clopidogrel y un incremento de los NAP. Podría ocurrir que se usaran en forma diferente según el cuadro clínico. Materiales y Métodos: Se incluyeron de manera consecutiva 723 pacientes

	2012-2013	2014-2015	IAMEST	SCAsinST	GRACE	CRUSADE
clopidogrel	220(55%) *	150(47%)	182(46%) *	186(57%)	127±32	28±14 *
NAP	182(45%)	171(53%)	214(54%)	141(43%)	125±26	23±14
prasugrel	140(35%)**	33(10%)				
ticagrelor	42(10%)	138(43%)				

tratados con angioplastia durante la internación por SCA dividido en dos periodos: enero 2012 a diciembre 2013 y enero 2014 a diciembre 2015. De ellos, 396 tenían IAM con supradesnivel del ST (IAMEST) y 327 SCA sin supradesnivel del ST (SCAsinST). La edad media era de 63±10 años, 81% eran varones, 71% hipertensos, 40% fumadores y 23% diabéticos. Los puntajes de riesgo al ingreso fueron: GRACE 126±31 y CRUSADE 26±14. Resultados: Los pacientes que recibieron clopidogrel (370, 51%) eran más viejos comparados con los NAP (353, 49%): 64±10 y 58±9 años ** respectivamente, y con más historia de diabetes: 96 (26%) y 68 (19%)*, sin diferencias de género (mujeres 19 y 15%) ni de masa corporal (IMC medio 28 en ambos). Se detectaron 89 episodios de sangrado (12%), 68% de ellos fueron menores, sin diferencias entre clopidogrel y NAP. *p<0.05 **p<0.001. Conclusiones: De acuerdo a las recomendaciones, se observa de un incremento de las indicaciones de nuevos antiagregantes en los SCA en los últimos años, con aumento del uso de ticagrelor, reducción del uso prasugrel y en menor medida de clopidogrel. Los nuevos antiagregantes se usaron más en el IAM con supradesnivel del ST comparados con otras formas clínicas de SCA tratados con angioplastia coronaria. Se eligió clopidogrel cuando el riesgo de sangrado era mayor, más allá del riesgo isquémico.

0295 - TRATAMIENTO ANTITROMBOTICO DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO. SEGUIMIENTO A 2 AÑOS DE LA COHORTE ARGENTINA DEL REGISTRO EPICOR

Marcelo Sergio TRIVI(1) | Alejandro LAKOWSKY(2) | Cecilia ZEBALLOS(1) | Ernesto DURONTO(3) | Juan FUSELLI(4) | Lilia LOBO MÁRQUEZ(5) | Carlos RAPALLO(6) | Gerardo ZAPATA(7) / INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA (1); SANATORIO MATER DEI (2); FUNDACIÓN FAVALORO (3); CEMIC (4); INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA SRL (5); SANATORIO PROFESOR ITOIZ (6); INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE ROSARIO (7)

Objetivos: EPICOR es un registro internacional, multicéntrico, prospectivo, que enroló 10.568 pacientes consecutivos con síndrome coronario agudo (SCA) en 555 centros de 20 países con el fin de determinar los patrones de utilización de la terapia antitrombótica en el contexto de la práctica habitual y con un seguimiento de dos años. Objetivo: Describir el uso de tratamiento antitrombótico en SCA en la Argentina y los eventos en el seguimiento a 2 años usando la cohorte del registro EPICOR. Materiales y Métodos: Se incluyeron 438 pacientes con SCA, con supradesnivel del ST (STEMI, 41%) o sin ST (NSTEMI-ACS, 59%), externados vivos de 30 centros hospitalarios públicos, privados y de comunidad distribuidos en distintas ciudades del país, y seguidos hasta los dos años mediante llamadas telefónicas. La media de edad fue 62 años, con predominio de varones y alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. La mortalidad global fue de 4,8% al año, y 7,3% a los dos años. Resultados: El 81% de la población recibió doble terapia antiagregante (DAPT) y un 5% anticoagulantes orales. Se observó una alta adherencia al uso de DAPT (80% al año y 53% a los dos años), con mínimas diferencias entre STEMI y NSTEMI-ACS. La tasa global de eventos luego del alta fue baja, incluyendo las reinternaciones y angioplastias; la incidencia de eventos CV fue de 15% a dos años (STEMI 13%, NSTEMI-ACS 16%), y de sangrado del 1,8% a los 2 años, sin diferencias entre STEMI o NSTEMI-ACS. El uso de anticoagulación oral crónica junto a la antiagregación se asoció con una mayor incidencia de sangrado (21%) comparado con DAPT sin anticoagulación oral (0,6%, p<0.0001). Se analizó la calidad de vida de los pacientes con el cuestionario EQ-5D; se observó una elevada tasa de ansiedad o depresión al momento del alta (45%), pero con mejoría importante en el seguimiento (17% a los dos años). Conclusiones: La mitad de los pacientes de la cohorte argentina del registro EPICOR continuaban con doble antiagregación plaquetaria a los 2 años de un SCA, no relacionado a eventos en el seguimiento, que fueron bajos, a excepción de sangrado en pacientes con anticoagulación oral asociada.

0352 - ÍNDICE GLUCORRENAL: UN PREDICTOR SIMPLE DE EVENTOS ADVERSOS A LARGO PLAZO EN SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS.

Tomás BERTOLINO | Nadia Ester PUEBLA | Marcelo Angel ABUD | Andrés Agustín VECCHIA | Juliana Nazareth MARÍN | Rocío Agustina PICCININI | Graciana María CIAMBRONE | Claudio Cesar HIGA / HOSPITAL ALEMÁN

Objetivos: Evaluar el comportamiento de un índice que integra en forma combinada, el valor pronóstico a largo plazo de la glucemia y la disfunción renal en pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA) en el mundo real. Materiales y Métodos: Se realizó un análisis de pacientes con diagnóstico de SCA ingresados de forma consecutiva a un Hospital de Comunidad. Se realizaron mediciones de glucosa y creatinina séricas al ingreso. Se calculó el índice glucorrenal (IGR) mediante la siguiente fórmula: (glucemia x creatinina sérica) x 100. Se agrupó a la población en terciles según el IGR. Se construyeron tablas de contingencia y se compararon las variables con el test de chi cuadrado. Se realizó un análisis de regresión logística por el método de Cox para el punto final primario: muerte/infarto agudo de miocardio (IAM). Se consideró significativo un valor de p < 0.05. Resultados: Se analizaron 609 pacientes con SCA, con una mediana de seguimiento de 36 meses. El tercer tercil en comparación con el primero, tenía una población de mayor edad, con predominio del sexo masculino, con mayor prevalencia de HTA y diabetes mellitus tipo 2 de manera significativa. La tasa de muerte/IAM a largo plazo fue del 3.8% en la población general, siendo mayor en el tercer tercil respecto al primero: 6.9% vs. 2.1% respectivamente (p= 0.03). Luego de aplicar un análisis de regresión logística multivariado de Cox, el IGR se asoció de forma independiente a Muerte/IAM ajustado por edad, género femenino, concentraciones de troponina T, diabetes mellitus tipo 2, desvíes del segmento ST y función ventricular (OR 2.1; IC 95% 1.13% – 3.93%, p= 0.01). Conclusiones: Este nuevo índice constituye una herramienta sencilla y de acceso masivo para detectar el riesgo de muerte e infarto a largo plazo en pacientes con SCA.

Variable	Tercil 1	Tercil 2	Tercil 3	p
IGR	54-9048	9049-11830	11831-270146	
>70 años	25.9	35.4	38.3	0.02
HTA	57.2	60.8	76.1	0.0001
DBT	3.2	11.6	38.3	0.0001
DLP	51.6	52.9	61.7	NS
TBQ	41	47	41	NS
Infradesnivel ST	15.3	13.2	19.8	NS
Supradesnivel ST	22	33.3	44.7	0.002
AAS durante internación	98.9	98.9	100	NS
Clopidogrel en internación	96.8	97.4	95.2	NS
Heparinas en internación	29	36	35	0.0001
CCG	48.4	65.8	76.1	0.0001
0.0001	5.3	12.7	19.7	0.001
CRM	5.9	9.7	15	0.01
M/IAM	2.1	2.6	6.9	0.03

0402 - DIFERENCIAS EN LA EVOLUCIÓN Y EL PRONOSTICO CUANDO EL TIEMPO PUERTA BALÓN ES MENOR A 60 MIN. ¿CÓMO HACER PARA CUMPLIR CON LAS GUÍAS?

Nicolas LALOR(1) | Leandro Diego RODRIGUEZ(1) | Gerardo (h) NAU(1) | Francisco LONGO(2) | Pablo Marcelo SPALETRA(1) | Nicolas BAÑOS(3) | Fernando Adrián CURA(1) | Marcelo Sergio TRIVI(1) / ICBA (1); SANATORIO ANCHORENA (2); HOSPITAL MILITAR CENTRAL (3)

Objetivos: Las guías actuales de infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMST) recomiendan que, en centros con disponibilidad de hemodinamia, el tiempo puerta balón (TPB) sea menor a 60 minutos. Los registros muestran que esto es muy difícil de lograr en el 100% de los pacientes. Objetivo: Identificar las características de los pacientes y de los protocolos implementados que permitan reducir el TPB y así cumplir con las guías de tratamiento. Materiales y Métodos: Se incluyeron de manera consecutiva todos los pacientes con IAMST que requirieron angioplastia primaria (ATCp). Se comparó la evolución de los pacientes con un TPB <60 min vs cuando fue mayor a 60min. Se evaluó la estancia hospitalaria, fracción de eyección al alta,

RESUMENES DE TEMAS LIBRES

mortalidad hospitalaria y al año de seguimiento y tasa de internación por insuficiencia cardíaca. El seguimiento se realizó por consultorio y telefónicamente. Resultados: Se incluyeron 410 pacientes (p) en el periodo entre enero de 2012 y mayo de 2016. La edad promedio fue de 58 años en el grupo <60min (p<0,02), 21 % eran mujeres, 46% tabaquistas y 17 % diabéticos, sin diferencias significativas entre ambos grupos. El TPB promedio fue 69,54 min (DS 29). Se cumplió el objetivo de TPB < a 60 en 148p 36,1%. Los pacientes tratados antes de los 60 min habían activado el sistema de ATCP en la etapa prehospitalaria en el 42,6% vs en el 1,6% cuando entraron por guardia (p<0,001) y llegaron al centro de atención mientras el servicio de hemodinamia se hallaba presente (on hour) en el 55% vs 24,2 en el grupo que tardó más de 60min (p<0,001). Los resultados en la evolución y el pronóstico de ambos grupos se detallan en la tabla 1. Conclusiones: Cumplir con un TPB < a 60 minutos reduce de manera significativa la mortalidad en IAMST. Los pacientes con reperfusión precoz presentaron menor deterioro de la función ventricular y menor estancia hospitalaria. La presentación del paciente en horario diurno (con servicio de hemodinamia presente en el centro) y fundamentalmente la activación prehospitalaria permitieron cumplir con los tiempos recomendados por las guías.

	TPB<60min	TPB>60min	p
Días de internación	3,7 +/- 0,48	5,8 +/- 3,09	0,02
Fey	50% +/- 6	38,4 +/- 10	0,003
Mortalidad	0%	5,3%	0,004
Mortalidad al año	0,8%	5%	0,03
Int por IC al año	3,9%	5,2%	0,57
Int por IAM al año	11,6%	6,1%	0,09

0363 - FACTORES ASOCIADOS CON PRESENCIA DE TROMBO EN AURICULA IZQUIERDA EN EL ECO TRANSESOFAGICO DE PACIENTES CON FIBRILACION AURICULAR DE TIEMPO INDETERMINADO.

Julio Hector BISUTTI | Miguel Sebastian AYON | Javier Fabian VENTRICE | Matias FOSCO | Walter Ramón ALUSTIZA | Eduardo TOBAR | Dario KENNY | Maria Pia MARTURANO / SANATORIO PASTEUR

Objetivos: Analizar variables asociadas con la presencia de trombo en el eco transesofágico en pacientes con fibrilación auricular de tiempo indeterminado en plan de cardioversión eléctrica. Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo, observacional, en único centro incluyendo 92 pacientes (pac) ingresados en forma consecutiva con diagnóstico de FATI desde abril del 2014 a diciembre del 2015. Todos los eco transesofágicos (ETE) fueron realizados por único operador entrenado. Las variables cualitativas fueron comparadas utilizando prueba Exacta de Fisher y las cuantitativas suma de Rangos de Wilcoxon, con un nivel de significación estadística de 0.05. Resultados: Se incluyeron 92 pac con FATI con la intención de realizar CV durante la internación, por lo que se les efectuó ETE a 89 pac, para evaluar presencia de trombo en aurícula izquierda (AI) independientemente si recibían o no terapia anticoagulante previa. De los 92 pac, 56,5 % fueron de sexo masculino, la media de edad fue 71 años rango intercuartil (RIC) entre 62,5-71, HTA en el 80,4%, diabetes 21,7 %, ACV previo 13%, enfermedad vascular 20,7%, insuficiencia cardíaca (IC) 40%, fracción de eyección (Fey) mediana 59 (RIC 40-64), CHA2DS2-Vasc mediana 4 (RIC 2-5) y HASBLED mediana 2 (RIC 1-3). Analizando las variables ecocardiográficas se halló placas en aorta en 20% (18 pac), contraste espontáneo en AI 82% (73pac), velocidad en orejuela de aurícula izquierda (OAI) 0,4 (RIC 0,3-0,6) y trombo en OAI 25,8%, (23 pac) En comparación de los pac sin trombos, los pac con trombo fueron más frecuentemente de sexo masculino (56,5% vs 43,5%, p 0,05), antecedentes de insuficiencia cardíaca (30,3% vs 73,9%, p <0,01), enfermedad vascular periférica (16,7 % vs 39,1 %, p 0,03), fracción de eyección del ventrículo izquierdo (60 % vs 40 %, p <0,01), tamaño de AI (45 % vs 51 %, p <0,01), placas en aorta (15,2% vs 34,8 %, p <0,01), contraste espontáneo (75% vs 100%, p<0,01) y velocidad de OAI (mediana 0,47 m/s vs 0,27, p<0,01). Conclusiones: En nuestra población se hallaron trombos en el 25% de las FATI. La presencia de trombo en el ETE se asocia a ciertos factores clínicos (hombre, insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular periférica) y ecocardiográficos (baja fracción de eyección, tamaño de AI, placas en aorta, baja velocidad en OAI).

0366 - DETERMINACIÓN DE GRASA EPICÁRDICA Y RIESGO CARDIOVASCULAR MODERADO

Maria Del Carmen RUBIO | Claudio Gabriel MOROS | Liliana Noemí NICOLSI / HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES

Objetivos: Muchos estudios han tratado de identificar pacientes (P) con alto riesgo de enfermedad cardiovascular. Partiendo del score de Framingham (FRCV) se han incorporaron distintos factores de riesgo entre ellos el espesor intimal carotídeo, rigidez arterial, índice tobillo brazo y grasa pericárdica entre otros. A pesar de los esfuerzos, P no catalogados de alto riesgo desarrollan eventos cardiovasculares. Objetivos: determinar en pacientes de riesgo moderado, parámetros sub clínicos de riesgo cardiovascular. Materiales y Métodos: Ingresaron consecutivamente (2015-2016), P mayores de 70 años, con un FRCV menor o igual a 20. Se determinó el espesor de la grasa epicárdica (EGP), con ecocardiograma. Se evaluó el índice tobillo-brazo (ITB) mediante Doppler. Se calculó el Índice de rigidez (IR) $\beta = \ln(PAS - PAD) / [(DAS - DAD)/DAD]$, donde PAS y PAD es presión arterial sistólica y diastólica en la arteria braquial, DAS y DAD diámetros máximo y mínimo de carótida común derecha. Se midió el espesor intimal carotídeo (EIC). Se analizaron factores de riesgo cardiovasculares. Se excluyeron los P con historial de patología cardiovascular, diabéticos, fumadores y/o aquellos con un índice ITB <0,9

EGP	n26	n34	n43	n40	n44	p	IC 95%
Mm	1.25-2.25	2.26-3.26	3.27-4.27	4.28-5.58	5.29-6.29		
ITB	1.10±0.71	1.12±0.18	1.11±0.92	1.32±0.46	1.34±0.18	NS	
IR β	3.60±0.24	3.69±1.78	3.97±1.24	4.08±1.69	5.23±1.04	0.001	-1.15(-0.43)
FRCV	15.9±3.2	15.7±3.79	16.2±3.90	16.4±2.7	16.3±2.4	NS	
EIC mm	0.76±0.08	0.75±0.06	0.77±0.09	0.77±0.05	0.80±0.04	0.006	-0.03(-0.007)

o >1,40. El EGP se agrupó en quintiles. El análisis estadístico se efectuó con el programa SPSS 20, se utilizaron test de ANOVA, coeficiente de correlación de Pearson, se aceptó un error alfa menor a 0,05 e IC del 95%. Resultados: Ingresaron 187 P con edades de 62,42±6,36 años, mujeres 69,7% (129), HTA 69% (129). Los P con un EGP ubicados en el 5to quintil (5,29-6,29 mm) presentaron mayor IR β y EIC, p=0,001 [IC 95% -1,15 - (-0,43)] y p=0,006 [IC 95%: -0,03 - (-0,007)], respectivamente. No se encontraron diferencias en el score de FRCV ni en el ITB entre los distintos quintiles de EGP. Valores de grasa pericárdica mayores de 5,29 mm se correlacionaron con el IR β ; R²=0,48 y con EIC; R²=0,40. Conclusiones: En individuos con riesgo cardiovascular moderado, el espesor de grasa pericárdica permitió identificar pacientes con mayor rigidez arterial y espesor intimal carotídeo, pudiendo constituir un grupo con mayor riesgo de presentar eventos cardiovasculares.

TABLA 1

Edad (años)	72 ± 11
Sexo masculino	146 (50%)
Factores de riesgo cardiovascular	
HTA	226 (78%)
DLP	159 (55%)
TBQ	92 (32%)
DBT	51 (18%)
IRC	32 (11%)
Último registro de TA ambulatoria	128 ± 18/75 ± 11
Laboratorio	
Colesterol Total	185 ± 38
LDL	114 ± 32
HDL	53 ± 16
Tg	111 ± 52
HbA1c	5,99 ± 0,67
Creatinemia	0,92 ± 0,33
Valvulopatía	
Estenosis aórtica severa	188 (65%)
Insuficiencia aórtica severa	25 (9%)
Estenosis mitral severa	4 (1%)
Insuficiencia mitral severa	64 (22%)

TABLA 2

	Sin EC significativas (n=188)	Con EC significativa (n= 103)	p
Edad (años)	70 ± 12	75 ± 8	0.0017
Sexo femenino	109 (58%)	36 (35%)	0.0002
HTA	138 (73%)	88 (85%)	0.02
HDL	55 ± 16	47 ± 16	0.001
Creatinemia	0.88 ± 0.32	1.04 ± 0.41	0.0002
Placas en el EDC	116 (62%)	90 (87%)	0.0001
EMI	1.6 ± 0.68	2.15 ± 0.66	0.0005

0385 - ¿ES POSIBLE DESCARTAR LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD CORONARIA MEDIANTE EL USO DE ECO DOPPLER CAROTIDEO?

Juan BENDER | Ignacio Martín BLURO | Vanina LEYENDECKER | Paula CITTERIO | Fernando Damian GARAGOLI | Vadim KOTOWICZ | Arturo Miguel CAGIDE | Cesar Antonio BELZITI / HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

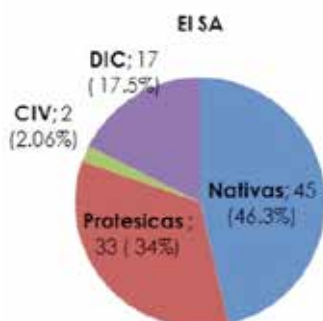
Objetivos: En este estudio se evalúa la utilidad del ecodoppler carotídeo (EDC) para predecir la ausencia de lesiones coronarias. Materiales y Métodos: Se evaluaron de manera consecutiva a los pacientes referidos a cirugía valvular entre julio de 2010 y julio de 2013 en un hospital. Se incluyeron aquellos a los que se les realizó como examen prequirúrgico un EDC y cinecoronariografía (CCG). Se excluyeron los pacientes con antecedentes de infarto de miocardio o revascularización previa. Se reportaron además los principales factores de riesgo cardiovascular. En el EDC se evaluó el espesor medio-intimal (EMI) y la presencia o ausencia de placas ateroscleróticas. Con respecto a las arterias coronarias, se dividieron a los pacientes de acuerdo a que tuvieran o no lesiones significativas. Las variables continuas se reportaron como media o mediana, $\pm$ desvío estándar o rango intercuartil, y las variables categóricas en frecuencia absoluta y relativa (%). Para el análisis de la relación entre los hallazgos del EDC y la enfermedad coronaria (EC) significativa, se analizaron las variables continuas con T Test o Mann-Whitney U Test y las dicotómicas con chi 2. Se creó un modelo de regresión logística con las variables que fueran clínicamente relevantes para el análisis multivariado. Por último, tras realizar una curva ROC se determinó cual sería el punto de corte de EIM por debajo del cual no habría enfermedad coronaria significativa. Resultados: Se incluyeron 291 pacientes. Las características basales de la población se observan en la Tabla 1. La edad media fue 72 $\pm$ 11 años y 146 (50%) fueron hombres. La mayoría de los pacientes tuvo al menos un factor de riesgo mayor de enfermedad coronaria. El EDC mostró presencia de placas en 206 pacientes (71%). En 112 pacientes (38%) se realizó medición de EMI, y se efectuaron en promedio 4,44 mediciones por paciente. El EMI máximo promedio fue 1,78 $\pm$ 0,76 mm. La CCG mostró ausencia de lesiones significativas en 188 pacientes (65%). Las variables que mostraron asociación con la presencia o ausencia de enfermedad coronaria significativa pueden observarse en la tabla 2. Se creó un modelo multivariado con las variables clínicamente más relevantes para la predicción de EC, en el que la edad, el sexo y el valor de HDL tuvieron una asociación significativa. El área bajo la curva (ABC) del modelo fue de

0.74. Luego de la adición del EMI al modelo, ninguna de las variables resultó tener asociación significativa para la predicción de EC, aunque el EMI ($p = 0.07$) y el HDL (0.068) estuvieron en el límite de la significación. El ABC del nuevo modelo creado fue superior (0.8). Finalmente, la medición de un EMI menor a 0.8 mm demostró una sensibilidad del 100% para descartar EC. Conclusiones: En esta población de pacientes de riesgo cardiovascular al menos moderado, los hallazgos del EDC se asociaron a los encontrados en la CCG. Un valor de EMI máximo por debajo de 0.8 mm descartó la presencia de EC significativa, lo que podría ser un hallazgo relevante para manejo de estos pacientes en prevención primaria cardiovascular.

0421 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS: FORMAS DE PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN HOSPITALARIA

Melina RIESCO | Milagros SEJO BÉHET | Claudia Mariana CORTES | Nagel CLAUDIA | Eduardo GUEVARA | Roberto René FAVALORO | José Fabián SALMO | Horacio Jose CASABÉ / FUNDACIÓN FAVALORO

Materiales y Métodos: Se analizaron los factores predisponentes, la presentación clínica, tratamiento y la mortalidad hospitalaria (MH) de una serie consecutiva de EI (según criterios de Duke modificados) por SA en un hospital de alta complejidad desde 6/1992 a 12/2015. Resultados: De un total de 490 EI, se analizaron 97 (20%) episodios de EI por SA. La edad media fue 56 ± 19.4 años y el 70% eran hombres. Presentaban antecedentes de diabetes el 16.4 %, 6% insuficiencia renal crónica y en el 1 % drogadicción intravenosa. La adquisición fue hospitalaria en 39 casos (40%). En el 25% no existía enfermedad cardíaca subyacente, el 22% presentó enfermedad degenerativa y un 12.3% tenían enfermedades congénitas. Presentaron un procedimiento invasivo previo un 47% de los casos. El 85.5% fueron EI Definitivas. De las endocarditis analizadas 17 (17.5%) eran sobre dispositivos intracavitarios, 33 (34%) sobre válvulas protésicas, 45 (46.3 %) sobre válvulas nativas y 2 (2.06%) en pacientes con comunicación interventricular (Figura 1). Presentaron fiebre un 93 % de los pacientes, escalofríos 44%, disnea 26%, astenia 21%



Germen	Valvular	MH	p 0,8
SA	80	17 (21,25%)	
Otros	357	79 (2,1%)	

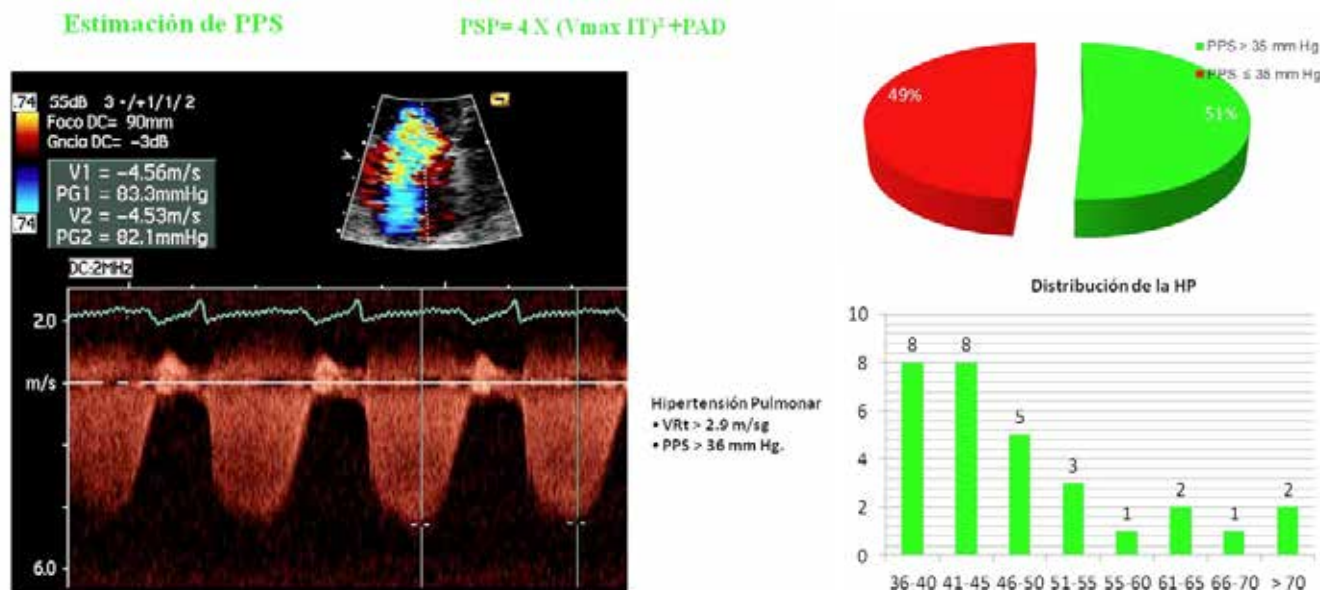
Germen	MCP	MH	p 0,08
SA	17	3 (17,6%)	
Otros	36	1 (2,7 %)	

MH total	SA	Otros gérmenes	p 0,94
	20 (20,6%)	80 (20,20%)	

y anorexia 17%. Se constataron petequias en un 12%, esplenomegalia y hemorragias cutáneas en un 9%. Se observaron vegetaciones por ecocardiografía en el 75% y absceso anular en el 21%. Se indicó cirugía a 65 (67%) pacientes por presencia de insuficiencia cardíaca (30 %), embolia (25%), sepsis (21%) o absceso anular (21%). A todos los pacientes con EI en DIC se les extrajo el dispositivo. La mortalidad quirúrgica fue del 13,8% (9/65) y en pacientes con DIC fue del 17,6% (3/17) principalmente por sepsis no controlada. La MH de la EI por SA fue del 20,6% (20/97), sin diferencia estadísticamente significativa con el resto de las EI por otros gérmenes o con hemocultivos negativos. Tampoco existió diferencia significativa en la MH analizando los dos subgrupos según gérmenes (Figura 2). Conclusiones: En nuestro hospital de alta complejidad la quinta parte de los pacientes con EI tanto valvulares como de DIC tienen al SA como germen causal. El cuadro clínico es generalmente grave con requerimiento de tratamiento quirúrgico. La MH es alta debida mayoritariamente a sepsis.

0482 - DETECCIÓN DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN NUESTRA POBLACION CON ESCLERODERMIA

Adrian Jose LESCANO(1) | Augusto Maria LAVALLE COBO(1) | Alejandro NITSCH(2) | Alejandra FERRO(1) | Nicolas GONZALEZ(1) | Hector SANTA MARIA(1) | Guido DAMIANICH(1) | Brenda VARELA(2) / SANATORIO FINOCHIETTO (1); HOSPITAL ALEMÁN (2)



Objetivos: INTRODUCCIÓN La hipertensión pulmonar (HP) es una entidad hemodinámica caracterizada por la elevación de los valores de presión pulmonar, que obedece a diversas etiologías. La esclerodermia es una enfermedad del tejido conectivo que genera fibrosis cutánea y de diversos órganos; donde el desarrollo de HP determina el pronóstico. La prevalencia de HP en esta población varía en relación a los parámetros utilizados para su diagnóstico, aunque el cateterismo cardíaco derecho es la herramienta de elección confirmatoria, el ecocardiograma representa el método de screening. **OBJETIVO** Determinar la prevalencia de hipertensión pulmonar, por criterios ecocardiográficos, en pacientes con esclerodermia y sin antecedentes cardiovasculares. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron p con esclerodermia definida, sin signos de insuficiencia cardíaca o disnea, que asistieron al laboratorio de ecocardiografía por control. Se utilizó un ecógrafo General Electric Vivid 55 y se realizaron las cuantificaciones según las guías internacionales. Se determinó el valor de presión pulmonar sistólica (PPS) a través de la sumatoria del gradiente del reflujo tricúspideo y la presión de aurícula derecha (diámetro de vena cava inferior y colapso inspiratorio) según la ecuación de Bernoulli modificada. Se excluyeron los p con ausencia de reflujo tricúspideo o inadecuada determinación del jet. Se definió HP con una PPS > 35 mm Hg según recomendaciones de las guías. Se evaluó función sistólica del ventrículo izquierdo (FSVI) y función diastólica del ventrículo izquierdo (FDVI) por fracción de eyección y flujo transmitral respectivamente. Se definió signos de alta presión de fin de diástole a los patrones restrictivos. Resultados: Estudio prospectivo, consecutivo, observacional y descriptivo de 68 pacientes (p) con diagnóstico establecido de esclerodermia (diagnóstico promedio de 28 meses). En 58 p se obtuvo una adecuada factibilidad para estimar la PPS. Entre las características de la población se observa una edad promedio de 48 años, sexo femenino 86%, hipertensión arterial 28% y fibrosis pulmonar 7%. El hallazgo de deterioro de la FSVI y signos de alta presión de fin de diástole se observó en el 2%. El valor promedio de PPS fue de 43 mm Hg (25-110 mm Hg) y se estableció el diagnóstico de HP en el 51%. El incremento de los valores de PPS > 50 mm Hg (significativa) alcanzó al 19% y disfunción sistólica del ventrículo derecho en 4%. Conclusiones: En nuestra población con diagnóstico de esclerodermia detectamos una elevada prevalencia (51%) de hipertensión pulmonar por criterios ecocardiográficos. Estos hallazgos destacan la necesidad de utilizar herramientas de screening interdisciplinarias en esta patología.

0534 - AUSENCIA DE ASOCIACIÓN ENTRE EL PUNTAJE CHA2DS2-VASC Y ECOCARDIOGRAMA EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR DE TIEMPO INDETERMINADO

Humberto Darío KENNY ACOSTA | Matías José FOSCO | Javier Fabian VENTRICE | Julio BISUTTI | Miguel AYON | Gisele Adriana Ruth FLORES | Yanina VAZQUEZ | Maria Pia MARTURANO / SANATORIO PASTEUR

Objetivos: El puntaje CHA2DS2-VASc predice riesgo de cardioembolia a mediano y largo plazo, contribuyendo a definir la indicación de anticoagulación (ACO) en pacientes (p) con fibrilación auricular (FA). Su asociación con trombo actual en p con FA de tiempo indeterminado (FATI) está menos establecida. Nuestro objetivo fue analizar la asociación del riesgo cardioembólico según puntaje CHA2DS2-VASc y la presencia en el ecocardiograma transesofágico (ETE) de trombo en orejuela de aurícula izquierda (OAI) y/o alteraciones facilitadoras de cardioembolia. **Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo sobre todos los pacientes (p) con FATI consecutivamente admitidos entre abril/14 y marzo/15. Los p fueron divididos de acuerdo al puntaje CHA2DS2-VASc en riesgo bajo/intermedio (0/1) y alto (>1) de cardioembolia. Entre ambas poblaciones fueron comparados la frecuencia de trombo en OAI y alteraciones facilitadoras de cardioembolia. Las variables continuas se expresan por su mediana y rango intercuartílico (RIC) y se comparan mediante prueba de Suma de Rangos de Wilcoxon. Las variables categóricas se expresan por su porcentaje y se comparan mediante prueba Chi Cuadrado. Se utilizó un nivel $\alpha = 0,05$. Resultados: Ingresaron 92 p con FATI, se efectuó ETE a 89 (96,7%). En 16 de ellos (18%) el riesgo por puntaje fue bajo/intermedio (edad mediana 58 años, RIC 52,5-61,5; mujeres 12,5%) y en 73 (82%), alto (edad mediana 73 años, RIC 66-79; mujeres 50,7%). Se detectó trombo en OAI en 3 p del primer grupo (18,8%) y en 20 (27,4%) del segundo (p NS). No hubo diferencias significativas entre ambas poblaciones en la frecuencia de hallazgos ecocardiográficos de riesgo (ver Tabla). Se realizó un segundo ETE en los 3

RESUMENES DE TEMAS LIBRES

p del primer grupo (100%) y en 16 p del segundo (80%). El 100% de los p habían recibido ACO antes del segundo ETE durante una mediana de 8 días (RIC primer grupo 6-8, segundo grupo 7-14; p NS). Se documentó persistencia de trombo en 2 p del primer grupo (66,7%) y en 7 del segundo (43,8%) (p NS). Conclusiones: El puntaje CHA2DS2-VASc no se asoció con presencia de trombo en OA, ni hallazgos ecocardiográficos facilitadores de cardioembolia en p con FATI. Tampoco se asoció con persistencia/resolución de trombo luego de 8 semanas de ACO.

0016 - INCIDENCIA ANUAL Y LETALIDAD DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN LA CIUDAD DE BARILOCHE. ESTUDIO REGIBAR

Matias E. CALANDRELLI(1) | Mario CAMINOS(2) | Jorge BOCIAN(1) | Maria Emilia SAAVEDRA(3) | Maria Eliza ZGAIB(4) | Antonio BAZAN(5) | Daniel ABRIATA(2) | Mariano TREVISAN(1) / SANATORIO SAN CARLOS, BARILOCHE. (1); HOSPITAL PRIVADO REGIONAL, BARILOCHE (2); HOSPITAL RAMON CARRILLO (3); DISTRITO SAC BARILOCHE (4); SANATORIO DEL SOL, BARILOCHE (5)

Objetivos: La incidencia y letalidad del infarto de miocardio (IAM) en Argentina se han estimado utilizando registros hospitalarios y certificados de defunción, habiéndose demostrado para éstos últimos, moderada correlación con otras metodologías en el diagnóstico de la causa de la defunción. Materiales y Métodos: Se realizó un registro prospectivo de 365 días de todos los casos de primer IAM, fatales y no fatales. Se incluyeron pacientes >18 años, residentes en los últimos 6 meses en la localidad, con primer IAM espontáneo (tipo 1 de la Clasificación Universal de Infarto AHA/ACC/ESC 2012 y criterios de la OMS-MONICA para casos fatales). Fuentes de datos: a) Todos los centros de internación de la ciudad ("hot pursuit") b) Registro civil, realizándose Autopsias Verbales en los casos de muerte extrahospitalaria potencialmente cardiovascular y c) consultorios. Para minimizar subregistros se obtuvieron todas las trononias elevadas de la ciudad en el período de estudio ("cold pursuit"). Un comité de eventos determinó el diagnóstico en los casos dudosos. Se realizó un estudio piloto y hubo seguimiento a 28 días para casos no fatales. Se consideró la población de Bariloche de acuerdo al Censo 2010 (112887 habitantes). Resultados: Se registraron 144 casos de IAM (edad 71,1 años, 63,5% masculinos) con una incidencia anual de 12,8% por 10000 habitantes (h). La tasa de IAM anual estandarizada por edad (35 a 64 años) fue de 10,9 cada 10000 h, siendo para los hombres 17,0 y para mujeres 4,3. En la tabla 1 se detallan los casos de acuerdo a su fuente de origen. De los 61 IAM fatales extrahospitalarios, 16 fueron IAM fatal posible y 45 muertes clasificables (incluidos según criterios MONICA). La mortalidad global fue 46,5%, perteneciendo el 9% a casos hospitalizados y el 91% a casos fatales no hospitalizados. Conclusiones: Considerando criterios del estudio MONICA, la incidencia anual de primer infarto agudo de miocardio en la ciudad de Bariloche fue 12,8% cada 10000 habitantes. Más del 40% de los casos no llegan a ingresar un centro de salud. La mortalidad global por IAM fue 46,5%, ocurriendo más del 90% de los decesos antes de ingresar al hospital.

	IAM hospitalizados	IAM consultorios	IAM extrahospitalarios
n	80	3	61
Edad (prom)	65,5	68	78,3
Mortalidad (%)	6/80 (7,5%)	0/3 (0%)	61/61 (100%)

0066 - INTERPRETACION FISIOLOGICA DE LA DISMINUCION DE LA PRESION ARTERIAL DURANTE LA BIPEDESTACION

Maximo SCHIAVONE | Sergio GONZALEZ | Guillermo MARTINEZ | Daniel RINCON | Rodolfo LA GRECA | Felipe INSERRA | Irma RAMELLA / HOSPITAL CHURRUCA VISCA

Objetivos: 1- Analizar si el descenso de la presión arterial (PA) durante el ortostatismo se asocia con un perfil hemodinámico característico en reposo. 2- Establecer si dicho perfil de ajuste de PA se asocia con cambios hemodinámicos y autonómicos específicos al pararse. 3- Establecer predictores autonómico-hemodinámicos independientes de este tipo de respuesta. Materiales y Métodos: Se evaluaron 412 pacientes que concurren consecutivamente a realizarse una evaluación hemodinámica. Luego de criterios de exclusión (edad < 18, > 80 años; HTA secundaria; antecedentes de eventos cv) se incluyeron 202 pacientes (43 normotensos y 159 hipertensos). A través de un protocolo estructurado, se determinó la PA (Omron HEM-705) y las siguientes variables hemodinámicas por cardiografía por impedancia (Z Logic, Argentina) en posición supina y tercer minuto de bipedestación: Frecuencia cardíaca (FC), descarga sistólica (DS), resistencia vascular sistémica (RVS), contenido de fluido torácico (CFT). Se calculó la presión de pulso (PP) en ambas situaciones. Paralelamente se evaluó la variabilidad de la FC (Kubios, Finlandia) durante 3 minutos en reposo y en bipedestación, con medición de los componentes espectrales de alta frecuencia (HF), y de baja frecuencia (LF) como expresión de tono parasimpático y simpático, respectivamente. Se definieron 3 tipos de repuestas de la PAS ante la bipedestación: descenso (DES), estabilización (EST), según ± 10 mm Hg de la media de Delta-PAS parado-acostado, según protocolo usado previamente en estudio ARIC. Se analizaron específicamente las variables del grupo DES con respecto al comparador, grupo EST, según: 1- condiciones basales y 2- diferencias (Delta parado-acostado) (t-test y U de Mann-Whitney). Resultados: Se identificaron 30 pacientes con DE y 172 con ES. Las variables antropométricas, el sexo y las medicaciones mostraron distribuciones homogéneas en los 2 grupos (p>0,05 en todas). El grupo DES presentó en estado basal PAS y RVS más altas, conjuntamente con mayores niveles de PP respecto de grupo EST (PAS, RVS y PP p<0,01). Ante la bipedestación el grupo DES la hemodinamia mostró un Delta-PP mucho menor que el grupo EST (p<0,0001). El análisis autonómico DES mostró un Delta-LF negativo y mucho menor que el grupo EST (p<0,01). En la regresión logística RVS, PPbasal y el Delta-PP resultaron predictores independientes. Conclusiones: En condiciones basales los pacientes con DES mostraron

Basal	DES		EST		p
	Mean	SD (%)	Mean	SD (%)	
ED	62,8	15,0983	53,994	13,4312	0,0008
Sexo (Masc)	15	50	101	59,41	0,4453
IMC	29,659	5,2952	29,63	4,8743	0,9763
FC	69,09	9,5144	69,38	10,7768	0,9084
DS	66,486	26,3302	73,484	25,7059	0,1094
RVS	2092,601	701,7342	1733,056	662,0841	0,0039
Z0	27,899	4,8523	26,699	4,3217	0,1949
hfpowar	182,324	285,1544	157,451	181,2623	0,722
lfpowar	282,151	312,9187	405,78	1044,0667	0,9527
PADB	84,767	10,582	82,372	11,4577	0,2868
PAMB	108,878	11,4066	100,988	12,9574	0,002
PASB	157,1	18,947	138,221	19,3919	<0,0001
Ppbasal	72,333	16,9976	55,849	14,2264	<0,0001

Parado	DES		EST		p
	Mean	SD	Mean	SD	
diff DS/DS	-12,641	31,028	-17,735	31,1174	0,4205
DIF FC/FCp	7,993	6,9393	8,434	7,8584	0,8789
DIF PB/PS3	-16,833	6,8586	4,209	7,1283	<0,0001
DIF RVS/RVSp	238,614	898,6012	455,127	977,3906	0,1769
diff Z0p/Z0	3,124	2,7906	2,348	2,1532	0,2335
diff hfpowar	-64,665	332,7548	-44,38	199,4747	0,8114
diff lfpowar	-48,086	419,0314	405,001	2015,1054	0,0008
Dif_PP	-15,8	7,8801	-2,901	7,5176	<0,0001

un perfil hipodinámico (bajo DS-RVS elevadas) con PP aumentada, y con escaso aumento de las RVS durante la bipedestación. También mostraron un Delta-LF negativo con respecto al grupo de EST. En resumen, la tendencia a la hipotensión durante el ortostatismo parecería estar relacionada con mayor remodelado vascular y menor sensibilidad al ajuste neurovascular. Terapéuticas específicas podrían contribuir a mejorar el ajuste neuro-cardiovascular en estos pacientes.

0109 - ASOCIACIÓN ENTRE LA RAZÓN TRIGLICÉRIDOS/COLESTEROL HDL Y

Walter Mauricio MASSON JUAREZ | Graciela Beatriz MOLINERO | Daniel SINIAWSKI | Martín LOBO | Huerin MELINA / CONSEJO DE EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR SAC

Objetivos: 1) Estimar la razón triglicéridos/ colesterol HDL (T/HDL) en una población de mujeres posmenopáusicas de mediana edad en prevención primaria. 2) conocer la asociación entre dicha razón y la presencia de placa aterosclerótica carotídea (PAC). 3) Calcular la precisión de la razón T/HDL para detectar PAC, determinando el punto de corte óptimo que discrimine entre mujeres con o sin evidencia de PAC. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal, multicéntrico, de muestras consecutivas obtenidas en 6 consultorios de prevención cardiovascular de la ciudad de Buenos Aires. Criterios de inclusión: mujeres <65 años con un tiempo desde su última menstruación ≥ 2 años. Criterios de exclusión: enfermedad cardiovascular previa, antecedentes de diabetes mellitus, tratamiento hipolipidemiante previo o terapia de reemplazo hormonal. Se determinó la razón T/HDL dividiendo el valor de triglicéridos (mg/dl) sobre el C-HDL (mg/dl). Se calculó el score de Framingham a 10 años para eventos coronarios fatales utilizado por el ATP III, definiendo a la población como de bajo, moderado o alto riesgo si el riesgo era < 10%, entre 10% y 19% y $\geq 20\%$, respectivamente. Se definió PAC por ultrasonido cuando el espesor medio-intimal era $> 1,5$ mm. Se determinó mediante análisis uni y multivariado la asociación entre la razón T/HDL y la presencia de PAC. Se expresó la fuerza de asociación como odds ratio y su respectivo intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Se realizó un análisis ROC determinando el área bajo la curva con el objeto de valorar la precisión de la razón T/HDL para discriminar entre las mujeres con o sin PAC. Para determinar el punto de corte se utilizó el índice de Youden. Se calculó la sensibilidad y especificidad de dicho punto de corte. Los datos continuos entre 2 grupos se analizaron con el test de «t» si la distribución de las variables era normal o con el test de Wilcoxon-Mann-Whitney si no lo era. El análisis de los datos categóricos se realizó con el test de Chi cuadrado. Las variables continuas se expresaron como media $\pm$ desviación estándar, mientras que las variables categóricas se expresaron como porcentajes. Se definió como estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Resultados: Se incluyeron 332 mujeres (edad 57 ± 5 años). La razón T/HDL fue $2,35 \pm 1,6$. La prevalencia de PAC fue 29%. Las mujeres con PAC mostraron una mayor razón T/HDL ($3,33 \pm 2,1$, $p = 1,96 \pm 1,2$, $p < 0,001$) en comparación con las mujeres sin placa. Se observó una relación positiva entre los quintiles de dicha razón lipídica y la prevalencia de placa carotídea ($p < 0,001$). Independientemente de otros factores de riesgo, las mujeres con una razón T/HDL más elevada mostraron mayor probabilidad de presentar PAC (odds ratio 1,47, IC95%: 1,20-1,79, $p < 0,001$). El área bajo la curva de la razón T/HDL para detectar PAC fue 0,71 (IC95%: 0,65-0,76) y el punto de corte óptimo 2,04 (sensibilidad 70%, especificidad 63%). Conclusiones: En mujeres posmenopáusicas en prevención primaria la insulinoresistencia estimada a partir de la razón T/HDL se asoció independientemente con una mayor probabilidad de presentar PAC. El valor de dicha relación mayor a 2 podría utilizarse en la evaluación del riesgo cardiovascular en este grupo particular de mujeres.

0244 - CAMBIOS EN LA ACTITUD DE LOS MÉDICOS FRENTE AL TABAQUISMO. COMPARACIÓN ENTRE LOS ESTUDIOS TAMARA I (2004) Y II (2013).

Ozenda Martín LOBO(1) | Walter MASSON(1) | Horacio ZYLBERSZTEIN(1) | Adriana ANGEL(1) | Graciela MOLINERO(1) | Mauro Javier GARCIA AURELIO(2) | Andres MULASSI(1) | Diego MANENTE(1) | CONSEJO DE EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR SAC (1); AREA DE INVESTIGACION SAC (2)

Objetivos: Comparar entre los dos estudios (TAMARA I y II) las siguientes características: 1) Consejo antitabáquico; 2) Formación de los médicos en técnicas antitabáquicas. Materiales y Métodos: Se compararon dos estudios observacionales de corte transversal realizados en médicos de Argentina en 2004 y 2013 (TAMARA I y TAMARA II respectivamente). Se utilizó como instrumento la misma encuesta estructurada en ambos estudios. Se recolectaron variables basales referidas a los factores de riesgo cardiovascular habituales. Se analizó la prevalencia de algún tipo de capacitación en tabaquismo y la frecuencia con la que el médico aconsejaba a sus pacientes fumado-

res el abandono del tabaco. Para establecer si la asociación entre el tipo de estudio (TAMARA I o II) y dichas variables, podría deberse a diferencias en las dos poblaciones, se realizó un ajuste mediante puntaje de propensión (PP), el cual nos permitió conocer la probabilidad de cada individuo de participar en uno u otro estudio basado en sus características basales. Para dicho ajuste se incluyeron como variables independientes las siguientes: edad, índice de masa corporal, sexo, especialidad clínica o quirúrgica, trabajo en urgencias, especialidad cardiología, trabajo en medio público o privado, trabajo en buenos aires o el interior del país, hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes, actividad física y antecedentes cardiovasculares previos. A través de un algoritmo de emparejamiento (vecino cercano), se realizó el apareamiento de los participantes teniendo en cuenta valores similares de PP (diferencia no mayor al 5%). Finalmente, quedó confeccionada una sub-población de sujetos apareados, a partir de la cual se analizó la asociación entre el tipo de estudio (TAMARA I o II) la formación de los médicos, y si daban consejo a los pacientes. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes, y las continuas como media (DS), la asociación de las variables categóricas se evaluó con el test de χ^2 , la fuerza de asociación se expresó como odds ratio (OR) con su intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Se consideró significativa una probabilidad de error igual o menor de 0,05. Resultados: Se analizaron las encuestas de 9530 médicos (TAMARA I: 6497; TAMARA II: 3033). Globalmente, la edad media fue $41,5 \pm 11$ años, siendo cardiólogos el 18,6% y el 61% de sexo masculino. (Tabla I). Luego de calcular el PP, se matchearon 5996 sujetos. Con dicho ajuste se observó que la proporción de médicos con alguna formación en técnicas para dejar de fumar fue significativamente mayor en el estudio TAMARA II (56,1 % vs. 31,3%, $p < 0,001$) en comparación al TAMARA I. Asimismo, el porcentaje de profesionales que siempre brinda consejo médico para dejar de fumar fue también más elevado en el estudio TAMARA II (78,5% vs. 73,4%, $p < 0,001$). (Tabla 2). Conclusiones: Aproximadamente una década después, al comparar estos dos estudios, se observó un aumento significativo en la probabilidad de dar consejo antitabáquico y casi tres veces más capacitación en tabaquismo en la población médica evaluada.

Tabla I.

Variables Categóricas	TAMARA I (%) n=6497	TAMARA II (%) n=3033
Ciudad de Bs. As.	40	41,2
Sexo masculino	63,0	56,8
Especialidad quirúrgica	25,2	21,3
Cardiología	15,7	23,3
Servicios de urgencia	54,6	55,7
Trabajo privado	43,1	30,8
Enfermedad vascular	5,3	4,8
HTA	14,8	15
DLP	19,3	20,9
DBT	2,2	2,5
Actividad física	43,1	43,3
Variables Continuas	Media (DS)	Media (DS)
Edad	41,5 (10,9)	41,4 (11,8)
Índice de masa corporal	25,3 (4,1)	25,5 (4,2)

Tabla II. Asociación entre estar capacitado en tabaquismo y dar consejo antitabáquico con el tipo de estudio.

TAMARA II	OR	IC 95%	p
Consejo siempre	1,20	1,06-1,36	0,002
Capacitación	2,78	2,47-3,05	< 0,001

0391 - EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE DESFIBRILADORES EN ESPACIOS PÚBLICOS EN BARILOCHE A PARTIR DE LA INCIDENCIA ANUAL DE MUERTE EXTRAHOSPITALARIA DEL ESTUDIO REGIBAR.

Mariano TREVISAN(1) | Jorge Luis BOCIAN(1) | Matías E. CALANDRELLI(1) | M. Emilia SAAVEDRA(2) | M. Elisa ZGAIB(3) | Mario CAMINOS FUNDARO(4) | Ayelen MANSILLA(3) | Jorge GRILLI(4) / SANATORIO SAN CARLOS, BARILOCHE. (1); HOSPITAL RAMON CARRILLO (2); SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA (3); HOSPITAL PRIVADO REGIONAL, BARILOCHE (4)

Objetivos: A los efectos de anticipar la eficacia de la implementación de un programa de desfibriladores automáticos (DEAs) para prevenir la muerte súbita en una comunidad, resulta indispensable determinar la incidencia, la epidemiología y la distribución de las muertes potencialmente reanimables en esa comunidad. Objetivos: 1) Determinar la incidencia anual de muerte cardiovascular extrahospitalaria potencialmente reanimable (MCVEH) en Bariloche. 2) Determinar las características demográficas de los individuos y el lugar del fallecimiento (domicilio/espacio público). 3) Determinar la eficacia proyectada de la implementación de DEAs en la ciudad en función de la incidencia anual de MCVEH encontrada en espacios públicos. Materiales y Métodos: En el contexto del estudio REGIBAR (estudio de incidencia anual de infarto en Bariloche), se realizó un registro prospectivo de todos los individuos fallecidos durante un año (1/6/2014-31/5/2015), tomando como fuente el Registro Civil de la ciudad. Se excluyeron los casos de muerte intrahospitalaria. Se incluyeron individuos >18 años, y se aplicaron los criterios de la OMS-MONICA para clasificar los casos fatales como muerte cardiovascular. Se realizó autopsia verbal (cuestionario realizado al familiar/allegado/médico de cabecera sobre los antecedentes y las circunstancias en que se produjo la muerte) en los casos de muerte extrahospitalaria potencialmente cardiovascular. Un comité de eventos determinó el diagnóstico en los casos dudosos. Según el lugar de fallecimiento se dividieron las MCVEH en domiciliarias y en espacios públicos. A su vez, se subdividieron los espacios públicos en zonas de alta densidad prevista de MCVEH (espacios locales como aeropuerto, centro comercial, estadios, Centro Cívico de la Ciudad, casino), considerando como alta densidad un umbral de MCVEH > 0,03/año. El resto de los espacios públicos (escuelas, restaurantes, hoteles, transporte público, vía pública) fueron clasificados como de baja densidad de MCVEH (<0,03 MCVEH/año). Se consideró la población de Bariloche de acuerdo al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (112.887 habitantes). Resultados: Durante el período estudiado se registraron 509 muertes de acuerdo al Registro Civil. Se excluyeron 316 casos intrahospitalarios. De las 193 muertes extrahospitalarias, 123 casos fueron por causa no CV (muerte traumática, cáncer, hemorragia, sepsis, etc). Los 70 casos restantes fueron sometidos a autopsia verbal y 61 fueron clasificados como MCVEH (edad promedio 78,3; rango: 47-100), de los cuales 16 fueron IAM fatal posible y 45 muertes clasificables (incluidos según criterios MONICA). El 40% eran mujeres y el 53% tenía 80 años o más. La incidencia anual de MCVEH fue de 53 casos/100.000 habitantes. Según el lugar de óbito, hubo 60 muertes domiciliarias y sólo un caso de muerte en espacio público. Este evento ocurrió en la vía pública, un sitio de baja densidad prevista de MCVEH. Conclusiones: La incidencia anual de MCVEH en la ciudad de Bariloche fue de 53/100.000 habitantes. -Sólo un caso ocurrió en espacio público, y tuvo lugar en un sitio de baja densidad prevista de MCVEH. El resto fueron muertes domiciliarias. -Más de la mitad de los casos fueron individuos añosos (80 años o más). -A la luz de los resultados obtenidos, la implementación de un programa de DEAs en Bariloche no representa una alternativa eficaz. -Estos datos señalan la necesidad de diseñar políticas públicas alternativas orientadas a la prevención de la MCVEH en Bariloche

0497 - CAUSAS DE ELEVACIÓN DE TROPONINA EN PACIENTES QUE NO CURSAN SINDROMES CORONARIOS AGUDOS. ESTUDIO REGIBAR.

Matías E. CALANDRELLI(1) | Mario CAMINOS(2) | Marisa PAROLA(3) | María Elisa ZGAIB(3) | María Emilia SAAVEDRA(4) | Jorge BOCIAN(1) | Victoria CAPURRO(5) | Mariano TREVISAN(1) / SANATORIO SAN CARLOS, BARILOCHE. (1); HOSPITAL PRIVADO REGIONAL, BARILOCHE (2); DISTRITO SAC BARILOCHE (3); HOSPITAL RAMON CARRILLO (4); SANATORIO DEL SOL, BARILOCHE (5)

Objetivos: Las troponinas cardíacas se hallan elevadas en diversas patologías, cardíacas y no cardíacas. Existe poca información en nuestro medio respecto a la prevalencia de otras causas de troponinas elevadas en pacientes hospitalizados. Objetivos: Establecer la prevalencia de infarto agudo de miocardio (IAM) y otras etiologías en pacientes (p) con troponinas elevadas, relacionar la magnitud de elevación de la troponina con las distintas causas y definir el mejor punto de corte en el incremento de la troponina para diferenciar un IAM de otras causas. Materiales y Métodos: Brevemente, el estudio REGIBAR es un registro prospectivo de 365 días de todos los p de primer IAM, fatales y no fatales en la ciudad de Bariloche. Para evitar subregistros se obtuvieron todas las troponinas elevadas de la ciudad en el período de estudio. Se incluyeron para este trabajo todos los p consecutivos, >18 años, con troponinas elevadas en los 4 centros de internación de la ciudad durante el año que duró el Registro. En un centro se utilizó medición cualitativa (n: 31p) y en los otros 3, cuantitativas (n: 119 p); en 2 se midió troponina I y en uno troponina T. Con el fin de analizar la magnitud del incremento se utilizó la relación del valor dosado más elevado/valor de referencia. Se definió IAM según la Clasificación Universal de Infarto AHA/ACC/ESC 2012 y para los casos sin IAM el investigador responsable de cada centro debía determinar el diagnóstico alternativo. Un comité de eventos determinó el diagnóstico en los casos dudosos. Para establecer el mejor punto de corte de la troponina con la mayor precisión diagnóstica para discriminar IAM de no IAM se realizó una curva ROC y se utilizó el índice Youden. Resultados: Se incluyeron 150 casos con troponinas elevadas (edad x: $66,3 \pm 13,8$ años, 71% hombres); 109 fueron diagnosticados como IAM (edad x: 71,1 años, 63,5% masculinos), 18 (12%) como otras causas cardíacas, 15 (10%) como causas no cardíacas y en 8 p (5,3%) no se pudo establecer una etiología. (tabla 1). Conclusiones: En este registro de pacientes hospitalizados con troponinas elevadas en la ciudad de Bariloche, el 73% tuvo como etiología un síndrome coronario agudo. En ausencia de IAM, la causa más frecuente fue la insuficiencia cardíaca. La magnitud de elevación de la troponina fue significativamente mayor en los casos con IAM en relación a otras etiologías; el incremento >3,15 veces del valor de referencia fue el mejor punto de corte para discriminar pacientes con IAM en esta serie.

Etiología	n	%
IAM	109	72,67
ICC	13	8,67
DESCONOCIDO	8	5,33
IRC	6	4,00
ACV	2	1,33
CANCER	3	2,00
HTA	2	1,33
MIOCARDITIS	2	1,33
SDRA	2	1,33
FIBROSIS PULMONAR	1	0,67
TAKOTSUBO	1	0,67
TEP	1	0,67

0025 - MORTALIDAD HOSPITALARIA Y A LOS 30 DÍAS DEL IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO PERCUTÁNEO. UTILIDAD DE LOS DIFERENTES PUNTAJES DE RIESGO QUIRÚRGICO.

Ignacio Manuel CIGALINI | Ezequiel José ZAIDEL | Carlos SZTEJFMAN | Hernán DEL PERCIO | Ricardo VILLARREAL | Marcelo BETTINOTTI | Álvaro SOSA LIPRANDI | Matías SZTEJFMAN / SANATORIO GÜEMES

Objetivos: El implante valvular aórtico percutáneo (IVAP) es una terapéutica actualmente reservada para pacientes con estenosis aórtica con elevado riesgo quirúrgico. Los puntajes de riesgo quirúrgico habituales parecen ser útiles para evaluar el riesgo de los pacientes, para decidir el IVAP, y para determinar el pronóstico luego de la intervención. El objetivo de este estudio fue describir las características de los pacientes sometidos a IVAP en un centro de alta complejidad, y evaluar la mortalidad hospitalaria y a 30 días en función de los diferentes puntajes de riesgo. Materiales y

Métodos: Se utilizaron datos del registro prospectivo y continuo de pacientes sometidos a IVAP en un único centro de alta complejidad de la ciudad de Buenos Aires desde el año 2009 hasta Abril de 2016. La decisión del IVAP fue evaluada por un heart team que incluyó cardiólogos clínicos e intervencionistas y cirujanos cardiovasculares. Se describen las características basales de la población, la técnica implementada y los eventos hospitalarios y a 30 días. Se realizó un seguimiento mediante historia clínica electrónica en los 30 días posteriores al implante. Se evaluó la relación entre la mortalidad y los puntajes de riesgo quirúrgico Euroscore logístico, Euroscore II, STS y Observant. Las variables discretas se describen como números y porcentajes, y las continuas como media y desvío estándar o mediana e intervalo intercuartil de acuerdo a su tipo de distribución. Los análisis comparativos se realizaron mediante la prueba de T de Student, Chi cuadrado, Fisher, o ANOVA según corresponda. Se utilizó el programa Epi Info 7.2[®] y se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. Resultados: Se incluyeron un total de 88 pacientes consecutivos. Se trató de una población con

Puntaje	Muertos (n=4)	Vivos (n=84)	p
Euroscore Log	47,5 (±38,8)	16 (±11,3)	0,023
Euroscore II	29,9 (±19,7)	7,28 (±10,4)	<0,001
STS	17,59 (±15,73)	5,46 (±4,1)	0,01
OBSERVANT	13,25 (±6,7)	4,1 (±4,65)	0,0048

RESUMENES DE TEMAS LIBRES

una mediana de edad de 81 años (77-84) con un 43% de sexo masculino. El área valvular aórtica prequirúrgica tenía en promedio 0.6 cm², con un gradiente máximo de 73 (63-88) y una velocidad máxima de 4.27 m/seg (3.97-6.69). La fracción de eyección en promedio fue 64%. Con respecto al procedimiento, en casi la totalidad de los casos se utilizó la válvula Corevalve® mediante acceso transfemoral, con un éxito de la intervención del 100%. Durante el monitoreo postoperatorio se detectaron taponamiento cardíaco en 3% de los casos, paro cardiopulmonar en 2%, insuficiencia aórtica paravalvular grados 2 o 3 en 11% de los pacientes. Además, se registraron alteraciones agudas de la conducción (bloqueo de rama izquierda 24% y bloqueo AV 6%), con el requerimiento de implante de marcapasos definitivo en 19% de los individuos tratados, menor que en otras series publicadas. La mediana de hospitalización post implante fue de 4 días (3-6), y la mortalidad hospitalaria 4%. Luego del egreso no se registraron fallecimientos en los 30 días posteriores. Todos los puntajes de riesgo quirúrgico discriminaron significativamente la mortalidad hospitalaria y a 30 días (tabla 1). El escaso número de pacientes fallecidos no nos permitió realizar otros análisis. Conclusiones: Los pacientes que son sometidos a IVAP en un centro de la ciudad de Buenos Aires son añosos con estenosis aórtica severa y riesgo quirúrgico elevado. La mortalidad de esta serie de 88 pacientes fue baja, y todos los puntajes de riesgo evaluados fueron predictores de mortalidad.

0193 - EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO MÉDICO EN PACIENTES SOMETIDOS A CORONARIOGRAFÍAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

Juan Rodrigo ALDERETE | Alberto Carlos ANAYA REVOLLEDO | Cristian AVILAR | Ignacio Gastón DAVOLOS | Martín MONTEVERDE | Salvador LIOTTA | Eduardo Gustavo BARRERA | Clotilde Sara BERENSZTEIN / HOSPITAL DE CLÍNICAS, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Objetivos: Evaluar la tasa de uso de fármacos en los pacientes que han sido sometidos a cateterismo cardíaco, analizando su uso en la población con enfermedad coronaria diagnosticada en la cinecoronariografía (CCG) y estableciendo si hay diferencias entre el género en cuanto a su uso. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en donde se incluyó a 534 pacientes sometidos a cateterismo cardíaco desde enero de 2014 hasta marzo de 2016 en el servicio de hemodinamia de un hospital Universitario de la Ciudad de Buenos Aires. Se evaluó la tasa de uso de fármacos de la población total y de los pacientes (P) que tenían como antecedentes enfermedad coronaria previa o una prueba evocadora de isquemia positiva. Se analizaron las variables discretas con chi² y las variables continuas con test de T. se consideró significativa una p < 0.05. Resultados: Se incluyeron 534 P (edad media 69.1 (±10.6) años). Que fueron sometidos a cateterismo cardíaco, 346 de sexo masculino (64.8 %); el 70.2% tenía más de 65 años. La prevalencia de los factores de riesgo fue hipertensión arterial (HTA) 83.3%, diabetes (DBT) 25.1 %, dislipemia (DLP) 41.6 %, tabaquismo (TBQ) 29.4 %, Angina crónica estable 21.5 %, enfermedad coronaria 33.5 % (ver tabla 1). La tasa de uso de fármacos fue ácido acetilsalicílico (AAS) 86.2 %, Beta-Bloqueantes (B-B) 69.3 %, clopidogrel 26.4 %, estatinas 61.4 %, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonista de los receptores de angiotensina 2 (ARA2) 66.1 %, y anticoagulantes orales (ACO) 4.1 %. De los 534 P, en 369 (69.1%) se evidenciaron lesiones coronarias en la CCG. En este grupo, la tasa de uso de fármacos fue AAS 86.2%, B-B 72.9 %, clopidogrel 33.3 %, estatinas 70.2%, IECA o ARA2 69.4 % y ACO 3.8 % (tabla 2) y hubo 165 P que no tenían lesiones coronarias en la CCG y la tasa de uso de fármacos en esta población fue AAS 60 %, B-B 61.2 %, clopidogrel 10.9 %, estatinas 41.8 %, IECA o ARA2 58.8 % y ACO 4.8%. No hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar por género. Conclusiones: La población que se somete a un cateterismo cardíaco tiene una prevalencia alta de factores de riesgo cardiovascular. Al evaluar la tasa de uso de fármacos se observó que a pesar de tener la indicación, un 28 % no recibían betabloqueantes, 31 % no recibían ARA2 o IECA, 30 % le faltaban estatinas, y un 12 % no tenían indicado AAS, lo cual nos sirve para reforzar la indicación de estos fármacos en los pacientes de alto riesgo cardiovascular. No hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar por género.

Edad (media - DS)	69.1 (±10.6)
Sexo (N - %)	346 - 64.8%
HTA	83.3
TBQ	29.4
DLP	41.6
DBT	25.1
ICC	1.7
ACE	11.5
Prueba evocadora de isq. + O lesiones previas en CCG.	38.6

	%
AAS	86.2
B-B	72.9
Clopidogrel	33.3
estatinas	70.2
IECA/ARA2	69.4
ACO	3.8

	Global N = 90	No Dilatación N=36	Dilatación N=54	Valor P
Edad, años	81.6 +/- 7.5	80.6 +/- 6.6	82.3 +/- 8	0.29
Sexo masculino	40 (44%)	14 (39%)	26 (48%)	0.38
Diabetes Mellitus	21 (23%)	9 (25%)	12 (22%)	0.76
Coronariopatía	49 (55%)	19 (52%)	30 (55%)	0.79
CRM previa	17 (19%)	7 (19%)	10 (18%)	0.91
Vasculopatía periférica	23 (25 %)	7 (19%)	16 (30%)	0.27
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	10 (11%)	3 (8%)	7 (13%)	0.49
Insuficiencia renal crónica	34 (38%)	16 (44%)	18 (33 %)	0.28
Estimación de riesgo STS %	6.1 +/- 3.5	6.4 +/- 2.9	5.9 +/- 3.9	0.56
Área valvular aórtica (cm2)	0.71 +/- 0.17	0.70 +/- 0.18	0.72 +/- 0.16	0.56
Gradiente aórtico medio (mmhg)	43.2 +/- 14.3	42 +/- 12.7	44 +/- 15.2	0.55
Gradiente aórtico máximo (mmhg)	69.4 +/- 19.5	67.8 +/- 16	70.3 +/- 21.5	0.57
Diámetro anular medio estimado por TC (mm)	26 +/- 2.7	26.3 +/- 2.5	25.9 +/- 2.8	0.60
Área anular media estimada por TC (mm2)	406.1 +/- 84.9	420 +/- 94	398 +/- 80	0.43

	Global N = 90	No dilatación N = 36	Dilatación N = 54	Valor P
Muerte	5 (6)	1 (2)	4 (7)	0.34
ACV	4 (5)	1 (1)	3 (5)	0.53
IAM	2 (2)	0 (0)	2 (2)	0.24
Shock cardiogénico	1 (1)	0 (0)	1 (1)	0.36
Taponamiento cardíaco	1 (1)	0 (0)	1 (1)	0.27
Sangrado mayor	9 (10)	3 (8)	6 (11)	0.66
Complicaciones vasculares mayores	3 (4)	0 (0)	3 (5)	0.15
Complicaciones vasculares menores	4 (5)	3 (8)	1 (1)	0.14
Implante de marcapasos post TAVI	12 (13)	4 (11)	8 (14)	0.61
Requerimiento de diálisis post TAVI	5 (6)	1 (2)	4 (7)	0.34

0300 - EFECTO DE LA PREDILATACIÓN CON BALÓN DURANTE EL IMPLANTE VALVULAR AÓRTICO PERCUTÁNEO

Juan VALLE RALEIGH | Francisco Jose ROMEO | Dra. Carla AGATIELLO | Dr. Vadim KOTOWICZ | Dr. Daniel BERROCAL / HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Evaluar variables del procedimiento y eventos clínicos a corto plazo de la VAB previa en una población sometida a TAVI. Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico. Se evaluaron un total de 90 pacientes en un lapso de tiempo comprendido entre 03/2009 hasta 04/2016. La media de seguimiento fue de 20 meses +/- 20. Se efectuó el análisis estadístico mediante el software SPSS 23. Las variables categóricas fueron expresadas como número y porcentaje. Las variables continuas fueron expresadas como media y desvío estándar. Las variables categóricas fueron comparadas mediante el test de Chi². Las variables continuas fueron comparadas mediante el test de T o Mann-Whitney acorde a la distribución normal o no de la muestra. Resultados: Con respecto a las características basales de la población (Tabla 1) no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre la población sometida a VAB previa versus TAVI directo. Con respecto a las características del procedimiento el grupo que utilizó mayor número de válvulas autoexpandibles tipo Corevalve (80 % versus 20 %) P < 0.001 y mayor porcentaje de abordaje transfemoral (77 % versus 23 %) P=0.01 no requirió predilatación; mientras que el implante de válvulas de tamaño menor requirió dilatación previa (26.9 +/- 2.3 versus 25.9 +/- 2.4) P=0.04. No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre ambas poblaciones en términos de puntos fina-

les clínicos a 30 días acorde a las definiciones VARC-2 (Valve Academic Research Consortium). Se describen los puntos finales en forma detallada en la TABLA 2. Conclusiones: Reportes previos consideran mandatoria la VAB previa a TAVI. Nuestra población presenta una distribución equitativa de este procedimiento en parte debido a que la mayoría de las válvulas utilizadas en nuestro centro son autoexpandibles (Corevalve™, Accurate™, Lotus™) logrando un perfil de flujo aceptable sin necesidad de moldear previamente el anillo con este tipo de técnicas. Sin embargo, muchos pacientes requieren dilatación del anillo con balón los meses previos para alivio sintomático hasta la decisión del TAVI. A diferencia de reportes previos no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en términos de complicaciones mayores vinculadas al procedimiento ya sea ACV, requerimiento de marcapasos o incluso mortalidad. Dado que dicha técnica presenta un bajo índice de complicaciones, consideramos adecuar la misma a cada caso según la experiencia del centro.

0332 - EVOLUCIÓN EN LA ÚLTIMA DÉCADA DE LA PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

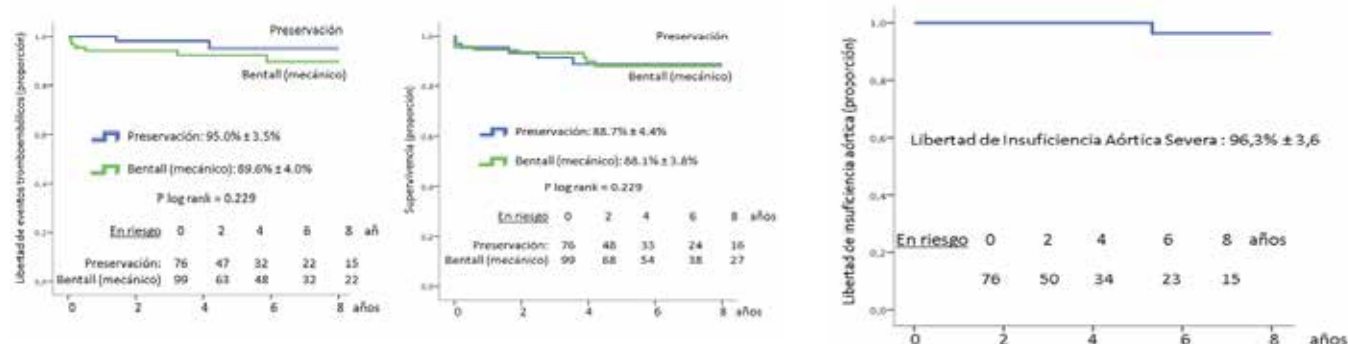
Claudio Oliver DIESEL | Jorge SZARFER | Dr. Gerardo GIGENA | Dr. Rodrigo BLANCO | Dr. Federico BLANCO | Dr. Federico ALBORNOZ | Dr. Juan GAGLIARDI | Dr. Alejandro GARCÍA ESCUDERO / HOSPITAL ARGENTINO

Objetivos: Los factores de riesgo cardiovascular se encuentran presentes en la gran mayoría de los pacientes con síndromes coronarios agudos. Uno de los avances más importantes fue demostrar que el tratamiento de los mismos reduce sustancialmente la probabilidad de eventos cardiovasculares. Desde entonces se han realizado diversas campañas de prevención primaria con el fin de concientizar a la población respecto a los riesgos que conllevan. Existen publicaciones recientes acerca del avance de la prevalencia de ciertos factores de riesgo (Tabaquismo, obesidad e hipertensión arterial) y de la reducción de la edad de presentación de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo con Elevación del Segmento ST (SCAEST). El objetivo del presente es analizar la edad de presentación y la evolución de prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con SCAEST en la última década en nuestro medio. Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo observacional de pacientes consecutivos con SCAEST de menos de 12 horas de evolución derivados para angioplastia primaria o de rescate a un centro de referencia 7X24 de la Ciudad de Buenos Aires. Se dividió a la población en: Grupo 1: pacientes ingresados entre los años 2004-2009 y Grupo 2: entre 2010-2015. No se incluyeron los pacientes del período 2010-2013 para tomar solo datos extremos evitando contaminar la muestra con registros intermedios. Se evaluó la prevalencia de los siguientes factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo, diabetes e índice masa corporal (IMC). Análisis Estadístico: Las variables categóricas se expresan como frecuencia y su porcentaje, las variables continuas como medias $\pm$ desviación estándar (DE) o mediana (intervalo intercuartil) según su distribución. El análisis de las variables discretas o dicotómicas se realizó con la prueba de chi cuadrado o test exacto de Fisher según correspondiera. Las variables continuas se analizaron con el test de t para 2 colas o Kruskal-Wallis según su distribución. Se consideró significativa una $p < 0,05$. Resultados: Se incluyeron 984 pacientes en el grupo 1 y 766 pacientes en el grupo 2 sin diferencias significativas en género femenino (179/984 p. (18,2%) vs 147/766 p. (19,32%); p NS). Se observó una reducción en la prevalencia de hipertensión arterial 534/984 p. (54,2%) vs 285/766 p. (37,2%) $p < 0,001$, dislipemia 492/984 p. (49,9%) vs 288/766 p. (37,6%) $p < 0,001$, tabaquismo 684/984 p. (69,5%) vs 395/766 p. (51,6%) $p < 0,001$ y un incremento de la prevalencia de diabetes 162/984 p. (16,4%) vs 166/766 p. (21,7%) $p = 0,02$ y del índice de masa corporal $27,8 \pm 2,05$ vs $30,3 \pm 3,6$ $p < 0,001$. La edad de presentación fue mayor en el Grupo 2 ($58 \pm 11,4$ vs. $60,5 \pm 11,5$ $p < 0,001$). Conclusiones: A diferencia de lo observado en recientes publicaciones en nuestra población se observó un incremento de la prevalencia de diabetes y del IMC; y una disminución de la prevalencia de HTA, dislipemia y tabaquismo; así como un incremento de la edad de presentación de pacientes con SCAEST. Estos datos concuerdan con las predicciones de la OMS que aseguran que la diabetes será la epidemia del siglo XXI.

0499 - RESULTADOS A LARGO PLAZO EN CIRUGÍA DE LA RAÍZ AÓRTICA; ESTUDIO COMPARATIVO BENTAL VS PRESERVACIÓN VALVULAR

Fernando PICCINI | Adriana ARANDA | Juan Mariano VRANCIC | Mariano CAMPOROTONDO | Juan Carlos ESPINOZA | Juan Ignacio CAMOU | Nicolas ARNEDO | Daniel NAVIA / ICBA

Objetivos: La disección o rotura constituyen la principal causa de muerte en pacientes (P) portadores de enf. aneurismática de la aorta torácica. El compromiso de la aorta proximal genera anuloectasia o distorsión valvar y distintos grados de insuficiencia valvular, causal frecuente de intervención. Su reemplazo profiláctico mejora la supervivencia en estos P, pero persiste la incertidumbre en relación a la técnica quirúrgica recomendada. Es el objetivo del presente revisar el impacto al seguimiento de la cirugía de preservación en relación al procedimiento de Bental de Bono tradicional. Materiales y Métodos: Se identificaron 393 P sometidos a reemplazo de aorta ascendente en el período 2000-2015. Se analizó su historia clínica perioperatoria. Se excluyeron aquellos sometidos a reemplazo valvular y de aorta supracoronaria, y los Bental con prótesis biológica. Se identifican dos Grupos: Grupo 1, preservación ($n=76$) y Grupo 2, Bental mecánico ($n=99$). Se analizan variables pre e intraoperatorias, así como morbilidad y mortalidad a 30 días. Al seguimiento, por entrevistas o bien consulta telefónica, se reportan supervivencia global, libertad de reinternación (infarto, ACV, endocarditis e insuficiencia cardíaca) y libertad de eventos asociados a la anticoagulación (tromboembolia y hemorragia mayor). Se realiza seguimiento ecocardiográfico y se reporta status valvular. Para el análisis se utilizan test exacto de Fisher o Chi2 para variables categóricas y test T de student para variables continuas. Para supervivencia y libertad de eventos se utilizó análisis tiempo-evento según Kaplan Meier. Resultados: Las características basales solo diferencian los grupos por sexo masculino (73,7% vs 86,9%, $p=0,027$), cirugía previa (0 vs 11%, 0,003), insuficiencia renal previa (11,8% vs 4%, $p=0,05$), y diámetro aórtico máximo ($54,3 \pm 9,2$ vs $47,2 \pm 9,1$, $p=0,0001$). No hubo diferencias significativas en disección, prioridad de cirugía y tiempos operatorios. A 30 días solo hubo diferencias significativas en implante de MCP definitivo (0 vs 6,6%, $p=0,29$) y estadía postoperatoria (8,4 vs 10,01). La mortalidad global fue 5,1% (3,9 vs 6,1%, $p=ns$). Conclusiones: El reemplazo de aorta ascendente con preservación valvular resulta efectiva y segura, aún en condiciones de cirugía no electiva, con menor incidencia MCP definitivo. Su estabilidad al seguimiento es excelente pero su elección no tiene impacto en supervivencia alejada, excepto por la menor incidencia de eventos asociados a la anticoagulación.



0512 - LA PARADOJA DEL ACCESO RADIAL EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO: SST VS NOSST.

Ricardo Andrés COSTANTINI | Juan Manuel (h) TELAYANA | Juan Manuel TELAYANA / HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Objetivos: Introducción: Existe una tendencia progresiva a la adopción de la vía transradial en angioplastia coronaria (ATC) por mejor control del acceso, menor índice de complicaciones y mayor confort del paciente. En escenarios clínicamente desafiantes o tiempo apremiante como síndrome coronarios agudos con supradesnivel ST (SCA SST) la elección por el cardiólogo intervencionista de la vía de abordaje ha sido heterogénea, siendo el acceso transfemoral paradójicamente más utilizado en pacientes más enfermos y con mayor riesgo de sangrado. Objetivo: Evaluar las características clínicas, angiográficas y del procedimiento de angioplastia coronaria vía transradial en pacientes con SCA SST vs pacientes SCA NoSST. Materiales y Métodos: Entre julio 2005 y mayo de 2016 se realizaron 1174 procedimientos de angioplastia coronaria vía radial exclusivamente. Se excluyeron para este análisis aquellos pacientes cuya indicación clínica de la intervención era: cardiopatía isquémica estable y aquellos con síndrome coronario agudo como epifenómeno. Se constituyó el grupo A: pacientes ($n=593$) con ATC exitosas transradial por cuadros de SCA sin supradesnivel del ST y el grupo B ($n=139$) con ATC exitosas por cuadro de SCA con supradesnivel ST. Características basales, grupo A y B n(%) respectivamente: edad promedio $58,8 \pm 10$ vs $57,8 \pm 7$; mujeres 75(13) vs 13(9); diabetes 172(29) vs 20(3) $p=0,0006$; infarto de miocardio previo 112(19) vs 15(11) $p=0,03$; cirugía de revascularización previa 13(2) vs 1(0,7); angioplastia coronaria previa 195(33) vs 17(12) $p < 0,001$; KK C/D 1(0,1) vs 1(0,1); uso de Ila/IIIa 9(1,5) vs 13(9) $p=0,004$; enfermedad de múltiples vasos 276(46) vs 61(44) $p=0,0003$; angioplastia de múltiples vasos 156(26) vs 13(9) $p < 0,007$; tratamiento de bifurcaciones 48(8) vs 4(3) $p=0,002$; uso de 7 u 8Fr 53(9) vs 10(7); uso de catéter de tromboaspiración 4(0,6) vs 15(11) $p < 0,006$; material de contraste 178 $\pm$ 60 vs 199 $\pm$ 68 ml $p=0,02$; tiempo de RX 15 ± 12 vs $13,5 \pm 9$ minutos. Resultados: Resultados: grupo A y B n(%) respectivamente se obtuvo éxito clínico en 589(99) vs 137(98); infarto de miocardio relevante periprocedimiento 3(0,5) vs 1(0,7); trombosis temprana 1(0,1) vs 1(0,7) muerte cardiovascular intrahospitalaria 1(0,1) vs 1(0,7) y sangrados relacionados al sitio de acceso 10(1,6) vs 4(2,8). Conclusiones: Los pacientes con cuadro de SCA SST realizados por vía transradial no presentaron diferencias en eventos cardiovasculares mayores o complicaciones relacionados al acceso en comparación a pacientes con cuadro de SCA NoSST transradiales. Los cardiólogos intervencionistas que deseen mantener un programa activo de procedimientos vía radial, al superar la curva de aprendizaje no deberían condicionar este acceso por el cuadro clínico que motiva la intervención.

0063 - EFICACIA Y SEGURIDAD DEL USO SISTEMÁTICO DE DOSIS ÓPTIMAS DE ÁCIDO TRANEXÁMICO EN CIRUGÍA CARDIACA: SEGUIMIENTO A MEDIANO PLAZO.

Ignacio Manuel CIGALINI | Ernesto A. PEYGRENE | Mariana BARROS | Iván Agustín GÓMEZ | Ezequiel José ZAIDEL | Roberto D'AMATO | Hernán DEL PERCIO | Álvaro SOSA LIPRANDI / SANATORIO GÜENES

Objetivos: La cirugía cardiovascular (CCV) se asocia al inherente riesgo de sangrados con un incremento relevante en la morbilidad y el uso de antifibrinolíticos es una potencial estrategia para reducirlos, sin embargo los estudios publicados hasta la fecha tuvieron resultados dispares. Nuestro grupo demostró recientemente que la infusión de ácido tranexámico (AT) en dosis óptimas disminuye significativamente el requerimiento transfusional y las complicaciones asociadas durante la hospitalización. El objetivo del presente trabajo fue evaluar las repercusiones en el seguimiento a mediano plazo de dichos pacientes. Materiales y Métodos: Sobre la base de datos del registro continuo de pacientes sometidos a CCV en un centro de alta complejidad de la ciudad de Buenos Aires, se realizó una comparación entre los pacientes que recibieron tratamiento convencional y un grupo de individuos que recibieron AT en forma sistemática en dosis de 10 mg/kg en bolo antes de la intervención y luego 10 mg/kg/hora hasta finalizar la cirugía. Se realizó un seguimiento a través de la historia clínica electrónica y de contactos telefónicos, para evaluar eventos. Los criterios evaluados fueron mortalidad, nueva hospitalización, accidente cerebrovascular, disfunción o falla renal. Se definió disfunción renal como un aumento de la creatinina (Cr) basal $> 0,5$ mg/dl y falla renal como el requerimiento de diálisis o un aumento de la Cr basal > 2 mg/dl. Análisis estadístico: las variables numéricas se describen como número y porcentaje del mismo, los datos con distribución normal como media y desvío estándar, y los de distribución no gaussiana como mediana e intervalo intercuartil (IIC). Se compararon las variables de las dos poblaciones mediante test de T, chi cuadrado, o Fisher según corresponda. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. Resultados: Entre los meses de Junio y Diciembre de 2015, se incluyeron un total de 78 pacientes consecutivos: 42 de ellos recibieron en forma sistemática AT mientras que 36 individuos se utilizaron como grupo control. No se observaron diferencias en las características basales entre ambos grupos (mediana de edad 65 años, 73% masculinos, similar tasa de factores de riesgo cardiovascular), y tampoco en las características de la intervención. El uso de AT fue predictor

independiente de menor requerimiento transfusional dentro de las 48 hs de la intervención (unidades de glóbulos rojos transfundidas 1.16 ± 1.92 en comparación con 3.16 ± 3.44 en los pacientes que no recibieron el AT, OR=0.31; IC95%: 0.1-0.9, $p=0.03$), ajustado a sexo, edad, Euroscore, anemia, insuficiencia renal o uso de aspirina. La mediana de seguimiento fue de 173 días (IIC 71 - 232). Durante el mismo se pudo comprobar una disminución significativa en el desarrollo de disfunción renal en el grupo que recibió AT (OR 0.18; IC 95%: 0.03 - 0.96, $p=0.03$) aunque sin diferencias en la evolución a falla renal (tabla 1). La baja tasa de eventos no nos permitió realizar otros análisis. Conclusiones: El uso de las dosis óptimas de AT en forma sistemática para pacientes sometidos a CCV fue seguro sin registrarse eventos adversos relacionados al mismo en el seguimiento a mediano plazo. Además de la ya demostrada disminución de requerimiento transfusional durante la hospitalización, se pudo comprobar una disminución en el desarrollo de disfunción renal en el seguimiento.

	AT (n=42)	No AT (n=36)	OR (IC)	p
Reinternación	12 (31,58%)	6 (20%)	1,84 (0,6 - 6,04)	ns
Disfunción Renal	2 (5,26%)	7 (23,33%)	0,18 (0,03 - 0,96)	0,03
Falla Renal	0 (0%)	2 (6,67%)		ns
ACV	1 (2,63%)	0 (0%)		ns
Muerte	1 (2,63%)	2 (6,67%)	0,38 (0,03 - 4,39)	ns

0347 - ¿CUAL ES EL ESCENARIO HEMODINAMICO INICIAL DE LOS PACIENTES CON DROGAS VASOACTIVAS EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR Y SU RELACION CON LA MORTALIDAD? RESULTADOS DEL REINA: REGISTRO DE INOTRÓPICOS Y DROGAS VASOACTIVAS DE ARGENTINA.

Jorge Alberto BILBAO | Horacio Enrique FERNÁNDEZ | Alvaro ETCHEPARE | Ariel COSTA | Michael PELTZER | Sebastian GARCIA ZAMORA | German CESTARI | Ricardo LEVIN / CONSEJO DE EMERGENCIAS SAC

Objetivos: Analizar la prevalencia de los distintos escenarios hemodinámicos (EH), el uso de drogas vasoactivas y su mortalidad en el posoperatorio de cirugía cardíaca que requirieron drogas vasoactivas según datos de un registro multicéntrico. Materiales y Métodos: Registro multicéntrico, prospectivo, observacional, de cohorte, realizado en unidades de cuidados críticos cardiovasculares de Argentina. Se definió drogas vaso activas, si se utilizaba inoconstrictores, inoavasodilatadores o vasodilatadores por vía intravenosa. Inclusión: Pacientes (p.) > 18 años en posoperatorio

de cirugía cardiovascular que requirieron drogas vasoactivas endovenosas en la recuperación inicial. Exclusión: Indicación de drogas vasoactivas en las 6 hs previas a la cirugía, descompensación que requieran cardioversión eléctrica, taponamiento cardíaco, neumotórax, disfunción valvular protésica, asistencia ventricular superior al BCIA y trasplante cardíaco. Los p. se clasificaron según definiciones pre establecidas en los siguientes escenarios hemodinámicos (EH): Hipovolemia, Cardiogénico, Distributivo no sepsis, Distributivo sepsis, Patrón mixto (cardiogénico -distributivo), Falla aislada del ventrículo derecho, Hipovolemia Hipotensiva (hipotensión sin shock), Hipervolemia hipertensiva, Hipervolemia Normotensiva. Se analizaron la prevalencia de los distintos EH, el uso de drogas vasoactivas y su mortalidad. Resultados: El registro REINA incluyó 376 p. de 18 centros de Argentina. Fueron seleccionados para éste análisis 173 p, CRM 78 p, valvulares 65 p, combinados 18 p, aorta 12 p. Edad promedio 63 ± 12 años, 82% masculinos. La prevalencia de los EH se muestran en la tabla. El EH Hipovolemia estuvo presente en CRM 31/78 p. (39.7%), Valvular 28/65 (43%), Combinado 8/18 (44.4%) y Aorta 4/12 (33.3%). El EH predominante en las cirugías de aorta fue el Cardiogénico 6/12 p. (50%), siendo diferente respecto de los otros grupos: CRM 12/78 (15.3%), $p=0.01$, Valvular 15/65 (23%) $p=NS$ y Combinada 4/18 (22.2%) $p=NS$. De los inoconstrictores la droga más utilizada fue la noradrenalina en el 78% de los p, mientras que la dopamina se usó en el 31.2%. De los Inodiladores la dobutamina se usó principalmente en el Cardiogénico 29.7%, falla aislada del ventrículo derecho 28.5%, Patrón mixto 25% mientras que en Hipovolemia sólo en el 7%. La mortalidad global fue del 9.8%, (17 p), mostrándose en la tabla el resultado para cada EH. La mortalidad del escenario Cardiogénico para cada tipo de cirugía fue: CRM 2/12 p. (16.6%) Valvular 2/15 (13.3%), Combinada 1/18 p (2.7%) aorta 3/6 p (50%). La mortalidad del EH cardiogénico 8/37 (21.6%) fue estadísticamente significativo respecto del escenario hipovolémico 3/71 (4.2%) ($p=0.07$). Conclusiones: 1) Pudieron identificarse los distintos EH del posoperatorio de cirugía cardíaca de características clínicas y pronósticos diferentes. 2) Llama la atención la alta prevalencia del escenario Hipovolemia en una población seleccionada con sosten de drogas vasoactivas, que debieran responder solo a la expansión con cristaloides. 3) La Noradrenalina fue la droga vasoactiva mas utilizada y se uso mas que la Dopamina, en todos los escenarios hemodinámicos. 4) El uso de drogas vasoactivas se vinculó a una mayor mortalidad, pero en el escenario hemodinámico Cardiogénico la mortalidad se duplicó.

n (%)	Prevalencia	Mortalidad
Dist. no sepsis	26 (15.0)	2 (7.6)
Dist. Sepsis	2 (1.1)	1 (50)
Falla aisl. VD	7 (4.0)	1 (14.2)
Hipervol. Hipertens	4 (2.3)	0 (0)
Hipervol. Hipotens.	1 (0.5)	0 (0)
Hipervol. Normot.	1 (0.5)	0 (0)
Hipovolemia	71 (41.4)	3 (4.2)
Patrón Mixto	24 (13.8)	2 (8.3)
Cardiogénico	37 (21.3)	8 (21.6)

0478 - REPARACIÓN DE LA VÁLVULA MITRAL VS EL REEMPLAZO DE LA VÁLVULA MITRAL EN PACIENTES CON MODERADA/SEVERA REGURGITACIÓN MITRAL ISQUÉMICA.

Javier Jose RUIZ / INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA

Objetivos: Comparar la evolución clínica y ecocardiográfica de la plástica mitral vs reemplazo mitral en pacientes con insuficiencia mitral isquémica moderada/severa. Materiales y Métodos: Material y métodos: entre febrero de 2006 y noviembre de 2015 se incluyeron 38 pacientes con enfermedad coronaria e insuficiencia mitral isquémica moderada/severa. De ellos, 24 se les realizó plástica mitral y 14 reemplazo valvular mitral, a todos se les realizó CABG. Se definió insuficiencia mitral isquémica por métodos cuantitativos ecocardiográficos (20 mm² para el ORE y 30 ml para el vol. regurgitante. Se compararon la sobrevida global, libertad de síntomas y la necesidad de reintervención al seguimiento. Se utilizó un análisis de tiempo-evento según curvas de Kaplan-Meier. Resultados: Resultados: la tasa de conversión de plástica a reemplazo fue del 4,2%. La sobrevida al año fue 88,2 +/- 7,8 % plástica y 70,0 +/- 14,5 % reemplazo $P=NS$. No hubo reintervención. El 81,9 % +/- 9,5 para plástica mitral, 70,0 % +/- 14,5 reemplazo mitral de los pacientes se encontraba libre de síntomas $P=NS$. La frecuencia de IM moderada o severa posoperatorio fue 5,3% global sin diferencia por grupos ($p=0.565$). Conclusiones: Conclusiones: los pacientes con plástica mitral por insuficiencia mitral isquémica muestran tendencia a mayor sobrevida, e igual incidencia de IM residual significativa.

0479 - LA RELACIÓN ENTRE EL ESPESOR PARIETAL Y LA ALTERACIÓN HISTOLÓGICA DE AORTA ASCENDENTE EN PACIENTES CON VÁLVULA BICÚSPIDE.

Leandro HUARTE | Celina MORALES | Juan ESPINOZA | Mario Emir ACOSTA | Juan Mariano VRANCIC | Mariano CAMP-ORRITONDO | Fernando PICCININI | Daniel NAVIA / INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA

Objetivos: Evaluar si el espesor de la pared de aorta ascendente en pacientes con válvula bicúspide (VAB) se correlaciona con el grado de lesión histológica. Materiales y Métodos: Estudio observacional prospectivo comparativo sobre una base de datos cuya información fue recolectada en forma prospectiva desde octubre de 2009 a julio de 2014. Se incluyeron 95 pacientes operados con VAB en quienes se les efectuó reemplazo ($n=83$, 87.4%) o plástica valvular aórtica ($n=12$, 12.6%) en forma consecutiva. Se estratificaron según la forma de presentación clínica en: Insuficiencia aórtica (IAo) (Grupo IAo, $n=33$, 34.7%) versus Estenosis/Enfermedad aórtica (Grupo NoIAo, $N=62$, 65.3%). Se tomaron de manera sistemática biopsias de aorta ascendente durante las intervenciones quirúrgicas. El análisis de las mismas incluyó: a) medición del espesor y b) grado de severidad del daño histológico de acuerdo a la clasificación de Larson y Edwards. Se analizaron los resultados perioperatorios. Se utilizó la prueba exacta de Fisher, la t de student, la U de Mann-Whitney según correspondiera. Resultados: La mortalidad hospitalaria global fue 1.1% ($n=1$). Se demostró asociación estadísticamente significativa entre el mayor grado de severidad histológica (grado 3 y 4) y mayor espesor de pared (2.3 mm +/- 0.9 mm) en el grupo de pacientes con IAo ($p=0.008$). Por otra parte, las biopsias con menor grados de daño histológico (grados: 0, 1 y 2) se asociaron en forma significativa, con menor espesor de pared (1.8 +/- 0.5 mm) en el grupo de pacientes con estenosis aórtica ($p<0.001$). El grupo IAo en el análisis presentó menor edad ($p=0.011$), mayor prevalencia de sexo masculino ($p=0.015$), menos prevalencia de tabaquismo ($p=0.004$) y tiempos de circulación extracorpórea ($p=0.004$) y clampeo aórtico más prolongados ($p=0.004$). El grupo IAo presentó además mayor riesgo de ARM prolongada (9.1%, $p=0.016$) y requerimiento de diálisis (6.1%, $p=0.05$). Conclusiones: El análisis de las biopsias de pacientes con IAo y VAB demostró tener una directa asociación: a mayor espesor de pared aórtica mayor daño histológico. Por el contrario el grupo de pacientes con estenosis aórtica y VAB la asociación fue inversa: a menor espesor de pared menor daño histológico.

Tabla 3. Resultados

	GRADO 3 - 4*		ESPESOR (mm)	
Grupo IAo	81.8%	(27)	2.3	(0.9)
Grupo NoIAo	40.3%	(25)	1.8	(0.5)
P	0.00019		0.008	

* Según la clasificación de Larson y Edwards

0533 - FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

Pablo AGÜERO | Silvana CAPORALES | Camilo PULMAR | Guadalupe GHIGLIONE | Tania CELI | Juan BECERRA | Gonzalo DALLASTA | Norberto VAZQUEZ / CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD CARDIOVASCULAR JUAN DOMINGO PERON

Objetivos: Describir la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. Analizar los resultados de laboratorio y estudios complementarios. Identificar la presencia de síndrome metabólico, aquellos metabólicamente sanos y enfermos, y evaluar el impacto de la cirugía en el peso de mantenimiento. Resultados: Sobre un total de 50 pacientes, 82% mujeres, y 18% hombres. La edad media fue de 43.68 años +/- 8.9. La mediana del peso al ingreso al programa: 127.5 Kg (110.75 - 161.25). La mediana de la talla fue de 163.50 cm (156.75 - 169.25). La mediana del IMC fue de 48.78 (44-59). La mediana del perímetro de cintura fue de 129 cm (120-145). El 40% de los pacientes clasificaban en el grupo de Obesidad tipo III ó; mórbida (IMC entre 40-49.9) y el 48% en el de Obesidad tipo IV o extrema (IMC > 50). Factores de riesgo cardiovascular: HTA 38%, DM no IR 24%, DM IR 8 %, TBQ 22%, DLP 26% y SDT 76 %. Otros antecedentes: Asma 8%, ronca el 50% con diagnóstico de apneas del sueño el 12%, hipotiroidismo 30%, artrosis 64% y síndrome depresivo en el 4%. Medicación habitual AAS 10 %, IECA 16%, ARA 16 %, Bca 6%, BB 12%, diuréticos 8%, estatínicos 20 %, insulina 8 %, metformina 22 %, fibratos 4 %, AINES 10 %, antiácidos 10 % y antidepresivos el 4 %. La mediana de TA sistólica fue de 120 mmHg (110-130). La media de la frecuencia cardíaca fue de 76.2 lpm +/- 10. Ritmo sinusal el 98 % y 1 caso de FAC ACO. El 78 % de los pacientes tenían ecografía abdominal alterada. Lo más frecuente: Esteatosis hepática leve 30%, moderada a severa el 28 %, seguido de litiasis vesicular en el 14%. El 82% de los pacientes tenían VEDA alterada: Gastritis leve, H. Pylori (+), y hernia de hiato, con el 46%, 26% y 20% respectivamente. El 8% de las espirometrías fueron positivas, predominó el patrón obstructivo leve. La media de FEV 58.86 con un desvío estándar de +/- 2. La media del colesterol total fue de 183.32 mg/dl +/- 32.47. La media de HDLc fue de 43.86 mg/dl +/- 10.73. La mediana para triglicéridos fue de 144.50 mg/dl (99.75 - 189.25). La media para LDLc fue de 109.98 mg/dl +/- 19.80. La mediana de glucemia en ayunas fue de 100 mg/dl (88.75 - 117.5). Síndrome metabólico en el 74%. El porcentaje de los pacientes metabólicamente enfermos fue del 78%. Del total de la muestra se operaron 34 pacientes (68%). La mediana de espera a la cirugía fue de 6 meses (3-12). El riesgo de mortalidad para cirugía bariátrica fue bajo en el 32.4%, intermedio en el 44.1% y alto en el 23.5 %. La media del peso prequirúrgico fue de 127.59 kg +/- 24.4 y la media del peso a los 6 meses postquirúrgicos fue de 97.79 kg +/- 18.82, descenso estadísticamente significativo ($p<0.05$). Sin registro de mortalidad a la actualidad. Conclusiones: En nuestro trabajo se observó que el género predominante fue el femenino, la prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares se encontró por encima de las encuestas nacionales, tratándose de una población metabólicamente enferma. En el posoperatorio de cirugía bariátrica, el peso de mantenimiento fue menor en cifras estadísticamente significativas.

Factores de riesgo y antecedentes (N 50)		
	N	%
Edad 43.68 (+/-8.9)		
Masculino	19	38%
Femenino	31	62%
HTA	19	38%
DMNIR	12	24%
DMIR	4	8%
Síndrome metabólico	38	76%
TBQ	5	10%
ExTBQ	6	12%
SDT	38	76%
DLP	18	36%
Apneas	6	12%
Hipotiroidismo	16	32%
Asma	3	6%
Antecedentes heredo-familiares	2	4%
Enf autoinmunes	1	2%
Sme depresivo	1	2%
Angina-IAM-ACV	0	0%

Medicación habitual (N 50)		
	N*	%
Metformina	11	22%
Estatinas	10	20%
IECA	8	16%
ARA II	8	16%
Beta bloqueantes	6	12%
Acido acetil salicílico	5	10%
AINES	5	10%
Antiácidos	5	10%
Diuréticos	4	8%
Bloqueantes cálcicos	3	6%
Fibratos	2	4%
Antidepresivos	2	4%

0567 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ANGIOGRÁFICAS DE PACIENTES EVALUADOS POR ANGOR EN UNA POBLACIÓN RURAL

Pablo OLIVER | Rodrigo Ignacio BLANCO | Mauricio BONET | Luis BLANCO | Gustavo IRLADE | Alan BURCEZ | Federico BLANCO | Alejandro GARCÍA ESCUDERO / CARDIOVASCULAR CHIVILCOY

Objetivos: evaluar las características clínicas y angiográficas de una población rural de la provincia de Buenos Aires derivada por angor para ser estudiada mediante angiografía coronaria. Materiales y Métodos: fueron incluidos en forma prospectiva y consecutiva 389 pacientes a los que se solicitó angiografía coronaria por angor entre Agosto de 2015 y Mayo de 2016, en un centro de Cardiología Intervencionista que recibe pacientes de localidades rurales de la provincia de Buenos Aires. Se evaluaron las características demográficas, factores de riesgo cardiovasculares, antecedentes cardiovasculares, motivo del estudio, diagnóstico clínico y características angiográficas. Las variables categóricas fueron expresadas como número y porcentajes. Las variables numéricas fueron expresadas como media-DS o mediana e IC25-75 según correspondía. Se consideró significativa una $p < 0,05$. Resultados: Fueron incluidos 389 pacientes. La edad promedio de la población fue 69,6 +/- 8 años. El 66,8% (n=260) eran hombres. Cuando se evaluaron los factores de riesgo cardiovasculares conocidos por los pacientes, el 72% (n=282) presentaba hipertensión arterial, el 21,8% era tabaquista (n= 85), el 26,9% ex tabaquista (n=105), presentaba Diabetes el 17,5% de los pacientes (n=68) y dislipemia el 47,8% (n=186). Presentaba antecedente de infarto agudo de miocardio el 11,5% (n=45), antecedentes de Angioplastia coronaria el 13,1% (n=51), y antecedentes de cirugía de revascularización miocárdica el 6,6% (n=26). En relación con los motivos de estudio, el 24,6% de los pacientes fueron derivados por angina inestable (n=98), el 13,8% (n=54) por Infarto Agudo de Miocardio, el 20% (n=81) por angina progresiva, el 30,3% por angor característico y a baja clase funcional o con pruebas funcionales positivas (n=118) y el 3,6% (n= 14) por disnea interpretado como equivalente anginoso. En relación con los hallazgos de la angiografía, el 27,2% (n= 106) presentaba enfermedad coronaria significativa de un vaso; el 16,4% (n=64) enfermedad de dos vasos y el 11,05% enfermedad significativa de tres vasos. Conclusiones: en una población de origen rural derivada por angor para ser estudiada mediante angiografía coronaria existe un elevado porcentaje de pacientes con factores de riesgo cardiovasculares conocidos, siendo el más prevalente Hipertensión arterial. La mayoría de los pacientes fueron de sexo masculino. En la mitad de los casos el motivo del estudio fue la presencia de un síndrome coronario agudo (angina inestable o Infarto agudo de miocardio), observándose lesión coronaria significativa de uno, dos o tres vasos en un 54,6% de los casos.

0129 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL NOCTURNA EN UNA COHORTE PROSPECTIVA DE UN HOSPITAL DE LA COMUNIDAD.

Maria Paula CATALANO | Carlos RIVAS | Alejandro GARCÍA AGUIRRE | Jorge TOBLI | Claudio HIGA | Fedor NOVO | Federico DI GENNARO | Santiago PEREZ LLORET / HOSPITAL ALEMÁN

Objetivos: Reportar la prevalencia y características de los pacientes con hipertensión arterial (HTA) nocturna en un hospital de la comunidad y evaluar las diferencias entre los pacientes con y sin HTA nocturna. Además, mencionar el posible impacto pronóstico de padecer eventos cardiovasculares (CV) y desenlaces fatales relacionados con la HTA nocturna. Materiales y Métodos: Se enrolaron prospectivamente 104 pacientes hipertensos a los cuales se le realizó una presurometría de 24 hs pertenecientes al plan médico del hospital, desde diciembre del 2013 a diciembre del 2014. Se analizaron características basales y se compararon las poblaciones con y sin HTA nocturna. Como desenlace final se buscaron crisis hipertensivas, eventos coronarios, insuficiencia cardíaca y accidente cerebro vascular, así como también muerte de causa CV y total. Se calculó el riesgo relativo y sus respectivos intervalos de confianza 95% o el desvío estándar según correspondía, considerando estadísticamente significativa $p < 0,05$. Resultados: la media de seguimiento fue de dos años. El 58% fueron mujeres (59 pacientes) y la media de edad fue de 59 años. Los pacientes que presentaron presurometría positiva fueron 52 (50%), aquellos que tuvieron patrón Non dipper fueron 45 (43%) y con HTA nocturna fueron 65 (62%). De estos últimos, 22 pacientes tuvieron HTA nocturna aislada (21%). No se diferenciaron estas poblaciones en factores de riesgo, así como tampoco en sus antecedentes de enfermedad cardiovascular y cerebrovascular. Tampoco se hallaron diferencias en la presencia de HVI en el grupo con y sin HTA nocturna. Respecto al tratamiento recibían similar grupo y número de fármacos así como medidas higiénico dietéticas. En los pacientes sin HTA nocturna la medicación con IECA resultó en un RR 0,5 IC95% 0,25 - 1,02. Durante el seguimiento se registraron los siguientes eventos: una muerte de causa no cardiovascular (1%), una emergencia clínica asociada a HTA (1%), dos HTA severas de riesgo indeterminado (2%) y una HTA severa aislada (1%). No se encontraron diferencias significativas en el número de eventos entre el grupo con y sin HTA nocturna (Tabla 1). Conclusiones: La prevalencia hallada de HTA nocturna fue similar a publicaciones internacionales. No se encontraron diferencias entre las poblaciones de pacientes hipertensos con y sin HTA nocturna en esta cohorte. En el grupo de pacientes sin HTA nocturna la medicación con IECA podría ser un factor protector de su ocurrencia. A corto plazo la HTA nocturna no fue factor predictor de eventos, si bien un seguimiento prolongado podría modificar este resultado.

Características basales	Pacientes con HTA nocturna N=(%)	Pacientes sin HTA nocturna N=(%)	RR (IC 95%)	p
Numero de pacientes	65(62%)	39(32%)	-	-
Edad (años, DS)	60 ±14	59 ±21	-	0,6
PAS nocturna (DS)	126 ±10	105 ±8	-	0,00001
PAD nocturna (DS)	78 ±7	64 ±4	-	0,00001
Presión de pulso (DS)	48 ±8	41 ±7	-	0,00001
Frecuencia cardíaca (DS)	69 ±9	66 ±8	-	0,03
Non Dipper	37 (57%)	8(20,5%)	2,77(1,44-5,33)	0,0004
Presurometría +	48 (74%)	4 (10%)	7,20(2,81-18,42)	0,00001
Tabaquistas	7(11%)	4(10%)	1,05(0,32-3,35)	1
Diabéticos	10(15%)	2(5%)	3,00(0,69-12,98)	0,20
Dislipémicos	36(55%)	23(59%)	0,93(0,66-1,32)	0,83
Sobrepeso	45(69%)	25(64%)	1,08(0,81-1,43)	0,66
HVI	26(40 %)	19 (49%)	0,82(0,53-1,27)	0,41
Eventos	4(6%)	2 (5%)	1,20(0,23-6,25)	1

0175 - IMPACTO DE LEVOSIMENDÁN EN LA EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON DETERIORO SEVERO DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDÍACA

Josefina PARODI | Yevgeniy KOROLIV | Leonardo SEANE | Mariano CAMPORRONDON | Mariano VRANCIĆ | Fernando PICCININI | Daniel NAVIA | Mariano BENZADÓN / INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA

Objetivos: Analizar la asociación entre el uso de levosimendán y la incidencia de bajo gasto cardíaco (BGC) postoperatorio, mortalidad hospitalaria y a 180 días en los pacientes con deterioro severo de la función sistólica de ventrículo izquierdo (FSVI) sometidos a cirugía cardíaca. Materiales y Métodos: Se incluyeron a todos los pacientes con fracción de eyección ventricular izquierda (FEy) $\leq 40\%$ sometidos a cirugía cardíaca entre 2010 y 2015. La población estudiada fue dividida en dos grupos, de acuerdo al uso o no de levosimendán perioperatorio, con seguimiento a 180 días. Se realizó medición de la FEy preoperatoria y a 30 días de la cirugía por medio de ecocardiograma doppler transtorácico 2D. Se excluyeron del análisis a los pacientes con trasplante cardíaco. Resultados: Se analizaron 268 pacientes con deterioro severo de la FSVI, en 57 de los cuales se utilizó levosimendán (21,3%). La edad promedio de la población general fue de 67 años (DE 10,6), siendo en su mayoría de sexo masculino (86,2%). Los pacientes del grupo levosimendán presentaban mayor prevalencia de insuficiencia cardíaca sintomática, enfermedad renal, anemia, menor FEy y mayor riesgo quirúrgico (media Euroscore 8.9 vs. 6.5, $p < 0,0001$) (ver tabla 1). Las cirugías de urgencia (70 vs. 41%, $p < 0,0001$), procedimientos valvulares (35% vs 22,8%, $p < 0,0001$) o combinados (36,8% vs. 19,4%) fueron mas frecuentes en el grupo levosimendán. Las complicaciones postoperatorias también fueron mas frecuentes en este grupo: necesidad de balón de contrapulsación intraaórtico (12,3% vs 3,3% $p = 0,013$), bajo gasto cardíaco (33,3% vs 15% $p = 0,001$) y falla multiorgánica (17,5% vs 5,7%, $p = 0,01$). No se encontraron diferencias significativas en la variación de la FEy

RESUMENES DE TEMAS LIBRES

a 30 días entre ambos grupos (media 9.5% vs. 7.9%). La estadía hospitalaria promedio fue de 24.5 días en el grupo levosimendán vs. 14.2 días ($p=0.008$). Finalmente, se observó mayor incidencia de muerte intrahospitalaria con levosimendán (19.3% vs. 7.6% $p=0.009$), sin diferencias significativas en la mortalidad a 180 días (ver tabla 2). Conclusiones: Los pacientes que recibieron tratamiento perioratorio con levosimendán eran de mayor riesgo quirúrgico, presentaron mayor incidencia de bajo gasto cardíaco postoperatorio y muerte intrahospitalaria, sin diferencias en la mortalidad a 180 días. No se observó diferencia en la mejoría de la FEy a 30 días entre los dos grupos.

TABLA 1	LEVOSIMENDAN (n=57)	NO LEVOSIMENDAN (n=211)	p
Edad (DE)	67.7 (10.5)	67.4 (10.8)	0.8630
Diabetes	17 (29.8%)	70 (33.2%)	0.6317
IRC	17 (29.8%)	31 (14.7%)	0.0082
Anemia	16 (28.1%)	21 (10%)	0.0004
ICC Sintomática	35 (61.4%)	63 (29.9%)	<0.0001
FEy (DE)	30% (9%)	34% (5.9%)	0.0045
EuroScore (DE)	8.9 (3.5)	6.5 (3.2)	<0.0001
Urgencia	40 (70.2%)	87 (41.2%)	0.0001
CEC	50 (87.7%)	103 (48.8%)	<0.0001
CX Valvular	20 (35.1%)	48 (22.8%)	<0.0001
CRM	10 (17.5%)	112 (53%)	<0.0001

TABLA 2	LEVOSIMENDAN (n=57)	NO LEVOSIMENDAN (n=211)	p
Ins. Renal Aguda	9 (15.8%)	40 (19%)	0.70
BCIAo	7 (12.3%)	7 (3.3%)	0.01
BGC	19 (33.3%)	32 (15.2%)	0.001
Fallo MO	10 (17.5%)	12 (5.7%)	0.01
Estadía hospital	24.5 días (20.9DE)	14.2 días (14.3DE)	0.0008
Muerte Intrahosp	11 (19.3%)	16 (7.6%)	0.009
Muerte a 180 días	4 (7.0%)	7 (3.3%)	0.25
Delta FEy 30 días	9.5% (10.7%DE)	7.9% (9.6%DE)	0.33

0221 - PERICARDITIS POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: PREDICTORES CLÍNICOS Y ELECTROCARDIOGRÁFICOS.

Facundo FALCÓN | Luis Iván ALMIRON | Natalia CHATTICH | Cristian PUPUCHE | Gastón POZZI / INSTITUTO DE CARDIOLOGIA JF CABRAL

Objetivos: Evaluar la asociación entre variables clínicas y electrocardiográficas, y el desarrollo de pericarditis post infarto agudo de miocardio (PeIAM). Materiales y Métodos: Estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo y analítico. Los casos fueron pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACST) que desarrollaron pericarditis. El grupo control fueron pacientes con SCACST que no desarrollaron pericarditis, internados entre el 1/01/2014 y el 31/12/2015. La fuerza de asociación se determinó mediante el odds ratio (OR) con Intervalo de Confianza (IC) del 95%. Resultados: Se incluyeron 459 pacientes, 47 pacientes con PeIAM y 412 pacientes con SCACST sin pericarditis. La media de edad fue de 53 vs 62 años ($p=0.001$), 91% vs 73% eran hombres ($p=0.007$). El 9,4% de los pacientes con pericarditis fueron hombres y el 0,9% mujeres ($p=0.007$), el 34% vs 10% no recibieron terapia de reperfusión alguna ($p=0.0001$), 67% vs 23% fueron reperfundidos luego de 12 hs iniciado los síntomas ($p=0.001$). La mediana de Tnt US fue de 8550 ng/L vs 1470 ng/L ($p=0.0001$), CPK-MB 340 U/l vs 160 U/l ($p=0.001$), Sumatoria de supradesnivel del ST (SumST) 20 mm vs 12 mm ($p=0.0001$), Eritrosedimentación (VSG) 15 mm/hora ($p=0.0001$) y 8 mm/hora, Glóbulos Blancos (GB) 12700 cel/mm3 vs 11200 cel/mm3 ($p=0.0001$). En el análisis multivariado, se incluyeron las variables que resultaron significativas en el univariado, y la asociación con pericarditis se mantuvo para edad ($p=0.006$ OR:1,07 IC 95% 1,03-1,10), Reperfusion ($p=0.05$), GB ($p=0.025$), VSG ($p=0.0001$), Tnt US ($p=0.019$), SumST ($p=0.003$), Reperfusion >12hs ($p=0.005$), no así con sexo masculino ($p=0.33$ OR:4,34 IC 95% 1,87-10,13) y CPK-MB ($p=0.22$). La mediana en cuanto días de internación fue de 7 días vs 5 días ($p=0.001$). Se realizó para las variables cuantitativas que tuvieron diferencias significativas en el análisis univariado (CPK-MB, TntUS, GB, VSG, Edad, SumST), curva COR, estableciéndose puntos de corte en cuanto a la sensibilidad y especificidad, recategorizando las variables (Edad < 61 años, Tnt US > 2500, CPK-MB > 178, VSG > 9,5, GB > 11300 cel/mm3, SumST > 13mm) (Ver Fig. 1-4). Se recategorizaron las variables tiempo de reperfusión (>12 hs y < 12 hs) y Reperfusion. Se realizó análisis multivariado presentando todas diferencias estadísticamente significativas, excepto CPK-MB. Se otorgó a cada una de las variables un puntaje en base al odd ratio de cada una, confeccionándose un score. Se realizó curva ROC para el SCORE presentando un área bajo la curva de 0.92. Evidenciándose como punto de corte el valor de 14,5 pts (S 92%, E 79%). Se realizó análisis univariado de este punto de corte presentando diferencias estadísticamente significativas ($p=0.0001$, odd ratio 45) Conclusiones: Existen variables clínicas como la edad, el sexo, el valor de Tnt US, sumatoria del supradesnivel del ST, reperfusión, VSG, que predicen el desarrollo de pericarditis en pacientes con SCACST.

0276 - ESTATINAS AL ALTA EN LA CORONARIOPATÍA AGUDA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS. REGISTRO EPI-CARDIO.

Carolina Mercedes TRAVETTO(1) | Juan Jose BACIGALUPE(1) | Maria Jose MARTINEZ(1) | Maximiliano DE ABREU(1) | Javier MARIANI(1) | Juan A. GAGLIARDI(2) | Hernan C. DOVAL(2) | Carlos D. TAJER(1) / HOSPITAL EL CRUCE (1); GEDIC (GRUPO DE ESTUDIO, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN CLÍNICA) (2)

Objetivos: Evaluar el empleo de estatinas al alta en pacientes con síndrome coronario agudo incluidos en el registro Epi-Cardio y su variación en los últimos 10 años. Materiales y Métodos: Se incluyeron los pacientes con síndrome coronario agudo ingresados entre 2005 y 2014, excluyendo fallecidos o sin datos del tratamiento al alta. Se analizó la frecuencia de indicación de estatinas, fármacos y dosis utilizadas a lo largo de los 10 años, así como la indicación de terapia de "alta intensidad" (rosuvastatina 20-40mg, atorvastatina 40-80mg). Se comparó el uso de acuerdo al ámbito de atención de la salud. Resultados: Se analizaron 22905 registros. Los fármacos más empleados fueron atorvastatina 68%, simvastatina 22,7% y rosuvastatina 9,1%. Las tendencias temporales fueron significativas hacia el incremento de la indicación de estatinas (83% en 2005-2007 a 92,5% en 2014), aumento de las dosis, reducción de la indicación de simvastatina en favor de los otros agentes, e incremento de la terapia de alta intensidad de 7,7% en 2005-2007 al 52,6% en 2014. El empleo de terapia de alta intensidad fue menor en el ámbito público (16,7% vs 33,3%; $p<0.01$). Conclusiones: La frecuencia de indicación de estatinas se acerca a niveles óptimos, y el empleo de dosis elevadas se incrementó durante el período de estudio alcanzando a más de la mitad de los pacientes. Las diferencias en el sector público sugieren un menor acceso al tratamiento. Es necesario continuar con estrategias educativas, de control de la calidad de atención y mejorar el acceso a las terapias recomendadas.

0464 - PERSISTENCIA DE TROMBO EN LA AURÍCULA IZQUIERDA A PESAR DE ANTICOAGULACION DURANTE UNA MEDIANA DE 8 SEMANAS EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR DE TIEMPO INDETERMINADO.

Yanina Vanesa VAZQUEZ | Matias Jose FOSCO | Gisele Adriana RUTH FLORES | Javier Fabian VENTRICH | Humberto Dario KENNY ACOSTA | Walter ALUSTIZA | Eduardo TOBAR | Maria Pia MARTURANO / SANATORIO PASTEUR

Objetivos: Para la cardioversión (CV) de la fibrilación auricular o el aleteo auricular no valvular de > 48 horas o de tiempo indeterminado (FATI) se recomiendan 3 semanas de anticoagulación (ACO) con los nuevos anticoagulantes (NACO) (sin monitoreo de laboratorio) o con antagonistas de la vitamina K (AVK) (manteniendo un cociente internacional normalizado [RIN] 2-3), o la previa realización de un ecocardiograma transesofágico (ETE) para descartar trombo en la orejuela de la aurícula izquierda (OAI). Objetivos primario: Analizar la frecuencia de trombo en OAI persistente a pesar del tiempo recomendado de ACO en pacientes con FATI. Secundario: Explorar variables asociadas con persistencia de trombo en OAI. Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo sobre todos los pacientes (p) con FATI consecutivamente admitidos entre abril/14 y marzo/15, y que hubieran recibido un segundo ETE luego de la ACO. El punto final fue persistencia de trombo en OAI en este ETE. Para el objetivo secundario se compararon variables clínicas y ecocardiográficas entre los pacientes con y sin trombo persistente. Las variables continuas se expresan por su mediana y rango intercuartílico (RIC) y se comparan mediante prueba de Suma de Rangos de Wilcoxon. Las variables categóricas se expresan por su porcentaje y se comparan mediante prueba Exacta de Fischer. Se utilizó un nivel $\alpha=0.05$. Resultados: Ingresaron 92 p con FATI, se efectuó ETE a 89 (96,7%). En 23 de ellos (25,8%) se documentó trombo en la OAI. El primer ETE de las FATI. A 19 de los 23 p (82,6%) con trombo en el primer ETE se les realizó un segundo ETE luego de anticoagular durante una mediana de 8 semanas (RIC 6-12). Se halló trombo persistente en 9 de los 19 p (47,4%). No hubo diferencia significativa de ninguna variable entre ambas poblaciones (SIN trombo persistente, versus CON trombo persistente), incluyendo el tiempo de anticoagulación (NO trombo: mediana 8 semanas, (RIC 8-16); SÍ trombo: mediana 8 semanas, (RIC 6-10; p NS). Emergió "obesidad" como variable asociada a trombo persistente, al límite de significación (NO trombo: 1/10 (10%), SÍ trombo 5/9 (55,6%), $p=0.057$). Conclusiones: En casi la mitad de los p con FATI se detectó trombo persistente en OAI a pesar de 8 semanas de anticoagulación. En un análisis exploratorio, emergió obesidad como posiblemente asociada con la persistencia del trombo.

0547 - RELACION ENTRE EL INDICE DE CHA2DS2 VASC Y LA PRESENCIA DE TROMBOS INTRACAVITARIOS EN PACIENTES PORTADORES DE FIBRILACION O ALETEO AURICULAR

Natalia Giselle CRISTALDO | Raul Ignacio PASETTO | Sheila Yanina FERNANDEZ | Cynthia Mariel LOPEZ GONZALEZ | Maria Paola Romina NAPUT / INSTITUTO DE CARDIOLOGIA JF CABRAL

Objetivos: Evaluar la asociación entre la presencia de trombos intracavitarios y el puntaje del índice de CHA2DS2-VASC, como así también variables individuales del índice de CHA2DS2-VASC y su relación con la presencia de trombos intracavitarios. Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, unicéntrico que incluyó pacientes mayores de 18 años portadores de FA o aleteo auricular no valvular, de tiempo indeterminado o mayor a 48 hs de duración que se realizaron ETE como pesquisa emboligénica en un centro asistencial desde el 01 de Enero de 2010 al 31 de Enero de 2016. Se calculó el índice de CHA2DS2 VASC a cada paciente y se registró cada valor. Se identificó la presencia o ausencia de trombos intracavitarios en el ETE, y se agrupó a la población en relación a esta variable. Resultados: Se incluyeron 112 pacientes a quienes se les realizó ETE para pesquisa emboligénica, con una media de edad de 65 (DS 12) años, siendo el 28% de la población de sexo femenino. Del total de los pacientes, 96 pacientes (85,7%) no presentaron trombos intracavitarios (grupo 1), y 16 pacientes (14,3%) presentaron trombos intracavitarios (grupo 2). En cuanto al índice de CHA2DS2 VASC, el valor medio de la población fue de 3.17 puntos (DS 1.7) y el valor de la mediana fue de 3 puntos (IRQ de 2). En el total de la población, el 3,6% presentó un valor de CHA2DS2 VASC de 0 puntos, el 12,5% tenía un valor de 1 punto, y el resto un valor de CHA2DS2 VASC mayor a 2 puntos. Los pacientes en quienes se confirmó la presencia de trombos (grupo 2) presentaron un mayor valor de CHA2DS2 VASC en comparación con quienes no tenían trombos (4,5 vs 3 puntos, respectivamente, $p=0.009$). La prevalencia de trombos intracavitarios se incrementó con cada aumento en las categorías del puntaje de CHA2DS2 VASC. Cuando se evaluó la presencia de trombos intracavitarios en relación a las distintas variables del índice de CHA2DS2 VASC, la edad mayor a 75 años y la presencia de enfermedad vascular se relacionaron de manera significativa con trombos intracavitarios ($p=0.026$ y $p=0.004$, respectivamente). Conclusiones: La presencia de trombos intracavitarios en pacientes portadores de FA o aleteo auricular se asocia de manera significativa al puntaje del índice de CHA2DS2 VASC. De los componentes de este puntaje, la edad mayor a 75 años y la enfermedad vascular están asociadas en forma significativa.

0171 - PUEDEN LAS ESTATINAS PREVENIR FA LUEGO DE UNA CIRUGÍA CARDÍACA?

ESPIÑOZA, Juan Carlos | CAMPORROTTONDO, Mariano | FURMENTO, Juan | BURGOS, Lucrecia | VRANCIC, Mariano | PICCINI, Fernando | BENZADON, Mariano | NAVIA, Daniel / INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA

Objetivos: Evaluar si la utilización de estatinas previo a la cirugía cardíaca puede reducir la incidencia de fibrilación auricular (FA) posoperatoria. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo comparativo sobre una base de datos cuya información fue recolectada en forma prospectiva desde Enero 2004 – Abril 2014. Se incluyeron 4664 pacientes intervenidos quirúrgicamente en forma consecutiva en un único centro tanto en forma electiva como de urgencia/emergencia abarcando todo el espectro de la cirugía cardíaca (exceptuando transplantes). Se excluyeron aquellos pacientes con FA o impante de marcapasos definitivo (n=288). Se estratificaron según la ocurrencia de FA posoperatorio (Grupo Con-FA, n=862, 18.5%) o no (Grupo Sin-FA, n=3802, 81.5%). Se analizaron los resultados perioperatorios (mortalidad, ACV, diálisis, reoperación por sangrado, IAM posoperatorio). Finalmente se realizó un análisis uni y multivariado para identificar predictores independientes de padecer FA posoperatoria. Se utilizó la prueba exacta de Fisher, la t de student, la U de Mann-Whitney, y modelos de regresión logística. **Resultados:** La mortalidad hospitalaria global fue 4.4% (procedimientos electivos = 2.7%). La incidencia global de FA posoperatoria fue 18.5%. Mediante el análisis univariado y multivariado se identificaron cinco predictores independientes de FA posoperatoria: edad (odds ratio (OR): 1.06, p<0.01), disfunción ventricular izquierda moderada/severa (OR:1.22, p=0.04), insuficiencia renal crónica previa a la cirugía (OR: 1.41, p=0.02), la utilización de la circulación extracorpórea (OR:2.1, p<0.01), y la medicación con estatinas previa a la intervención (OR:0.85, p=0.04). El único factor protector de FA posoperatoria fue la medicación con estatinas previo a la cirugía. **Conclusiones:** La medicación con estatinas previa a una intervención quirúrgica cardíaca se asoció con menor incidencia de FA posoperatoria.

0218 - DIFERENCIAS ENTRE LAS CURVAS DE SINCRONIA ELÉCTRICAS EN PACIENTES CANDIDATOS A TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA VS PACIENTES CANDIDATOS A MARCAPASOS SIN MIOCARDIOPATÍA

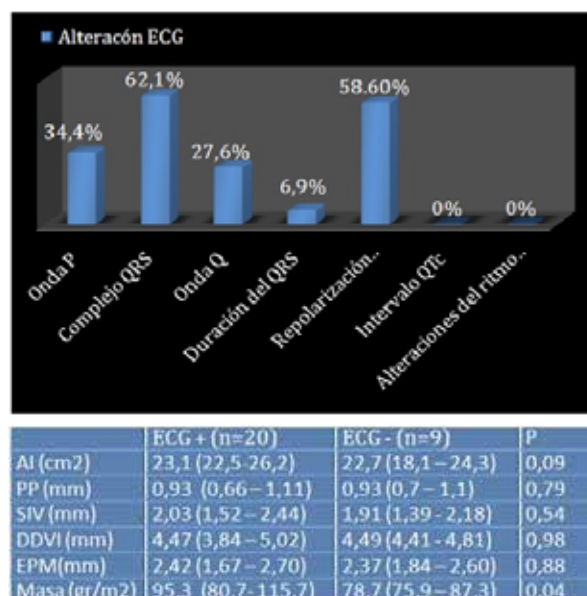
ORTEGA, Daniel Felipe(1) | BARJA, Luis Dante(2) | LOGARZO, Emilio Ariel(2) | PAOLUCCI, Analía(3) | MANGANI, Nicolás Martín(2) / FIBA (1); HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL (2); CLÍNICA SAN CAMILO (3)

Objetivos: Introducción: Es posible mediante la estimulación del ventrículo derecho, obtener curvas de sincronía eléctrica en pacientes con y sin miocardiopatía dilatada. **Objetivo:** El motivo del presente trabajo es evaluar las diferencias entre las morfologías de curva 5 (sincronía) por el método de Synchronax en pacientes con función ventricular normal vs pacientes con miocardiopatía dilatada. **Materiales y Métodos:** Se evaluaron 684 pacientes. Del total 609 pacientes tenían marcapasos y 75 CRT. En todos los pacientes se buscó posicionar el catéter en ventrículo derecho buscando obtener una curva 5 de sincronía. En los pacientes con CRT se tomó en cuenta solamente la estimulación en ventrículo derecho. **Resultados:** Del total de los pacientes estudiados sin miocardiopatía dilatada se encontró la curva 5 de sincronía eléctrica durante el implante en el 98% de los casos. En pacientes con miocardiopatía se encontró la curva 5 en el 90%. La duración media del QRS fue 189,58 mseg (SD:20,73) en los pacientes con miocardiopatía con CRT y de 164,53 mseg (SD:17,47) en los paciente sin miocardiopatía con marcapasos. Las diferencias de las medias de pacientes con CRT – pacientes con MCP fue de 25,05. Intervalo de confianza 95 % de las diferencias (19,01 ; 31,09) Prueba T para muestras independientes. **Conclusiones:** Si bien la obtención de las curvas de sincronía es posible en un porcentaje similar en los pacientes con y sin miocardiopatía, en los primeros la duración del QRS es mayor.

0364 - MIOCARDIOPATÍA HIPERTROFICA: ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS MAS FRECUENTES Y SU RELACIÓN CON HALLAZGOS POR RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA.

MEDUS, María Jorgelina | CASTRO, Edgardo | BRODSKY, Laura | SODOR, Enrique | BLANCO, Juan | COLLAUD, Carlos | REDRUELLO, Marcela | MASOLI, Osvaldo / TCBA SALGUERO

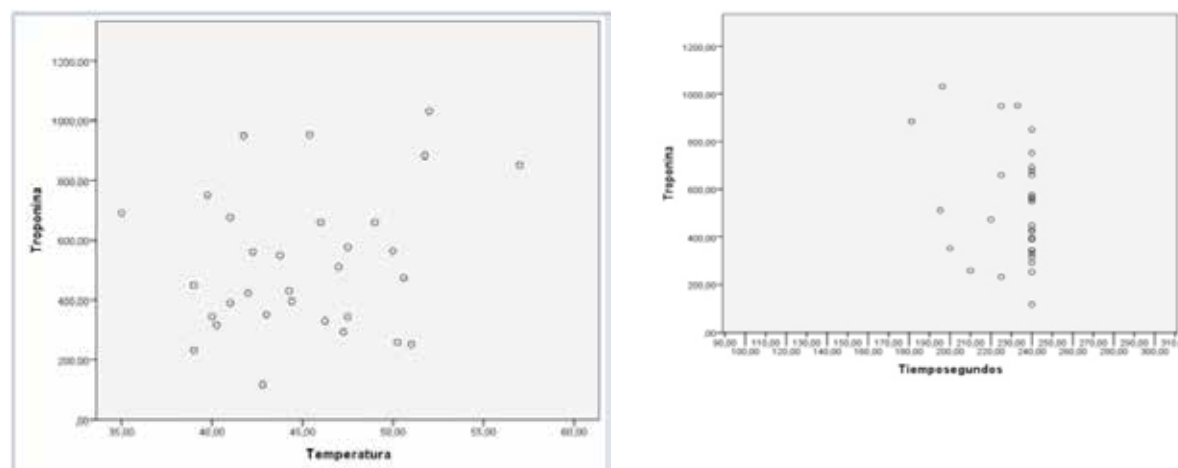
Objetivos: Determinar en una población de pacientes derivados a resonancia magnética cardíaca (RMC) por Miocardiopatía Hipertrofica (MCH) : 1. Las alteraciones electrocardiográficas y su prevalencia 2. Si existen asociación entre las alteraciones electrocardiográficas y los hallazgos por RMC. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo. Se incluyeron 29 pacientes consecutivos. **Criterios de inclusión:** Pacientes derivados para realizar una RMC con espesor miocárdico mayor o igual a 15 mm. **Criterios de exclusión:** Hipertensión Arterial. Valvulopatías. Cardiopatía isquémica. Miocardiopatías infiltrativas. Se consideraron pacientes con ECG positivo a aquellos que presentaron dos o mas de las alteraciones electrocardiográficas descriptas en el Consenso SAC de MCH 2009. Se realizó la medición por RMC del septum interventricular (SIV), pared posterior (PP), diámetro diastólico del ventrículo izquierdo (DDVI), espesor máximo parietal (EMP), aurícula izquierda (AI), masa del VI indexada (M). Se determinó la prevalencia de las alteraciones electrocardiográficas y se compararon pacientes con criterios positivos y negativos por ECG. **Resultados:** Edad 41,6 +/- 14. 79% hombres, 17% TBQ, 10% DLP, 20% AHF. Se observó alteraciones electrocardiográficas 93,1% (n=27). Onda P 34,4% (n=10) Complejo QRS 62,1% (n=18) Desviación del eje del complejo QRS 31% (n=9) Incremento del voltaje 37,9% (n= 11) Onda Q 27,6% (n=8) Duración del complejo QRS 6,9% (n=2) Repolarización ventricular 58,6% (n=17) Intervalo QTc 0% (n=0) Alteraciones del ritmo y de la conducción 0% (n=0) **Conclusiones:** Observamos una alta prevalencia de alteraciones electrocardiográficas en nuestra población. Las mas frecuentes fueron del complejo QRS y de la repolarización ventricular. Al comparar los pacientes con ECG positivo y negativo, se observó que la masa medida por RMC fue el único parámetro que se asoció a la presencia de dos o mas alteraciones electrocardiográficas.



0370 - "CORRELACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE CON PARAMETROS INTRAOPERATORIOS DURANTE LA ABLACION CON CRIOBALON"

JARMA, Joaquín Julián | MONDRAGON, Luis Igtónacio | VERGARA, Juan Manuel | OROSCO, Agustín | IRIBARREN, Ana | RIVERA, Santiago Horacio | ALBINA, Gastón | SCAZZUSO, Fernando Adrián / INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA

Objetivos: La ablación de venas pulmonares es una alternativa novedad para el tratamiento de la fibrilación auricular. Uno de los objetivos durante el procedimiento es lograr temperaturas entre -40° y -50°C. Por otro lado, la mayor elevación enzimática se asocia con libertad de la fibrilación auricular al año. Se desconoce si existe una verdadera relación entre la elevación de troponina ultrasensible con las variables de éxito buscadas durante el procedimiento. **Materiales y Métodos:** Se trata de un estudio observacional y prospectivo, en el cual se incluyeron en el análisis un total de 31 pacientes con fibrilación auricular paroxística para ablación de venas pulmonares. No se incluyeron pacientes con antecedentes de ablación previa. La ablación de venas se realizó con criobalón de segunda generación. Se registraron los datos de tiempo de lesión por vena y temperatura alcanzada. Se realizó el dosaje en troponina ultrasensible entre la cuarta y sexta hora postablación, momento en el cual se realiza control de la anticoagulación. **Resultados:** La población tenía un promedio de edad de 55,81 (± 13,38) con un CHADS de 1 y el IMC promedio fue de 26,15 (± 3,14). La mediana de venas pulmonares fue de 4; el promedio de tiempo de lesión por vena tratada en segundos fue de 205,5 (± 70,7); la temperatura promedio fue de 39,8°C (± 18). La mediana de troponina lograda fue de 475 ng/dl (345, 676). Para asociar la elevación de troponina ultrasensible con las variables obtenidas se realizó una regresión lineal. Mostrando una relación entre la temperatura lograda promedio por venas y la elevación enzimática, sin significancia estadística. Sin embargo, no se observa la misma distribución en relación con el tiempo de lesión. **Conclusiones:** La observación realizada muestra una asociación lineal entre la temperatura lograda con la elevación de troponina ultrasensible. No ocurre de igual manera con el tiempo total de lesión. La elevación precoz de troponina se asocia con una mayor tasa de recurrencia en otros estudios. Nuestros resultados son congruentes con lo presentado en trabajos anteriores, donde la temperatura lograda es un claro predictor de éxito. Mientras que el tiempo total aplicado a cada vena sigue siendo un punto de discusión. Sin embargo es necesario un estudio de mayor poder para poder asegurar las conclusiones arrojadas en este trabajo.



0407 - EXTRACCIÓN ENDOVASCULAR DE CATÉTERES DEFINITIVOS REALIZADOS POR ELECTROFISIÓLOGOS: RESULTADOS DE 8 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

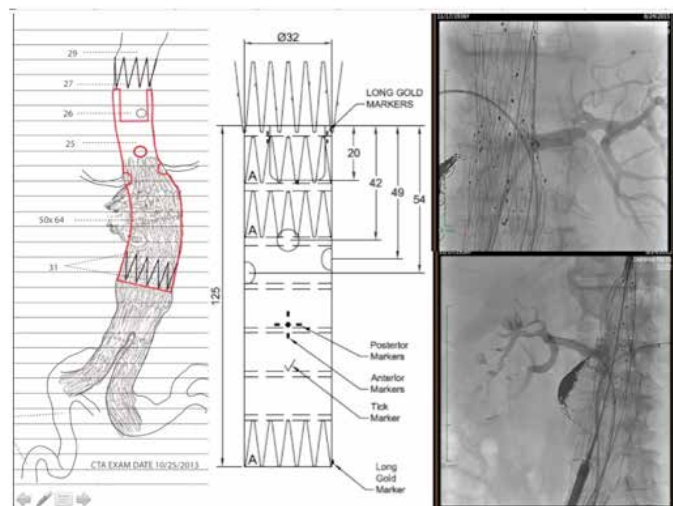
SPERANZA, Ricardo Eugenio | DE ZULOAGA, Claudio | ALFIE, Alberto | COSTA, Gustavo Alejandro | DELUSO, Carlos Daniel | ROBI, Marcelo Carlos | PANTERE, Carlos Hernan | PEREZ MAYO, Osvaldo A. / HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS

Objetivos: Analizar los resultados de 8 años de experiencia de la extracción endovascular de catéteres (EEC) realizado por cardiólogos intervencionistas (electrofisiólogos) Materiales y Métodos: Se incluyeron 269 pacientes (p) (64 ± 16.8 años) derivados para EEC desde el 4 / 2008 al 4 / 2016. Se utilizaron vainas telescópicas y estilete "liberator", y fue realizado en su gran mayoría en la sala de electrofisiología (210/269, 78,1%) y en quirófano central en 59/269 (21,9). Todos los p tenían más de 12 meses de implantados. Se extrajeron 392 cat, 50 fueron de CDI. Las indicaciones fueron: decúbito de generador 40 %, infección de bolsillo 22%, extracción electiva por mal funcionamiento de cat, retiro de cat abandonados o por cambio del modo de estimulación 20%, endocarditis infecciosa 13 %, otras 3 %. Los procedimientos fueron realizados bajo anestesia general y cirugía stand by. Resultados: La antigüedad de los cat fue de 84 ± 53 meses. En 387 / 392 cat la EEC fue completa (98,7%). En 5 / 392 (1,3 %) fue parcial, de los cuales uno requirió una intervención a cielo abierto diferida y los restantes no presentaron complicaciones. 37 p tenían vegetaciones adheridas al cat. En este grupo la EEC fue completa mediante la utilización de vainas de diferentes calibres tendientes a incluir las vegetaciones en las mismas. En estos p nunca se observaron embolizaciones pulmonares. En los p jóvenes (edad media 24 ± 8.5 años) la EEC fue más laboriosa. El 15 % de todos los cat se extrajeron por tracción simple. De los últimos 150 catéteres extraídos se logró una EEC completa en todos los casos. En 3 p (0,8 %), los 3 con cat de CDI, con una longevidad promedio de 10 y 14 años se produjeron la ruptura de la AD en uno y del confluente yugulo subclavio en dos, requiriendo asistencia quirúrgica de urgencia seguida del deceso de 2 pacientes, y la resolución exitosa en el restante. Conclusiones: 1) La EEC realizada por electrofisiólogos es segura; 2) El decúbito de marcapasos y la infección de bolsillo siguen siendo la causa mas frecuente de indicación de EEC; 3) La presencia de vegetaciones no significó riesgo adicional ni presencias de embolias; 4) Las complicaciones mayores que requieren intervención a cielo abierto, está vinculada a cat CDI y el tiempo de implante de los mismos 5) El éxito de la EEC está estrechamente relacionada a la experiencia acumulada de los operadores.

0477 - SEGURIDAD DE LA CRIOABLACIÓN CON BALÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA.

OROSCO, Agustín / ICBA

Objetivos: La crioablación con catéter-balón se ofrece como una alternativa de tratamiento atractiva para los pacientes con fibrilación auricular paroxística refractaria al tratamiento farmacológico, con un perfil de lesión más seguro entre otras ventajas. El objetivo del trabajo es demostrar que la crioablación con balón para el tratamiento de la fibrilación auricular paroxística es una técnica segura. Materiales y Métodos: Material y Métodos: Se incluyeron 211 pacientes sometidos a crioablación con balón de 28 mm desde Noviembre 2013 a Mayo 2016. Durante la entrega de crioenergía a lo largo de las venas pulmonares derechas, se realizó estimulación continua del nervio frénico. El ciclo de congelación fue abortado en caso de debilitamiento o pérdida de la contracción diafragmática. La temperatura del esófago fue monitoreada durante todo el procedimiento. Resultados: Resultados: Un total de 211 pacientes (160 hombres) con una edad media de 55.99 ± 11.34 , con historia de FAP documentada recurrente, sintomática y refractaria al tratamiento antiaritmico, entre 2-6 años de evolución. El score CHA2DS2-VASC fue de 1.07 ± 0.71 . El 7.5% (16 pacientes) tenían cardiopatía estructural y la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEy) fue del 59 ± 5.39 %. El área de la aurícula izquierda promedio fue de 22.61 ± 3.25 cm². La tasa de complicaciones fue del 7.1% (15 pacientes), siendo la parálisis del nervio frénico (PNF) la complicación más frecuente, se produjo en 7 pacientes (3.31%), 5 de ellas con reversión antes de la finalización del procedimiento, solamente 2 pacientes (0.94%) se fueron de alta con parálisis del nervio frénico y recuperación antes de los 3 meses. Dentro de las complicaciones vasculares, 1 paciente tuvo una fistula AV (0.47%) y 1 (0.47%) paciente tuvo un hematoma retroperitoneal que requirió transfusión de hemoderivados. El 2.84% (6pacientes) recurrieron con taquicardias auriculares/aleteos izquierdos a los cuales se les realizó reablación. No se reportaron muertes ni accidentes cerebrovasculares, como tampoco hubo episodios de taponamiento, estenosis de las venas pulmonares ni fistulas auriculo-esofágicas a lo largo del seguimiento. Conclusiones: Conclusiones: La crioablación con balón para el tratamiento de la fibrilación auricular paroxística parece ser un método seguro con una baja tasa de complicaciones menores y sin registrar complicaciones mayores.



0051 - TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA ENDOFUGA TIPO I PROXIMAL MEDIANTE ENDOPRÓTESIS FENESTRADAS

FERREIRA, Luis Mariano | ESCORDAMAGLIA, Sergio | CARNERO VIDAL, Lisandro | LA MURA, Ricardo / CLINICA LA SAGRADA FAMILIA

Objetivos: La presencia de un endofuga tipo I proximal luego de la reparación endovascular del aneurisma de aorta tiene actualmente una baja incidencia pero continúa siendo una situación de alto riesgo para el paciente. Su etiología difiere entre una falla mecánica del dispositivo, la progresión de la enfermedad de la aorta, o una inadecuada interacción entre ambas estructuras. Nuestro objetivo fue evaluar el papel de las endoprótesis fenestradas como opción de tratamiento para los pacientes en donde la reparación primaria ha fallado. Materiales y Métodos: Entre enero de 2014 y mayo de 2016, fueron realizados 4 tratamientos mediante la colocación una endoprótesis fenestrada para reparar un endoleak tipo I proximal (IA). Se realizó además una revisión retrospectiva para determinar los detalles del tratamiento inicial. Se utilizaron imágenes en tres dimensiones para definir todas las mediciones morfológicas. Las curvas de Kaplan-Meier se utilizaron para analizar la supervivencia global. Resultados: De los cuatro pacientes, tres endoleaks fueron relacionados a dilatación del cuello. El cuarto por enfermedad difusa inicial del cuello proximal al cual la endoprótesis no se pudo acomodar. El procedimiento de rescate endovascular se llevó a cabo a una media de 32 meses después del procedimiento primario. El diámetro medio de aneurisma en la reintervención fue de 67 mm. La colocación de stents en las fenestraciones se logró con éxito en todos los vasos. No se registró mortalidad a 30 días ni a lo largo del seguimiento con una media de 18 meses. Tampoco se registró oclusión de ramas en el seguimiento Conclusiones: El tratamiento endovascular de un endoleak proximal mediante la colocación de una endoprótesis fenestrada no es más compleja que la reparación en la aorta nativa. Sin embargo el desafío técnico es distinto dependiendo de la endoprótesis originalmente colocada.

0180 - VALOR PRONÓSTICO DE LA FRECUENCIA CARDÍACA AL ALTA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA.

DURAN, Luciana Lorena | ALTAMIRANO, Facundo | CHILABERT, Daniela | BAGNERA, Fernando | ESCALANTE, Juan Pablo / INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE ROSARIO

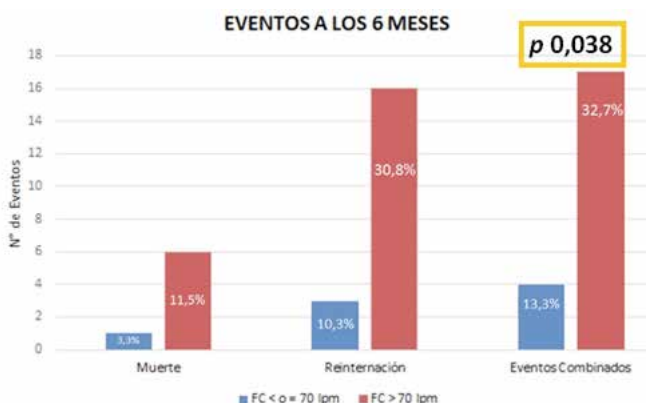
Objetivos: Evaluar la asociación entre la frecuencia cardíaca (FC) al alta en pacientes internados por insuficiencia cardíaca (IC), en ritmo sinusal y con deterioro de la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI); con la aparición de eventos luego de los 6 meses del alta. Materiales y Métodos: Se analizaron en forma retrospectiva y consecutiva todos los pacientes ingresados en nuestra institución desde julio de 2010 hasta junio de 2015 con diagnóstico de IC, en ritmo sinusal y con FEVI menor al 50%. Se dividió a la población en pacientes con FC mayor y menor a 70 lpm al momento del alta hospitalaria. Se analizaron las características basales, evolutivas y la ocurrencia de eventos combinados a los 6 meses (muerte por cualquier causa o reinternación por insuficiencia cardíaca) de ambos grupos. Para la comparación de variables discretas se utilizó la prueba de chi cuadrado y para las continuas la prueba de t Student. Para el análisis multivariado se utilizó el método de regresión logística. Resultados: De la población analizada (82 pacientes), se la dividió según la FC al alta, siendo considerada esta baja si era 70 (grupo 2, 52 pacientes). El 73% era de sexo masculino con una edad media de 70.49 años (± 12.4). Como factores de riesgo cardiovascular de mayor prevalencia encontramos la hipertensión arterial (75.6%), la diabetes mellitus (48.8%) y la dislipemia (42.7%). Las infecciones y la hipertensión arterial han sido los factores desencadenantes de la IC aguda más importantes en nuestra población (20.7 y 11% respectivamente). En cuanto a la evaluación mediante ecocardiograma, para el grupo 1 la FEVI tuvo una media de $35.4 (\pm 7.7)$ y para el grupo 2 del $29.7 (\pm 11.03)$, $p=0.015$. En lo concerniente al tratamiento al alta el 96,3% de los pacientes recibió betabloqueantes, 7,3% digoxina, 84,2 con vasodilatadores, y 47,6% con antagonistas mineralocorticoides. No hubo diferencias entre ambos grupos. Los eventos combinados a los 6 meses (muerte y reinternación)

fueron significativamente mayores en el G2 (32,7% vs 13,3%), $p=0.038$. El análisis multivariado demostró que la FC elevada (mayor a 70 lpm) fue el único predictor de eventos combinados a los 6 meses ($p=0.026$). Conclusiones: La frecuencia cardíaca menor a 70 lpm al momento del alta hospitalaria en pacientes con insuficiencia cardíaca, en ritmo sinusal y con deterioro de la FEVI disminuye la mortalidad y las reinternaciones por insuficiencia cardíaca de estos pacientes.

0374 - INTERROGATORIO DEL DOLOR PRECORDIAL SISTEMATIZADO PARA RESIDENTES. SCORE GUIAR.

MELCHIORI, Renzo Eduardo | FERNÁNDEZ, Horacio Enrique | MOLES, Gustavo | FILOSA, Eliana | MARTÍN NAPOLI, Victoria | ABOY, Juan Manuel | MARTINO, Eduardo | BONORINO, José María / HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Objetivos: 1) Implementar una metodología de interrogatorio del dolor precordial unificada y con lenguaje controlado para ser utilizado por residentes. 2) Establecer el grado de predicción de la misma sobre la presencia de "enfermedad coronaria de jerarquía" Materiales y Métodos: Estudio observacional descriptivo de pacientes que consultan por dolor precordial y que fueron entrevistados mediante una Guía Unificada de Interrogatorio para Residentes (Score GUIAR), diseñado con las preguntas usadas habitualmente por los cardiólogos experimentados. Se controló el orden



de las mismas, el lenguaje utilizado y se le otorgó puntaje positivo o negativo según incrementen o no la posibilidad de angina. Independientemente del resultado del score, los pacientes fueron tratados según criterio del cardiólogo a cargo (ECG, troponina, test de isquemia, internación y tratamiento, ó alta). Se consideró variable de exposición a un valor GUIAR mayor a 5. Y variable de resultado (enfermedad coronaria de jerarquía) a la aparición de uno ó más de los siguientes: troponina positiva, cambios definitivos en el ECG (supra o infraST), cámara gama positiva ó coronariografía que evidencia una ó más lesiones que por considerarse culposas requieran revascularización. Resultados: Se incluyeron 234 pacientes que consultaron por dolor precordial y fueron interrogados por residentes de cardiología. Un total de 149 (63.6%) pacientes presentaron puntaje GUIAR >5, y 150 (74.6%) pacientes presentaron "enfermedad coronaria de jerarquía". En los pacientes GUIAR >5 el evento "enfermedad coronaria de jerarquía" se presentó en 112 casos (75.1%), mientras que en los que tuvieron GUIAR 5 o menos dicha variable estuvo presente en 38 casos (44.7%); RR 2.2. IC 95% 1.5 - 3.1. p<0.005. Conclusiones: 1) La implementación del score GUIAR fue sencilla 2) Es una herramienta que sirvió como método de enseñanza del interrogatorio y permitió unificar el lenguaje entre ellos sobre lo que se considera o no angina. 3) Un score GUIAR de más de 5 puntos se asoció en forma significativa con enfermedad coronaria de jerarquía, demostrando su utilidad en la evaluación de pacientes con dolor precordial en la guardia de emergencias.

FRC (HTA, DBT, TBQ, DLP, Edad >70, fliares <60 años)	☐ 1 punto
Antecedentes coronarios (SCA /historia de revascularización)	☐ 1 punto
Ubicación del dolor	
Dolor dentro de la zona marcada 	☐ 1 punto
Fuera de la zona marcada	☐ 0 punto
Características del dolor	
Opresivo	☐ 1 punto
Puntada (fingertip)	☐ -1 punto
Otro	☐ 0 punto
Presenta dolor actualmente Si (llamar al cardiólogo staff)	☐ 1 punto
Duración del dolor	
< de 1 min	☐ -1 punto
1 a 20 min	☐ 1 punto
Se reproduce palpación	
Si	☐ -1 punto
No	☐ 0 punto
Se modifica con la respiración/movimiento del brazo	
Si	☐ -1 punto
No	☐ 0 punto
Cantidad de episodios de dolor	
>a 1	☐ 1 punto
Único dolor	☐ 0 punto
Momento del dolor	
Dentro de estas 24 hs	☐ 1 punto
Más de 24 hs	☐ 0 punto
Sme anginoso (gatillado por ejercicio, cede con reposo)	
Si	☐ 1 punto
No	☐ 0 punto
Síntomas asociados (sudoración, nauseas, hipotensión)	
Si	☐ 1 punto
No	☐ 0 punto

0408 - PACIENTES JÓVENES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA

CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustín | RINALDI, Cecilia | PALACIOS, Rolando | STREITENBERGER, Gisela | GUTHMANN, Gabriela | DIZEO, Claudio | CALDERON, Gustavo | SANATORIO FRANCHINI

Objetivos: Analizar las características clínicas y la evolución intrahospitalaria de pacientes jóvenes internados en unidad coronaria por insuficiencia cardíaca aguda (ICA), respecto de los mayores. Materiales y Métodos: En forma retrospectiva se analizaron los pacientes internados en unidad coronaria con diagnóstico de ICA entre enero de 2013 y marzo del 2016. Se dividieron en dos grupos según la edad, considerando jóvenes a los pacientes con edad menor o igual a 50 años. Se analizaron los antecedentes, factores de riesgo y las características clínicas. Durante la internación se consideraron como complicaciones el requerimiento de inotrópicos, de asistencia respiratoria mecánica y la mortalidad intrahospitalaria. Se consideró deterioro de la función sistólica del ventrículo izquierdo (FSVI) a una fracción de eyección < 45%. Las variables continuas se expresan como media ± desvío estándar y las categóricas como porcentaje. Las comparaciones entre los grupos se realizaron con métodos de acuerdo al tipo de variables. Resultados: De un total de 442 pacientes, 126 fueron jóvenes con una edad de 42 ± 7 años y 316 mayores con una edad de 64 ± 8 años. Respecto a las características basales el grupo de jóvenes fueron más mujeres (40% versus 18%, p<0,0001), con menor antecedente de infarto previo (5% versus 18%, p<0,002), de internaciones previas por IC (17% versus 29%, p=0,01), de hipertensión (40% versus 56%, p=0,001) y de diabetes (14% versus 26%, p=0,02), sin diferencias en el resto de los antecedentes. En el grupo de jóvenes el 64% presentaba fracción de eyección <45%, mientras que en los mayores el 55% la presentaba (p=0,03). La causa más frecuente en los jóvenes fue la idiopática (45%), seguida de a valvular (22%) y la chagásica (15%); mientras que en el grupo de mayores la causa más frecuente fue la hipertensiva (35%) seguida de la isquémico-necrótica (30%) y la valvular (20%). Respecto a la evolución intrahospitalaria, no hubo diferencias en el requerimiento de inotrópicos (18% versus 15%) ni de asistencia respiratoria mecánica (4% versus 5%). La mortalidad intrahospitalaria fue del 3,6% (16 pacientes), sin diferencias entre ambos grupos. Conclusiones: Los pacientes jóvenes con ICA presentaron menor antecedente de infarto previo, internaciones previas por ICA, de hipertensión y diabetes. Las causas de la IC fueron diferentes en ambos grupos, en el grupo de jóvenes predominó la idiopática y la valvular, mientras que en los mayores la hipertensiva y la isquémico-necrótica. Los pacientes jóvenes presentaron mayor deterioro de la FSVI que los mayores. Sin embargo, la evolución y la mortalidad intrahospitalaria fueron similares en ambos grupos.

0515 - INTERVENCIONES ENDOVASCULARES DE TROMBOSIS AGUDAS EN GRANDES VENAS EN LA MISMA SESIÓN.

TELAYNA, Juan Manuel | TELAYNA, Juan Manuel | COSTANTINI, Ricardo Andrés | HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Objetivos: Introducción: La estrategia de anticoagulación sistémica para trombosis venosa profunda (TVP) aguda evita el empeoramiento de síntomas, el tromboembolismo de pulmón y eventos trombóticos recurrentes. Sin embargo, rara vez es suficiente para disminuir la carga trombótica o el riesgo de síndrome posttrombótico, particularmente en eje ilíaco femoral. El tratamiento endovascular combinado de infusión de trombolíticos por catéter, tromboaspiración y angioplastia con balón e implante eventual de stent es capaz de reestablecer la permeabilidad del vaso y con preservación de las valvulas venosas. Objetivo: Analizar los resultados clínicos de procedimientos endovasculares de angioplastia farmacomecánica en la misma sesión en pacientes con síndrome trombótico venoso agudos. Materiales y Métodos: Material y métodos: Población: constituida por 20 pacientes intervenidos en la misma sesión cuyas características basales de los pacientes fueron: edad 35.2±15.9; mujeres 10 (50%); hipertensión arterial 2 (10%); tabaquismo 1 (5%); dislipemia 1 (5%); diabetes 1 (5%); anticonceptivos 2 (10%); antecedentes heredo-familiares 1 (5%); 4 (20%); viaje prolongado 4 (20%); cirugía reciente 5 (25%); tiempo promedio síntoma – tratamiento 10.8±11.2 días; síndrome vena cava inferior 1 (5%); trombosis venosa profunda 19 (95%); TEP bajo-moderado riesgo 6 (30%); TEP alto riesgo 1 (5%); FVC previo 12 (60%). Venas comprometidas: vena humeral/axilar/subclavia 6 (30%); tronco braquiocéfalo 1 (5%); vena cava inferior 4 (20%); femoral 7 (35%); ilíaco 16 (80%) - síndrome de Main Turner 4(8%); poplitea 1 (5%). Angiografía y Procedimiento: circulación colateral 14 (70%); lesión trombótica 19 (95%); lesión estenótica 1 (5%); acceso femoral 9 (45%); acceso femoral popliteo 5 (25%); acceso popliteo 3 (15%); acceso combinado 7 (35%); Acceso 5-8 Fr 7 (35%); 9-12 Fr 11 (55%); 14 Fr 1 (5%); 24 Fr 1 (5%); tromboaspiración 18 (90%); trombolíticos locales 19 (95%); TPA 18 (90%); UK 1 (5%); trombosis prolongada 3 (15%); trombofragmentación 9 (45%); balón 18 (90%); stent 9 (45%); tiempo de sala 158.3±57.3; material de contraste 203.7±81.9 ml; tiempo de fluoroscopia 31.1±13.9 min. Resultados: Los resultados fueron: éxito técnico 17 (85%); recanalización parcial 3 (15%); embolia pulmonar clínica relevante 0; sangrado mayor 0; muerte periprocedimiento 0; anticoagulación crónica 17 (85%). Conclusiones: Es factible y seguro la técnica de reperfusión venosa (angioplastia farmacomecánica) en la misma sesión en los pacientes con trombosis venosas profundas agudas.

0523 - COMPARACIÓN DE ESTRATEGIAS POBLACIONALES PARA DISMINUIR EL COLESTEROL EN ARGENTINA

KONFINO, Jonatan(1) | FERNANDEZ, Alicia(1) | PENKO, Joanne(2) | MASON, Antoinette(3) | MARTINEZ, Eugenio(4) | COXSON, Pamela(S) | BIBBINS-DOMINGO, Kirsten(6) | MEJIA, Raul(7) / ENTRO DE ESTUDIOS DE ESTADO Y SOCIEDAD (CEDES). (1); DIVISION OF GENERAL INTERNAL MEDICINE, DEPARTMENT OF MEDICINE, UNIVERSITY OF CALIFORNIA SAN FRANCISCO (2); UNIVERSITY OF CALIFORNIA SAN DIEGO SCHOOL OF MEDICINE (3); INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS, FACULTAD DE CS. ECONÓMICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE SALTA (4); DIVISION OF GENERAL INTERNAL MEDICINE, DEPARTMENT OF MEDICINE, UNIVERSITY OF CALIFORNIA SAN FRANCISCO (5); DIVISION OF GENERAL INTERNAL MEDICINE, DEPARTMENT OF MEDICINE, UNIVERSITY OF CALIFORNIA SAN FRANCISCO (6); HOSPITAL DE CLÍNICAS, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (7)

RESUMENES DE TEMAS LIBRES

Objetivos: analizar el impacto en términos de salud y costos de 3 intervenciones dirigidas a disminuir el colesterol comparándolas con las recomendaciones vigentes de la Guía de Prevención Cardiovascular del Ministerio de Salud. **Métodos:** utilizamos el Cardiovascular Disease Policy Model para modelar las intervenciones. Se trata de un modelo de simulación computarizado tipo markov, adaptado a la Argentina, que incorpora datos demográficos y sanitarios para proyectar enfermedades cardiovasculares (ECV) en adultos de 35 a 84 años. Se modelaron 3 escenarios: 1) disminuir el umbral para recomendar tratamiento con estatinas a aquellos con riesgo cardiovascular global (RCG) >10%; 2) recomendar estatinas de mayor potencia a la población objetivo actual (RCG >20%); 3) combinar las estrategias de los escenarios 1 y 2. **Resultados:** El escenario 1 evitaría 1900 infartos y 700 muertes por ECV por año. El escenario 2 evitaría 3200 infartos y 1600 muertes por ECV, disminuyendo dichos eventos en . El escenario3 evitaría 5000 infartos y 2200 muertes por ECV, representando una disminución del 11% y 10% en la incidencia de infartos y muertes por ECV respectivamente. El costo de las intervenciones de los escenarios 1, 2 y 3 sería de 105, 267 y 372 millones de dólares por año respectivamente pero permitirían ahorrar 24, 17 y 40 millones de dólares respectivamente en términos de costos sanitarios. Todas las estrategias modeladas resultarían ser costo efectivas mientras el costo de una estatina de alta potencia esté por debajo de US\$ 0,30. **Conclusiones:** incorporar estatinas de alta potencia en las guías nacionales de prevención cardiovascular podrían resultar en una disminución de la ocurrencia de eventos cardiovasculares a un costo razonable.

0128 - ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN UN HOSPITAL DE LA COMUNIDAD

CATALANO, Maria Paula | RIVAS, Carlos | GARCIA AGUIRRE, Alejandro | TOBLI, Jorge | HIGA, Claudio | NOVO, Fedor | DI GENNARO, Federico | PEREZ LLORET, Santiago / HOSPITAL ALEMÁN

Objetivos: Solo el 50% de los pacientes cumple con el tratamiento para la hipertensión arterial (HTA) durante el primer año, y uno de los motivos para explicar las bajas tasas de control es la pobre adherencia terapéutica. El objetivo de nuestro trabajo es establecer la prevalencia de pacientes no adherentes al tratamiento antihipertensivo en un hospital de comunidad y evaluar características diferenciales entre la población adherente y no adherente. **Materiales y Métodos:** Se realizó una encuesta anónima telefónica a pacientes con diagnóstico de HTA en un hospital de comunidad. Se utilizó el test validado de Morisky-Green-Levine para establecer adherencia o no al tratamiento (¿Se olvida alguna vez de tomar la medicación? / ¿Deja de tomar la medicación si se siente bien? / ¿Deja de tomar la medicación si se siente mal? / ¿Es descuidado con la hora o intervalo interdosos?). Se consideró al paciente no adherente ante la afirmación de alguna de las preguntas que componen este test. Se obtuvieron antecedentes de diabetes, dislipemia, tabaquismo, enolismo, sobrepeso, cumplimiento de medidas higiénico-dietéticas y nivel educativo. Se confeccionó una base de datos y se analizaron las características basales de la población estudiada. También se compararon las variables en el grupo con y sin adherencia al tratamiento antihipertensivo. Se calcularon los odds ratio y su intervalo de confianza o el desvío estándar según correspondiera. **Resultados:** Se analizaron 174 pacientes. La media de edad fue de 64 años, con 86 mujeres (49%), 23 diabéticos (13%), 66 dislipémicos (38%), 59 tabaquistas (34%), 48 enolistas (28%), 118 tenían sobrepeso (68%). De esta cohorte 83 pacientes (48%) cumplían con la dieta hiposódica y 65 pacientes hacían actividad física indicada (37%). El 53 % (92 pacientes) contaban con un nivel terciario de educación, más del 90 % tenían estudios secundarios completos, y 15 pacientes (9%) solo tenían estudios primarios. Más de la mitad de los pacientes incluidos (53%) fueron no adherentes al tratamiento antihipertensivo indicado. Un 49 % de los pacientes no adherentes al tratamiento fueron mujeres. El grupo adherente no se diferenció en comorbilidades ni en el cumplimiento de las medidas higiénico-dietéticas del no adherente (tabla 1). Tampoco se

diferenciaron estas poblaciones en nivel educativo. **Conclusiones:** En nuestra muestra de pacientes con HTA más de la mitad fueron no adherentes al tratamiento instaurado, dato que coincide tanto con publicaciones nacionales e internacionales. Comparando la población de adherentes con los no adherentes no se encontraron diferencias en edad, sexo, comorbilidades, así como tampoco en el porcentaje de cumplimiento de las medidas higiénico-dietéticas. A pesar del elevado nivel de educación de la población analizada, este dato no fue un factor asociado a mayor adherencia, lo que difiere con resultados de estudios previos.

Características	Adherentes n(%)	No adherentes n(%)	OR (IC 95%)	p
Numero de pac	82(47%)	92(53%)	-	-
Mujeres	41(50%)	45(49%)	1,02 (0,75-1,38)	1
Edad (DS)	63±12	64±13	-	1
Diabéticos	11(13%)	12(13%)	1,02(0,48-2,20)	1
Dislipémicos	28(34%)	38(41%)	0,82(0,56-1,21)	0,35
Enolistas	20(24%)	28(30%)	0,80(0,49-1,30)	0,39
Tabaquistas	25(30%)	34(37%)	0,82(0,54-1,25)	0,42
Sobrepeso	52(63%)	66(72%)	0,88(0,71-1,08)	0,25
Actividad física	33(40%)	32(35%)	1,15(0,78-1,70)	0,53
Dieta hiposódica	40(49%)	43(47%)	1,04(0,76-1,42)	0,87
Nivel educativo				
Terciario	39(42%)	53(58%)	0,82(0,62-1,10)	0,22
Secundario	76(48%)	83(52%)	1,02(0,93-1,12)	0,60
Primario	6(7%)	9(10%)	0,74(0,27-2,01)	0,60

0239 - ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS

SARAVIA TOLEDO, Sebastian | BAS NORTON, Carolina | GUTIERREZ, Lidia Noemi | GONZA, Natalia | VELEZ, Hernan | HJUALA, Thaer | GOMEZ, Fernando | KORTSARZ, Luis / HOSPITAL A. OÑATIVIA

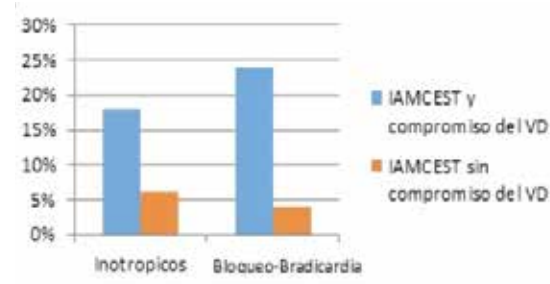
Objetivos: Evaluar las diferencias entre pacientes (p) diabéticos (dbt) con y sin enfermedad cardiovascular clínica (ecv) remitidos a un estudio de perfusión miocárdica gatillada con cortes tomográficos (spect). **Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo observacional de (p) (dbt) remitidos para evaluación de isquemia. Se considero (ecv) a la presencia de infarto o revascularización miocárdica previa o la presencia de isquemia en el spect. Se constato los antecedentes sociales, cardiovasculares con un interrogatorio preestablecido previo a la evaluación de isquemia. Se evaluó disfunción autonómica con maniobra de valsalva. Se realizo imágenes de spect de reposo y esfuerzo. Los que no pudieron realizar esfuerzo se les realizó apremio farmacológico con dipiridamol. Las variables discretas se evaluaron con test de chi cuadrado y las continuas con test de T. **Resultados:** De 435 (p) fueron (dbt) 149 (34%) Los (p) sin (ecv) fueron 37 (25,6%) con (ecv) 112 (74,6%). Los sin (ecv) tuvieron similares antecedentes sociales: obra social 48,6 % vs 40,2 % p 0,3, sin educación o primaria 48,6 vs 51,4 p 0,7, trabaja 37,4% vs 42,7% p 0,5; medico de cabecera 65,6 vs 68% p 0,8; tiempo de médico de cabecera 3,5 vs 4 p 0,4. Características clínicas y antecedentes: los sin (ecv) fueron de similar edad 57,9 vs 58,4 p 0,7; hipertensión 78% vs 86% p 0,2; dislipemia 81% vs 89,2% p 0,1; uso de insulina 40,5% vs 48,2% p 0,4; tabaquista o ex, 40,6% vs 59,2% p 0,06 (-0,8 - 38); y tiempo de (dbt) 8,8 vs 9,3 p 0,7. Presentaron menor prevalencia de hombres 29,7% vs 72, 3% p < 0,001 (25 - 59) y disfunción autonómica 44,4% vs 80% p <0,001 (17-53). Medicación: Presentaron menor uso de inhibidores de la enzima convertidora 54,3% vs 82,6 p 0,001 (10 - 46) beta bloqueantes 31,4% vs 53,2% p 0,02 (3 - 39); estatinas 31,4 vs 49,5 % p 0,06 (0,09 - 36); sin diferencias en las restantes medicaciones. Perfusion miocárdica: los sin (ecv) realizaron similar proporción de pruebas de esfuerzo 59,4% vs 58,9% p 0,9; prueba suficiente 78,3% vs 60,6 p 0,1, esfuerzo similar 5,7 mets vs 5,3 mets p 0,4. Presentaron mejor fracción de eyección 55,5% vs 47,9% p <0,001 y menos miocardiopatía dilatada 2,7 % vs 22,3% p 0,006 (10-28). **Conclusiones:** 1 Los (dbt) con (ecv) tuvieron más proporción de hombres y presentaron más disfunción autonómica. 2 No presentaron diferencias en los antecedentes sociales, clínicos ni en la edad. 3 No presentaron diferencia en la proporción de esfuerzo físico ni en su intensidad. 4 Los sin (ecv) presentaron mejor fracción de eyección, menos miocardiopatía dilatada, menor uso de inhibidores de la enzima, beta bloqueantes y estatinas.

0315 - PRONÓSTICO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES CON INFARTO INFERIOR Y COMPROMISO DEL VENTRÍCULO DERECHO.

MANDO, Florencia | VECCHIO, Nicolas | DAQUARTI, Gustavo | ETCHEPARE, Alvaro | JARMA, Joaquín | TRIVI, Marcelo / ICBA

	IAMCEST y compromiso del VD	IAMCEST sin compromiso del VD	p
Sexo-Hombre	76%	83%	0.44
Edad	60	61	0.59
HTA	53%	48%	1
DLP	59%	58%	1
TBQ	88%	69%	0.3
DBT	6%	19%	0.4
IAM previo	18%	15%	0.68
KK-A	59%	83%	
KK-B	29%	13%	
KK-C	0%	2%	
KK-D	12%	2%	
TnT maxima	3085	2447	0.19
FEVI	53%	55%	0.23
Inotropicos	18%	6%	0.17
Bloqueo-Bradicardia	24%	4%	0.01
Dias de internación	4	4	0.71

Objetivos: El objetivo del estudio fue comparar la incidencia de complicaciones hemodinámicas y arritmicas entre pacientes con IAMCEST inferior y compromiso del ventrículo derecho y aquellos sin compromiso del mismo. Además se comparó la estadía hospitalaria entre ambos grupos. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de tipo observacional, retrospectivo, descriptivo y unicéntrico. Se incluyeron todos los pacientes con IAMCEST inferior internados en nuestra institución entre abril de 2014 y abril de 2016 inclusive. Se definió compromiso del VD a los pacientes que presentaban elevación del segmento ST de 1mm o más en V4R y/o



aquellos con disfunción sistólica del VD en el ecocardiograma. Se midió la incidencia de complicaciones hemodinámicas y bradiaritmicas, y estadía hospitalaria. Se analizaron también las características demográficas, factores de riesgo cardiovasculares, tipo de revascularización, arteria responsable y variables pronósticas en los pacientes con esta patología. **Resultados:** De un total de 65 pacientes con IAMCEST inferiores, 17 presentaron compromiso isquémico del VD (26%). La incidencia de hipotensión severa fue de 6% en los IAMCEST sin compromiso vs 18% con compromiso de VD (p 0.17), y la incidencia de bradiarritmia fue de 2% sin compromiso vs 24% con compromiso de VD (p 0.01). La mediana de días de internación en los pacientes con IAMCEST inferior fue de 4 en ambos grupos. **Conclusiones:** El compromiso isquémico del VD en el IAMCEST inferior demostró presentar mayor tasa de complicaciones intrahospitalarias que aquellos sin compromiso, sin diferencia en los días de hospitalización.

0340 - IMPACTO DE LA DEFINICIÓN DE SÍNDROME METABÓLICO SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD EN LA PREVALENCIA Y EL PRONÓSTICO DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

PUEBLA, Nadia Ester | BERTOLINO, Tomás | ABUD, Marcelo | VECCHIA, Andrés Agustín | MARIN, Juliana | PICCININNI, Rocio | GAMBART, María Jimena | HIGA, Claudio / HOSPITAL ALEMÁN

Objetivos: Evaluar la prevalencia y valor pronóstico del Síndrome Metabólico según la definición de la Organización Mundial de la Salud, en una población de pacientes con Síndrome Coronario Agudo de un hospital de comunidad. Materiales y Métodos: Se realizó un análisis observacional, retrospectivo, aplicando la definición de Síndrome Metabólico de la Organización Mundial de la Salud en pacientes que fueron admitidos a la unidad coronaria de un hospital de comunidad. Se midió el índice albuminuria/creatinina urinaria, mediante la recolección de una muestra de orina al ingreso. Se consideró anormal valores mayores a 20 mg/g. El punto final primario fue el combinado de muerte/ infarto agudo de miocardio/ shock cardiogénico intrahospitalario (M/IAM/ SC). Se realizaron tablas de contingencia y se analizaron las variables con el test de chi cuadrado. Se construyó un modelo de regresión logística multivariado por el método enter para el punto

final primario, considerándose significativa una $p < 0.05$. Resultados: Se analizaron 609 pacientes, con una media de edad de 68 años. La prevalencia de SM fue del 16% (IC 95% 13.2-18.8). Se observó que aquellos con Síndrome Metabólico presentaron una mayor prevalencia de antecedente de revascularización miocárdica, antecedentes de insuficiencia renal ($p=0.002$), infradesnivel del segmento ST ($p=0.002$) y fibrilación auricular ($p=0.03$). Estos pacientes fueron estudiados principalmente con cinecoronariografía ($p=0.008$), sin presentar diferencias significativas en prevalencia de enfermedad de 3 vasos o procedimientos invasivos. La incidencia de M/IAM/SC intrahospitalario fue del 4.3% siendo más prevalente en aquellos pacientes con SM: 10.6% vs 2.4%, $p < 0.04$. Aplicando un modelo de regresión logística multivariado, el SM fue un predictor independiente de M/IAM/SC ajustado por edad mayor a 70 años, género femenino, desniveles del segmento ST, niveles de troponina, creatinina sérica (OR 3.6; IC 95% 1.2-10, $p=0.02$). Conclusiones: El Síndrome Metabólico definido según la Organización Mundial de la Salud constituye un subgrupo prevalente en los pacientes con Síndrome Coronario Agudo, resultando ser además un fuerte predictor independiente de eventos hospitalarios.

Variable	B	Wald	p	OR	IC 95%
Síndrome Metabólico	1.1	3.7	0.02	3.6	1.2-10
Mayor de 70 años	0.3	0.34	0.05	1.4	0.5-4
Mujer	0.7	1	0.23	1.1	0.9-1.4
Desnivel del segmento ST	0.9	2	0.14	2.4	0.7-8
Troponina Máxima *	1.09	3	0.04	1.9	1.1-16
Creatinina Sérica *	0.6	1.19	0.22	1.9	0.6-6.6

FACTORES DE RIESGO (FR)	IDF (2005)	ATP III (2001)	WHO criteria (1999)
1 - Obesidad/ obesidad abdominal	Perímetro de cintura mayor o igual a 90cm Hombres (H) o 80cm en Mujeres (M).	Perímetro de cintura mayor o igual a 102cm Hombres (H) o 88cm en Mujeres (M).	-DNC mayor o igual a 30kg/m ² y/o -Relación Cintura/cadera mayor a 0.94; 0.85M
2 - Presión Arterial	Mayor o igual a 130/85mmHg	Mayor o igual a 130/85mmHg	Mayor o igual a 140/90mmHg
3 - Glucosa	Glucemia en ayunas mayor a 100mg/dl (mayor a 5.6mmol/l) o diabetes preexistente.	Glucemia en ayunas mayor a 110mg/dl (mayor a 6.1mmol/l) o diabetes preexistente.	Diabetes, o intolerancia oral a la glucosa o insulinoresistencia.
4 - Microalbuminuria			Mayor o igual a 20 mg/dl.
5 - Triglicéidos	Triglicéidos mayor o igual 150mg/dl (mayor a 1.7mmol/l).	Triglicéidos mayor o igual 150mg/dl (mayor a 1.7mmol/l)	Triglicéidos mayor o igual 150mg/dl (mayor a 1.7mmol/l)
6 - HDL colesterol	HDL menor a 40 mg/dl (1.04mmol/l) en H o 50mg/dl (1.3mmol/l) en M	HDL menor a 40 mg/dl (1.04mmol/l) en H o 50mg/dl (1.3mmol/l) en M	HDL menor a 40 mg/dl (1.04mmol/l) en H o 50mg/dl (1.3mmol/l) en M
DEFINICIÓN DE SM	Obesidad abdominal más 2 o + Factores de Riesgo.	Al menos 3 Factores de Riesgo	Diabetes, Intolerancia oral a la glucosa o Insulinorresistencia más dos o más Factores de riesgo.

0392 - PRESENTACION CLÍNICA Y EVENTOS EN ADULTOS MAYORES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN NUESTRO HOSPITAL.

PEREIRO GONZALEZ, Stella Maris | PAPPALARDO, Estefanía | FERNANDEZ, Dario | ARAUJO, Marina | LAPADULA, Laura | CEJAS, Cecilia | SECCO, Lucrecia | METTINI, Silvana / COMPLEJO MEDICO DE LA POLICIA FEDERAL ARGENTINA "CHURRUCA-VISCA"

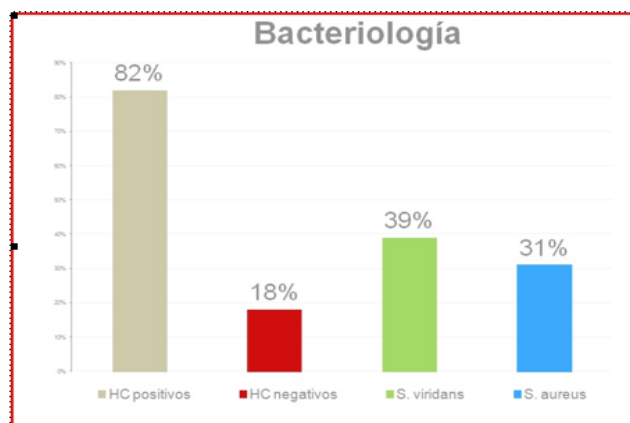
Objetivos: La insuficiencia cardiaca descompensada (ICD) es un problema en la salud pública. Los adultos mayores (AM) presentan mas comorbilidades. El objetivo de este trabajo fue evaluar la forma de presentación y eventos en el seguimiento en los AM de una población cerrada, internados por ICD así como hallar factores pronóstico en la evolución. Materiales y Métodos: Estudio de diseño prospectivo, observacional, analítico. Se analizaron en forma prospectiva los datos de 407 pacientes internados por ICD en nuestro servicio de cardiología. Se incluyeron pacientes entre junio de 2012 y marzo de 2016. Las variables cualitativas se expresaron como porcentaje y la significación estadística se determinó con la prueba de chi cuadrado. Las variables cuantitativas con distribución no normal se informaron en mediana y rangos intercuartiles. La razón de riesgo se expresó como odds ratio (OR) con su intervalo de confianza del 95% (IC95%). Se consideró significación estadística a un valor de $p < 0.05$ a dos colas. Se realizó análisis multivariado para establecer predictores independientes de mortalidad con todas las variables que en el univariado presentaron un valor de $p < 0.10$. El análisis de eventos en el seguimiento se evaluó mediante Kaplan Meier, y su análisis a través de Test de Cox Mantel y Regresión de cox. Los pacientes fueron divididos en dos grupos (G): G1 ≥ 75 años. G2 < 75 años. Resultados: De los 407 pacientes, 218 fueron AM y 189 correspondieron al G2. La edad del G1 fue 80(75;85) y la del G2: 62(57;66). Los Adultos mayores (G1) se caracterizaron por: menos DBT (26.9% vs 37% $p=0.04$), mas mujeres (48.2% vs 20.1% $p < 0.001$), Hipertensos (84.8% vs 75.1% $p=0.01$), T3 baja (43.6% vs 27% $p=0.002$), función sistólica VI conservada (34.5 vs 19.1% $p=0.002$), mayor deterioro de la función renal al ingreso (medida por tasa de filtrado glomerular < 60 mL/min/1.73 m² y/o creatinina > 1.2 mg/dl (54% vs 38.8% $p=0.002$). También presentaron Fey mas alta 41% (26/55) vs 32% (25/46), menores diámetros sistólicos y diastólicos de VI: 3.8cm(3;4.8) vs 4.68 cm(3.81;5.32) y 5.33 cm(4.7;6.11) vs 5.9 cm (5.3;6.6) respectivamente ($p < 0.001$). La mediana de disminución de peso durante la internación en el grupo de AM fue significativamente menor que en el grupo mas joven: 3kg (1.3;5.3) vs 4.5kg(2.5;8) respectivamente, $p < 0.001$. No hubo diferencias en cuanto a la etiología coronaria. Los pacientes del grupo 1 tuvieron mayor mortalidad intrahospitalaria (7.4% vs 1.6% $p=0.01$) OR 4.9 (IC95% 1.4-17.12), con un RR 4.62 (1.37-15.61), así como en el seguimiento (37% vs 15.6% $p < 0.001$) OR 0.78 (IC95% 0.49-1.24) RR 1.06 (IC95% 1.64-3.56), sin diferencias en cuanto a la causa cardiovascular con respecto a otras. En cuanto a eventos combinados el grupo de AM tuvo 1.95 veces mas chance de sufrirlas (IC95% 1.29-2.94) No se observaron estas diferencias en reinternaciones. En el análisis de sobrevida, no hubo diferencia entre ambos grupos. Cuando se realizó el análisis multivariado tomando en cuenta variables con $p < 0.10$ en el univariado, solamente la presencia de tasa de filtrado glomerular disminuido al ingreso se mostro como variable independiente de peor pronóstico para mortalidad, ajustada por edad ($p=0.05$).

Conclusiones: Los adultos mayores son una población con mas comorbilidades, mas patologías, y de hecho mas riesgo. Si bien en nuestras muestras se pueden observar diferencias en cuanto a algunas variables que muestran la mayor afectación sistémica de los pacientes, salvo el deterioro de la tasa de filtrado glomerular en los AM, el resto de las variables ajustadas por edad no muestran tener tanto peso como esta ultima en mortalidad intrahospitalaria, y mortalidad en el seguimiento.

0538 - REGISTRO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA 1989-2015: RESULTADOS DE 26 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

GOMEZ, Matias | AMENDOLA, Flavia | BOZZA, Arturo Hipólito | ECHAZARRETA, Diego Federico | PISANO, Oscar Eduardo | PORTIS, Marcelo Luis | VAZQUEZ, David Jose | MARELLI, Roberto Daniel / HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO DE AGUDOS Y CRÓNICOS "SAN JUAN DE DIOS" DE LA PLATA

Objetivos: Realizar una descripción epidemiológica de los pacientes (p) con endocarditis infecciosa (EI) definitiva ingresados al Servicio de Cardiología de un hospital en La Plata el período 1989-2015 y evaluar los predictores de morbilidad. Materiales y Métodos: Se evaluaron 597 p en el período 1989-2015, realizando un análisis retrospectivo entre los años 1989-2010 (525 p) y prospectivo 2010-2015 (72 p). Se utilizaron los criterios diagnósticos para EI de la Universidad de Duke (Durack, 1994) con su antecedente inmediato de los propuestos por un hospital en La Plata en 1991 (Corsiglia D, Sanchez R. Rev Fed Arg Cardiol 1991). Se registraron las variables en una plataforma Microsoft Excel 1997-2004. Se realizaron las correlaciones estadísticas mediante Test de Student y Chi2 considerando una $p < 0.05$ como significativa. Resultados: Se incluyeron en el análisis retrospectivo 525 p. En este grupo 369 fueron varones. 446 p presentaron EI en válvula nativa (85%), 76 p con EI de válvula protésica (EIVP) (14.5%). 315 fueron sobre válvula aórtica (60%), 177 mitrales (34%), 98 en válvula tricúspide (19%) y 82 presentaron afección de más de 1 válvula (15.6%). La EI sin afectación valvular se registró en 9 casos (1.7%). 251 p (48%) fueron sometidos a tratamiento quirúrgico. Se registraron 121 óbitos (23%). En el análisis prospectivo se incluyeron 72 p, 53 p (73.6%) varones, con una edad promedio global de 47 años (DS: 16.9). El 22% se asoció a la presencia de válvula bicúspide y 5.5% a prolapsos de válvula mitral. Se presentó EIVP en 13 casos (18%), de los cuales 7 fueron EIVP tardía. 35 p presentaron embolias (48%). Los hemocultivos fueron positivos en 59 casos (82%), de los cuales 28 fueron por estreptococos (39%) y 22 por estafilococos (31%). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre mortalidad y la presencia de: insuficiencia cardiaca ($p: 0.067$ Chi2: 3.347), insuficiencia renal ($p: 0.796$ Chi2: 0.067); complicaciones perianulares ($p: 0.119$ Chi2: 2.432) y accidente cerebro vascular ($p: 0.117$ Chi2: 2.546). Fueron sometidos a tratamiento quirúrgico 42 p (58%). La mortalidad global fue de 18 p (25%). Conclusiones: Observamos, en concordancia con datos epidemiológicos previos, que la mayoría de los casos eran de sexo masculino y se presentaron sobre válvula nativa, principalmente aórtica. La necesidad de resolución quirúrgica se evidenció en casi la mitad de los pacientes con diagnóstico de EI. A pesar de los avances en la capacidad de diagnóstico y tratamiento, la mortalidad hospitalaria de la EI continúa siendo elevada.



0091 - "UTILIDAD DE LA TROPONINA T ULTRASensible EN LA ABLACIÓN DE VENAS PULMONARES"

MONDRAGÓN, Luis Ignacio(1) | VERGARA, Juan Manuel(2) | FONTINIER, Victor(2) | OROSCO, Agustín(2) | COSTABEL, Juan Pablo(2) | RIVERA, Santiago Horacio(2) | ALBINA, Gastón(2) | SCAZZUSO, Fernando Adrian(2) / INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA (1); ICBA (2)

Objetivos: Hasta la fecha la ablación de venas pulmonares es el tratamiento standard en FA paroxística. Los métodos utilizados son ablación con radiofrecuencia (RF) y criobalón (CB). La lesión

RESUMENES DE TEMAS LIBRES

subendocárdica generada por ambos métodos produce una elevación de enzimas cardíacas por ambos métodos y tendría relación directa con la masa crítica. Se desconoce la utilidad de la troponina T ultrasensible (TnTus) en el contexto de la ablación de venas pulmonares. Estudios observacionales previos fallaron a la hora de relacionar a la TnTus con eventos clínicos duros. Finalmente la recurrencia temprana de taquiarritmias auriculares durante los primeros 3 meses (período de blanqueo) después de la ablación de la fibrilación auricular puede ser muy sintomática, a menudo requieren tratamiento de emergencia. El objetivo de este trabajo es evaluar la implicancia de la elevación de la troponina T ultrasensible luego de la ablación de venas pulmonares y la recurrencia durante período de blanqueo. Materiales y Métodos: Se trata de un estudio de tipo observacional prospectivo de cohorte. Se incluyeron pacientes con ablación de FA paroxística definida como episodios mayores a 30 segundos, mayores de 18 años, con función ventricular conservada. Se excluyeron pacientes con FA persistente y reablaiones. Se solicitó troponina ultrasensible entre la cuarta y sexta hora postablación en el momento en el cual se realiza control del KPTT. Como objetivos se analizaron las recurrencias en el período de blanking, definidas como FA o taquicardia auricular por más de 30 segundos. Resultados: Durante el período analizado se incluyeron un total de 66 pacientes con FA paroxística y ablación de venas pulmonares, se perdieron en el análisis final 3 pacientes por falta de seguimiento. Un total de 63 pacientes se incluyeron en el análisis final, 32 pacientes se realizaron ablación con radiofrecuencia y 31 con criobalón. Las características poblacionales fueron similares en ambos grupos, salvo por los pacientes fumadores. La media alcanzada de troponina ultrasensible para radiofrecuencia fue de 439.8 ng/dl y para criobalón fue de 531.1 ng/dl ($p=0.058$) con tendencia hacia significación estadística. La tasa de recurrencia fue similar en ambos grupos ($p=0.92$). A la hora de analizar la relación entre la elevación enzimática con la recurrencia. La comparación entre aquellos que recurrieron y aquellos que no, se observó una tendencia significativa para el evento objetivo en aquellos con mayor elevación de biomarcadores. Este mismo análisis separado por tipo de ablación no mostró la misma diferencia. Conclusiones: La tasa de recurrencia fue similar en ambos métodos correspondiente con lo recién publicado en un estudio randomizado. La mayor elevación de troponina fue mayor con tendencia a la significación entre recurrencias y no recurrencias. A su vez, en cuanto a recurrencia analizado por método utilizado no se encontraron diferencias probablemente a el tamaño de la muestra. En resumen, el tamaño o cantidad de lesión entregada durante la ablación tendría un relación con la recurrencia en el período de blanking más allá del método utilizado. Es necesario un estudio de mayor envergadura randomizado para evitar sesgos y queda pendiente evaluar la correlación de la elevación enzimática con el éxito anual.

VARIABLES	Columna2	RADIOFRECUENCIA	CRIOBALON	p
RECURRENCIA BLANKING	n (%)	11 (35.5%)	11 (34.4%)	0,926
TROPONINA	promedio (SD)	439.8 (223.46)	531.1 (285.86)	0,058
	min-max	84-1132	117-1032	
RECURRENCIA	SI		NO	p
TROPONINA (MEDIANA)		583	437	0,07
RECURRENCIA BLANKING	SI		NO	
RADIOFRECUENCIA		441,09	439,15	0,9
CRIOBALON		584,09	513,76	0,57

TABLA 2. RESULTADOS

Variables	RADIOFRECUENCIA	CRIOBALON	p
Sexo masculino	25 (80.7%)	25 (78.1%)	0,8048
Edad	59.1 (8.3)	55.8 (13.4)	0,2469
CHADS	1 (1.13)	0.8 (1.07)	0,4632
HTA	17 (54.8%)	11 (34.4%)	0,1022
DBT	4 (12.9%)	4 (12.5%)	0,9617
TABAQUISMO	2 (6.3%)	13 (40.6%)	0,0015
OBESIDAD	4 (12.9%)	2 (6.3%)	0,3684
DISLIPEMIA	19 (61.3%)	6 (18.8%)	0,0006
ACV	1 (3.2%)	1 (3.1%)	0,9818
CRM	3 (10.2%)	2 (4.9%)	0,5354
ECOCARDIOGRAMA			
FRACCION EYECCION	59.1 (6.71)	59.9 (4.77)	0,1523
AURICULA IZQUIERDA	23.6 (4.95)	22.3 (4.01)	0,1882
VALVULOPATIAS	1 (3.2%)	0 (0%)	0,3058

TABLA 1. CARACTERISTICAS POBLACIONALES.

0130 - EVALUACION Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON CARDIODESFIBRILADOR SIN TEST DE DESFIBRILACION EN EL IMPLANTE

CELANO, Leonardo | DITORO, Dario | HADID, Claudio | ANTEZANA, Edgar | LOPEZ, Carlos | LABADET, Carlos / HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH

Objetivos: Evaluar la incidencia y eficacia de descargas apropiadas del CDI, y la mortalidad, en una población de pacientes a los cuales no se les realizó el TD al implante en un centro de alta complejidad. Materiales y Métodos: Las variables fueron tomadas de una base de datos del servicio de Electrofisiología; Se realizó un registro unicéntrico y retrospectivo de los pacientes portadores de CDI sin realización del TD al momento del implante. Durante la cirugía se buscaron umbrales de ventrículo derecho menores a 1,5 v y onda R mayor a 5 mv. Se hizo un análisis del seguimiento para evaluar la presencia de descargas apropiadas y mortalidad, como determinante de la utilidad del TD. Resultados: Se registraron 99 pacientes desde mayo de 2010 a septiembre de 2015, de los cuales 76% eran de sexo masculino. Un 80% fueron primarioimplantes. La edad media de la población fue 53,9 años y el motivo mas frecuente de implante fue prevención primaria de muerte súbita (63%). Del total, 36% presentaban miocardiopatía isquémica necrótica (MI), 22% idiopática, 117% Chagas y 14% miocardiopatía hipertrófica, como causas mas frecuentes. La media de la fracción de eyección (Fey) fue de 36,2%, y la impedancia de descarga, de estimulación y la onda R resultaron normales. La mediana de seguimiento fue de 696 días (intervalo intercuartilo 272-1111). Un 27% de pacientes presentaron TV/FV que requirieron descargas apropiadas, y todas resultaron efectivas con el primer choque. Se registraron 9 muertes; Una de causa súbita, que había presentado descarga apropiada previamente, 1 paciente por accidente cerebrovascular, y el resto por insuficiencia cardíaca. Se perdieron en el seguimiento 9 pacientes que no presentaron descargas hasta el ultimo control registrado. Conclusiones: En esta serie retrospectiva de pacientes con CDI por prevención primaria y secundaria de muerte súbita, la no realización del TD no se asoció a mortalidad por TV/FV relacionadas con fallas en la desfibrilación. Todas las terapias apropiadas fueron efectivas en el seguimiento.

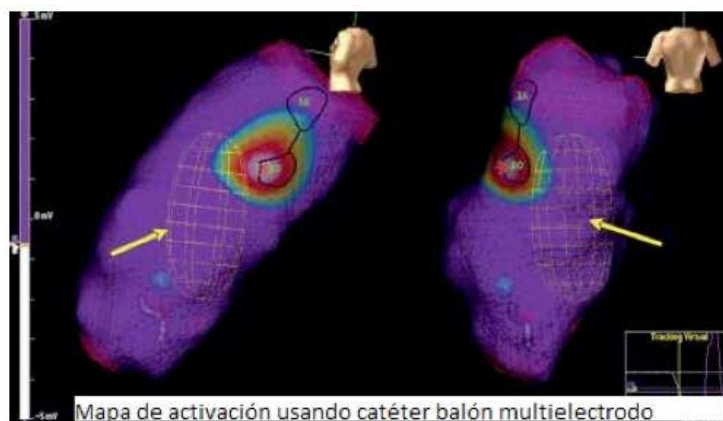
CARACTERISTICAS BASALES		RESULTADOS	
Pacientes (n)	99	Seguimiento mediana IIC (días)	696 (272-1111)
Masculinos (%)	76	Descargas apropiadas por TV/FV (n)	27
Edad media años (n)	53,9 ±14,6	Muertes (n)	
Fracción eyección media (%)	36,2 ±15,9	Insuficiencia cardíaca	7
Prevención primaria (%)	63	Muerte súbita	1
Miocardiopatía (n)		Accidente cerebrovascular	1
•Isquémico necrótica	36		
•Idiopática	22		
•Chagas	17		
•Hipertrófica	14		
•QT largo	3		
•Dispasia arritmogénica del VD	2		
•TV catecolaminérgica	2		
•Otras	4		

0159 - UTILIDAD DEL CATÉTER BALÓN MULTIELECTRODO PARA MAPEO Y ABLACIÓN DE ARRITMIA VENTRICULAR

MARTINENGHI, Nicolas Mario(1) | OLIVETTI, Claudia(1) | HADID, Claudio(1) | LABADET, Carlos(1) | LARRABURU, Alfredo(2) | MURYAN, Sergio(2) | DUBNER, Sergio(1) / CLINICA Y MATERNIDAD SUIZO ARGENTINA (1); SANATORIO DE LOS ARCOS (2)

Objetivos: La utilización de un sistema de mapeo sin contacto con un catéter-balón expandible con 64 electrodos facilita la localización de extrasístoles ventriculares (EV) y/o taquicardia ventricular (TV) que se originan en tracto de salida de ventrículo derecho (TSVD). El objetivo de este estudio fue analizar los resultados y el seguimiento de la ablación utilizando este sistema. Materiales y Métodos: Se incluyeron 23 pacientes (pts) de forma prospectiva y consecutiva con EV frecuentes (> 6000/24 hs) o TV monomorfa cuyo origen se sospechaba en el VD. El catéter-balón multielectrodo (EnSite Array®, St Jude Medical, Minnesota, USA) se posicionó y se expandió en el TSVD y se realizó reconstrucción anatómica punto a punto con catéter de ablación. Se definió como éxito agudo de la ablación a la abolición o la supresión > 80% de la arritmia. Resultados: Entre Febrero de 2012 y Diciembre de 2015 se incluyeron 23 pts (12 mujeres), edad media 38.1 años (rango 19-65 años). Veintiún pts no presentaron cardiopatía estructural, 1 pt con miocardiopatía dilatada no isquémica y 1 pt con enfermedad coronaria. El origen de la arritmia fue encontrado en el TSVD (n= 19 pts), tracto de entrada de VD (n= 2) y en tracto de salida de ventrículo izquierdo (n= 2 pts). En 2 pts no se aplicó radiofrecuencia por razones de seguridad (localización <1cm de origen de arteria coronaria izquierda). Se logró éxito en agudo en 95,2% (20/21 pts) que se les hizo ablación por radiofrecuencia. La media de seguimiento fue 17,8 meses (rango 6-48 meses). El 95% de pts con ablación exitosa (19/20 pts) persistió sin recurrencia de la arritmia y sin uso de drogas antiarrítmicas (DAA) y 1 pt requirió uso de DAA (previamente inefectiva). Se observó 1 pt con fístula arterio-

venosa como complicación relacionada al procedimiento. Conclusiones: El uso de mapeo sin contacto con un catéter balón multielectrodo permite un tratamiento altamente eficaz y seguro de las arritmias originadas en el VD.



0330 - RADIOABLACIÓN DE ALETEO AURICULAR SIN RADIOSCOPIA EN UN HOSPITAL MUNICIPAL

ALVAREZ, Walter | DI TOMMASO, Fernando | FITZ MAURICE, Mario | BARROS PERTUZ, Carolina | DOMINE, Enrique | MERLO, Pablo / HOSPITAL BERNARDINO RIVADAVIA

Objetivos: Demostrar que la ablación por radiofrecuencia del aleteo auricular derecho sin fluoroscopia utilizando sistema de navegación en 3D, es seguro y tiene una tasa de éxito similar a la técnica convencional. **Materiales y Métodos:** Pacientes con diagnóstico de aleteo auricular fueron seleccionados entre los meses de Diciembre de 2013 y Junio de 2015 para radioablación utilizando únicamente sistemas de navegación y mapeo electroanatómico. **Resultados:** Un total de 30 pacientes, 80% de sexo masculino y con una edad promedio de 61 años participaron del presente trabajo. En ningún caso se utilizó fluoroscopia. La tasa de éxito del procedimiento fue del 100%. **Conclusiones:** La radioablación en pacientes con diagnóstico de aleteo auricular mediante la utilización exclusiva de sistemas de navegación y mapeo electroanatómico es una técnica segura y efectiva. La ablación por radiofrecuencia de Aleteo Auricular mediante la utilización de sistemas de navegación en 3D sin el uso de fluoroscopia, tiene una tasa similar de éxito a la técnica estándar con el beneficio de la no irradiación, tanto en el paciente y el equipo de salud.

0481 - RECURRENCIA TEMPRANA EN CRIOABLACION Y EN RADIOFRECUENCIA .

OROSCO, Agustín / ICBA

Objetivos: Luego de la ablación con radiofrecuencia para el aislamiento de venas pulmonares existe un periodo denominado "blanking" durante el cual existe la posibilidad de episodios de arritmias que pueden requerir la necesidad de ajuste de drogas, hospitalizaciones o incluso de cardioversión eléctrica. Dicho periodo está estipulado que dura 3 meses luego de la ablación con radiofrecuencia pero no está claramente establecido que sucede luego de la crioablación. El propósito de este estudio fue evaluar si la recurrencia temprana luego de una ablación con radiofrecuencia (RF) tiene similares características que la realizada mediante crioablación con balón (CB). **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo observacional de un solo centro donde se examinaron 146 pacientes consecutivos realizados con crioablación (CB) y 229 pacientes consecutivos realizados con radiofrecuencia (RF) desde noviembre 2013 a Mayo 2015. En ambos grupos se evaluaron la recurrencia temprana (FA, TA o aleteo auricular con duración mayor a 30 segundos dentro de los primeros 90 días luego de la ablación) y esta a su vez se la dividió en 3 subgrupos: periodo 1 (1-30 días), periodo 2 (31-60 días), periodo 3 (61-90 días). **Resultados:** Se analizaron 63 pacientes (50 varones y 13 mujeres) que tuvieron recurrencia temprana, con una edad media de 58.08 ± 11.96 en el grupo CB, mientras que en el grupo RF fue 56.80 ± 12.72 . El score CHA2DS2-VASC fue de 1.135 ± 1.61 en el grupo CB mientras que en el grupo RF fue 1.161 ± 0.91 . La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) fue del 58.35 ± 11.62 % en el grupo CB, mientras que fue de 60.35 ± 6.23 en el grupo RF. El área de la aurícula izquierda promedio fue de 23.11 ± 2.81 cm² en el grupo CB, mientras que en el grupo RF fue de 23.61 ± 4.61 . Dentro del grupo CB la recurrencia temprana fue del 12.32% (18 pacientes), con un promedio a la recurrencia de 24.94 ± 7.18 días, mientras que en el grupo RF fue del 19.65 % (45 pacientes), con un promedio a la recurrencia de 37.46 ± 11.46 días. Cuando se realizó el análisis por subgrupos, se observó que la recurrencia temprana en el periodo 1 en el grupo de CB fue del 66.66% (12 pacientes), mientras que en el grupo RF fue del 44.44% (20 pacientes). (p 0.11). Durante el periodo 2 la recurrencia temprana en el grupo CB ocurrió en el 22.22% (4 pacientes), mientras que en el grupo RF fue del 40% (18 pacientes). (p 0.31). Finalmente en el periodo 3 la recurrencia fue del 5.55% (1 paciente) en el grupo CB, mientras que en el grupo RF fue del 15.5% (7 pacientes). (p 0.28). **Conclusiones:** La recurrencia temprana luego de una ablación realizada con crioablación es menor y más temprana que realizado mediante radiofrecuencia. Esto podría explicarse debido a que la crioablación con balón produce una lesión más homogénea, con menor disrupción endotelial y mayor integridad estructural.

0486 - INESTABILIDAD HEMODINAMICA EN LA TAQUICARDIA VENTRICULAR: ROL DE LA MODULACION AUTONOMICA.

TOMAS, Leandro | RIVERA, Santiago | PARODI, Josefina | PAZ, Ricapito | BELARDI, Diego | OROSCO, Agustín | ALBINA, Gastón | SCAZZOSO, Fernando / INSTITUTO CARDIOVASCULAR BUENOS AIRES

Objetivos: La estabilidad hemodinámica durante la Taquicardia Ventricular (TV) varía ampliamente entre pacientes con esta arritmia. Varios factores fisiopatológicos fueron involucrados para poder explicar este fenómeno pero no hay estudios a gran escala que confirmen la participación de los mismos. El tono autonómico podría jugar un papel importante en el desarrollo de la descompensación hemodinámica mediante el incremento del tono vagal al activarse el reflejo de Bezold-Jarisch. Este aumento podría observarse en un electrograma auricular como una prolongación del intervalo A-A durante la TV. El objetivo fue Investigar el efecto hemodinámico de la activación autonómica durante la TV. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, realizada en un instituto de la ciudad de Buenos Aires. Se analizaron 31 TV monomorfas sostenidas refractarias a drogas antiarrítmicas de 167 ablaciones consecutivas de arritmias ventriculares (26.3% TV sostenida, 28.1% TV no sostenida y 45.6% de Extrasístoles Ventriculares) desde Enero de 2014 a Septiembre de 2015. La longitud de ciclo de la TV (LCTV), longitud de ciclo de intervalo A-A (LCAA), presión arterial media (PAM), fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) y el Delta del intervalo AA en ritmo sinusal y en TV (Delta AARS/AATV) fueron valorados sistemáticamente y comparados entre las TV estables e inestables. Las variables categóricas se compararon con X². Rank sum test fue utilizado para comparar variables cuantitativas

Tabla 3. Análisis univariado y multivariado usando coeficiente de correlación de Pearson's y regresión lineal.

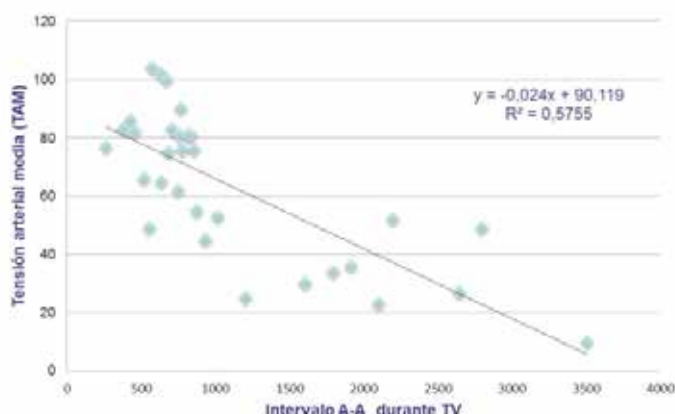
Análisis Univariado			Análisis Multivariado	
VARIABLE	Coeficiente	P	Coeficiente	P
Edad	-0.2136	0.2485	-	NS
FEVI	0.2537	0.1685	-	NS
LCTV	0.1728	0.3526	-	NS
AATV	-0.7586	<0.0001	- 0.02404	< 0.0001
Diabetes	0.1166	0.5323	-	NS
Hipertensión	-0.0118	0.9498	-	NS

FEVI = fracción de eyección ventrículo izquierdo; LCTV = longitud de ciclo de la taquicardia ventricular;

AATV = interval A-A durante Taquicardia ventricular.

RESUMENES DE TEMAS LIBRES

no Gaussianas. Para el análisis univariado se realizó Coeficiente de correlación de Pearson y para el multivariado un modelo de regresión lineal. Resultados: De las 31 TV, 13 presentaron inestabilidad hemodinámica (41%). La media de edad fue 60 ± 12.5 años, 87% fueron hombres. La media de FEVI fue $44 \pm 17\%$. Las TV relacionadas a escasas fueron las más prevalentes (51.6% isquémicas; 9.7% chagásicas; 3.2% asociadas a enfermedad valvular) y el 35.4% fueron TV idiopáticas. La LCAA fue significativamente más corta en TV estable que en TV inestable (642 ± 170 vs. 1784 ± 240 ms; $p < 0.0001$). Las TV con estabilidad hemodinámica tuvieron un acortamiento del intervalo A-A mientras que las TV inestables prolongaron dicho intervalo evaluado por el Delta de cambio del ciclo A-A entre ritmo sinusal y TV (-12.2 ± 30 vs. $+68.9 \pm 87\%$; $p = 0.007$). No hubo diferencias significativas en la LCTV (399 ± 28 vs. 350 ± 29 ms; $p = 0.1$) o FEVI (46 ± 4 vs. $41 \pm 4\%$; $p = 0.4$) entre los dos grupos. Cada 100ms de prolongación de la LCAA en TV se obtuvo un descenso de 2,4 mmHg en la PAM ($p < 0,0001$). Conclusiones: La bradicardia sinusal durante la TV está asociada a inestabilidad hemodinámica. Este fenómeno podría ser explicado debido a la activación del tono parasimpático mediante el reflejo de Bezold-Jarisch. Este hallazgo podría ser usado para decidir el tiempo de detección antes de una terapia de Cardioresfibrilador implantable y así poder prevenir el síncope en los casos que este reflejo este activado.



0290 - RESULTADOS INTRAHOSPITALARIOS Y A LOS 6 MESES DE PACIENTES TRATADOS CON EVAR.

VILLEGAS, Miguel Osvaldo | MACIEL, Lorena Rocio | DI TOMASO, Hernan Ezequiel | CASTRO, Mónica Viviana | SUÁREZ, Gerardo Javier | REY, María Rosario | ROLDAN, Ivana Rita Soledad | RODRIGUEZ ASENSIO, Javier Hernan / HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS "VICENTE LÓPEZ Y PLANES"

Objetivos: Evaluar los resultados intrahospitalarios y seguimiento a los 6 meses de pacientes con patología de aorta abdominal y aortoiliaco infrarrenal tratados por vía endovascular en nuestra institución. Materiales y Métodos: Durante octubre de 2012 y mayo de 2016 se trataron por vía endovascular 27 pacientes (22 hombres/ 5 mujeres). El promedio de edad: 72 años (rango:83-56). Se le realizó seguimiento a 20 pacientes desde Octubre de 2012 hasta Agosto de 2015 durante 6 meses con edad promedio 70 años (rango:56-80). Resultados: Las complicaciones intraprocedimiento fueron 2 pacientes a uno se le realizó by-pass protesico y al otro interposición de vena safena (7,40%) y la mortalidad intraprocedimiento e intrahospitalaria fue del 0%. La mortalidad a 6 meses fue de 2 pacientes, uno por insuficiencia cardiaca y el otro por tromboembolismo de pulmón (7,40%) Conclusiones: El tratamiento endovascular de la patología aortica y aortoiliaca es un método rápido, seguro y con bajo índice de complicaciones.

0322 - PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST INGRESADOS EN LA RED DE ATENCIÓN DEL INFARTO DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES Y COBERTURA DE SALUD DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL

ALBORNOZ, Miguel Federico(1) | ANZIVINO, Florencia Soledad(1) | SZARFER, Jorge(1) | GARCÍA ESCUDERO, Alejandro(1) | FELDMAN, Matías Fabián(1) | PAVASLIAN, Miguel(2) | OLMEDO, Pablo(1) | MOHAMED, Gloria(3) / HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH (1); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JUAN A. FERNÁNDEZ (2); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND (3)

Objetivos: Los pacientes con cobertura por el Programa de Atención Médica Integral (PAMI) del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados representan un 12% en el sistema de salud argentino. Estos pacientes constituyen una población vulnerable por la edad avanzada, mayor cantidad de comorbilidades y conflictos administrativos dentro de su sistema de cobertura. La información disponible del acceso al tratamiento y de sus resultados de este grupo de pacientes es controvertida y escasa. El objetivo de este estudio es evaluar las demoras en el proceso de consulta, diagnóstico, tratamiento, y pronóstico de pacientes con cobertura del PAMI cursando un IAMCEST e indicación de Angioplastia Primaria (ATCP), que ingresan a una sala de hemodinamia de un hospital público para la revascularización de la arteria responsable. Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, de pacientes que ingresaron al servicio de hemodinamia de un hospital público de alta complejidad con diagnóstico de IAMCEST e indicación de ATCP. Se analizó: cobertura de salud, demografía, factores de riesgo y antecedentes cardiovasculares, datos angiográficos y demoras al tratamiento en minutos; desde el inicio de los síntomas hasta el primer contacto médico (dolor-consulta); desde la consulta hasta la llamada al intervencionista (consulta-llamada); desde la llamada hasta la llegada a la sala de hemodinamia (traslado); desde la consulta hasta la reperfusión con balón (puerta-balón). Análisis estadístico: χ^2 para variables discretas, t de student, ANOVA o Kruskal-Wallis para continuas, según correspondiera, $p < 0.05$ para significación estadística. Resultados: Se incluyeron 676 pacientes angioplastiados: 104 (15.4%) con cobertura del PAMI,

los cuales eran de mayor edad (71.0 ± 8.8 vs 58.3 ± 10.8 años, $p < 0.01$), con mayor prevalencia de sexo femenino (40.4% vs 14.0%, $p < 0.01$), menor prevalencia de tabaquismo (38.3% vs 48.0%, $p < 0.01$) y mayor prevalencia de hipertensión arterial (73.0% vs 51.3%, $p < 0.01$). No se observaron diferencias significativas en otros factores de riesgo, antecedentes cardiovasculares, demoras en el diagnóstico y tratamiento (mediana e intervalo intercuartil), éxito de la ATCP y muerte. Los resultados se resumen en la tabla. Conclusiones: Los pacientes con diagnóstico de IAMCEST y cobertura del PAMI que consultaron al sistema de salud público no tuvieron dificultades en el acceso al tratamiento de reperfusión con ATCP. El éxito del tratamiento y la mortalidad de este grupo fueron similares a los de los pacientes sin cobertura médica, con cobertura por obra social o prepagada.

	PAMI	No PAMI	p
n	104 (15.4%)	572 (84.0%)	
Mujeres	42 (40.4%)	80 (14.0%)	< 0.01
Edad	71.0 +/- 8.8	58.3 +/- 10.8	< 0.01
HTA	76 (73.0%)	294 (51.3%)	< 0.01
Tabaquismo	40 (38.3%)	275 (48.0%)	< 0.01
Dolor-Consulta	90 (45-195)	95 (50-210)	NS
Cosulta-Llamado	35 (15-80)	30 (12-75)	NS
Traslado	45 (30-65)	50 (30-65)	NS
Puerta-Balón	126 (95.5-195)	125 (95-188)	NS
Exito ATCP	91 (87.5%)	521 (91.1%)	NS
Muerte	11 (10.6%)	36 (6.3%)	NS

0423 - PRÓTESIS SIN SUTURA PERCEVAL S EN PACIENTES AÓRTICOS DE MUY ALTO RIESGO. UNA ALTERNATIVA AL IMPLANTE DE PROTESIS TRANSCATETER

MARIGLIANO, Alba(1) | BERASTEGUI, Elisabet(2) | TINEO, Raquel(1) | GUALIS, Belen(1) | SOLER, Xavier(1) | PARE, Carlos(1) | RUYRA, Xavier(2) / CENTRO MEDICO QUIRON-TEKNON.IDC.SALUD (1); HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS Y PUJOL (2)

Objetivos: Objetivo primario: evaluar seguridad y eficacia de la bioprótesis sin sutura Perceval S por parámetros clínicos y hemodinámicos. Objetivos secundarios: determinar la tasa de mortalidad y morbilidad (complicaciones postoperatorias mayores, tiempo de estancia hospitalaria, clase funcional, reingresos hospitalarios de causa cardiaca) y parámetros ecocardiográficos relacionados con la bioprótesis. Materiales y Métodos: Entre marzo de 2012 y mayo de 2016 se seleccionó pacientes (pac) octogenarios con estenosis aórtica severa sintomática con riesgo estimado por Euroscore log1 >20%. Se incluyó pac con área valvular aórtica (AVA) indexada $< 0.6 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ con o sin insuficiencia aórtica asociada en clase funcional New York Association (CF NYHA) > o = II que firmaron consentimiento informado para la cirugía y los controles clínicos y ecocardiográficos del seguimiento. Se utilizó bioprótesis sin sutura Perceval S y se excluyó pac con parámetros de dilatación aórtica que contraindicaban su implante. Se realizó ecocardiograma intraoperatorio antes e inmediatamente después del implante. Los controles clínicos y ecocardiográficos se realizaron antes del alta, a los seis meses y luego anualmente. Los datos clínicos, hemodinámicos y ecocardiográficos fueron consignados en un registro para su análisis estadístico. Resultados: Se implantó la prótesis Perceval S en 50 pac de manera exitosa en el 100% de los casos. En el 16% (8 pac) se trató de reintervención quirúrgica. El 10% (5 pac) tenía Fracción de Eyección de Ventrículo Izquierdo inferior al 30% y el 6% (3 pac) tenía hipertensión pulmonar severa. La edad media fue 84 ± 0.15 años (80-92; 56,6% mujeres). El riesgo de mortalidad esperado fue del $37,16 \pm 1,57\%$ (Euroscore log1) y del $23,41 \pm 1,28\%$ (Euroscore log2). En 47 casos (94%) se realizó reemplazo valvular aórtico aislado y en dos se añadió cirugía coronaria. En el 48% (24 pac) se utilizó acceso mínimamente invasivo. Se implantó 12 bioprótesis tamaño Small, 21 tamaño Mediano, 10 Grandes y 7 Extragrandes. La mortalidad hospitalaria fue del 8% (4 pac). Hubo complicaciones neurológicas (AIT) en 1 paciente (0.50%). Al alta se constató fuga periprotésica leve en 10 pac (20%) y se requirió de marcapasos definitivo en 4 (8%). Al año de seguimiento (39 pacientes) la supervivencia era del 97,8%, todos estaban en CF NYHA I-II y sin nuevas fugas protésicas. El gradiente medio valvular protésico era de $9,4 \pm 1,1$ mm Hg. Todos referían mejor calidad de vida concebida como mayor independencia para realizar actividades cotidianas. Conclusiones: Las bioprótesis sin sutura han sido diseñadas para aprovechar las ventajas hemodinámicas de las bioprótesis sin stent y acortar los tiempos quirúrgicos del reemplazo valvular aórtico convencional con el fin de disminuir la mortalidad y morbilidad del procedimiento. Esto las transformaría en una alternativa para los pacientes definidos como de muy alto riesgo que actualmente son inoperables o derivados a implante de prótesis aórtica transcáteter. En nuestra experiencia, la prótesis Perceval S ha sido factible, segura y eficaz en pacientes de muy alto riesgo que se consideraban inoperables por cirugía convencional según criterios de fragilidad poco establecidos. La mortalidad hospitalaria y en el seguimiento fue inferior a la esperada al igual que las complicaciones neurológicas y la incidencia de fugas periprotésicas. Estas nuevas prótesis pueden ser una alternativa en algunos pacientes que usualmente son derivados a TAVI así como para aquellos de muy alto riesgo que tienen contraindicación para ser sometidos a este último procedimiento.

0439 - CRIOABLACIÓN CON BALÓN EN FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXISTICA. RESULTADOS EN SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO.

PALAZZO, Alejandro Antonio | GONZALEZ, José Luis | GALIZIO, Nestor | ROBLES, Federico | CARNERO, Guillermo | MYSUTA, Mauricio | LISARRAGA, Gabriela | TRONCONI, Alejo / FUNDACIÓN FAVALORO

Objetivos: El aislamiento eléctrico de las venas pulmonares (VP) constituye la piedra angular en el tratamiento curativo de pacientes (pts) con fibrilación auricular paroxística (FAP) recurrente y sintomática. La crioblación con balón (CAB) constituye una alternativa a la radiofrecuencia (RF) disminuyendo los tiempos de procedimiento y de radioscopia. El objetivo de este trabajo es describir los resultados inmediatos y del seguimiento a largo plazo en pts que recibieron una CAB de FAP. **Materiales y Métodos:** Entre noviembre del 2013 y marzo de 2016, 75 pts fueron intervenidos con una CAB de FAP. Se utilizó catéter balón. La edad promedio fue 57±10 años, 55 varones, el diámetro de aurícula izquierda (AI) fue de 41±7 mm, la FEVI fue de 57±8%. El CHA2DS2VASc promedio fue de 0.6. Previo al procedimiento los pts realizaron angio-TAC con reconstrucción de AI y VP. El seguimiento promedio fue 10.8 meses. **Resultados:** La duración promedio del procedimiento fue de 127±49 minutos, con un tiempo promedio de radioscopia de 33±14 minutos. Se logró el aislamiento en 294/299 VP (98.3%). Dos pts (2.6%) presentaron una parálisis diafragmática transitoria durante las aplicaciones en la VP superior derecha. Un pt (1.3%) presentó una complicación vascular mayor vinculadas al procedimiento (fístula AV que requirió corrección quirúrgica), y un pt (1.3%) presentó un accidente isquémico transitorio post procedimiento mediato. En un seguimiento de: * 6 meses: 71/75 pts (94.6%) permanecieron libre de FA un 93.4% * 12 meses: 44/75 pts (58.6%) permanecieron libre de FA un 90%. * 13 a 30 meses: 24/75 pts (32%) permanecieron libre de FA un 87.5%. El tiempo promedio a la recurrencia fue de 109 días (entre 37 y 328 días), ocurriendo la mayoría de ellas dentro de los primeros 4 meses. **Conclusiones:** En el presente grupo en estudio la CAB de FAP se mostró como una técnica segura y eficaz en pts seleccionados. Presentó un éxito elevado en el aislamiento de las VP. Durante el seguimiento la tasa de recurrencia fue baja a los 6, 12 y más de 24 meses, ocurriendo predominante en el primer cuatrimestre.

0493 - ANGIOPLASTIA CORONARIA EN OSTIUM DE ARTERIA CORONARIA DERECHA, EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

SORIA RICHARD, Jose Ricardo | PACHECO MORA, Jorge Mario | SCAGLIA, Juan Andres | GUARDIANI, Fernando | RAGGIO, Ignacio | NANI, Sebastian | MIANO, Jorge Antonio | MRAD, Jorge A. / CLINICA OLIVOS

Objetivos: Comparar los resultados obtenidos en lesiones ostiales arteria coronaria derecha en nuestra experiencia con el resto de la población mundial, según la evolución intra-hospitalaria y a mediano plazo. **Materiales y Métodos:** De noviembre de 2007 a agosto de 2015 se realizaron un total de 86 ATC a ostium de arteria CD en 77 pacientes. En dicha población se excluyó infarto agudo de miocardio (IAM). Se analizaron de manera retrospectiva. La edad promedio fue de 68.5 años. Se definió éxito angiográfico (EA) a la obstrucción residual < 20% y a la presencia de flujo TIMI grado 3 que se presentó en el 100%. Eficacia Clínica (EC) fue medida con el punto combinado de muerte, infarto con nuevas ondas Q, cirugía de revascularización culpable de urgencia (CRM), necesidad de revascularización del vaso culpable. **Resultados:** La media de seguimiento fue de 93 meses +/- 9 meses, del 92% de los pacientes. La tasa de uso de stents liberadores de droga (SLD) fue de 60.4%, y stents convencionales (SC) fue de 39.6%. Con respecto a la eficacia clínica, el punto combinado fue del 19.4% y se presentó en 14 pacientes, con una reestenosis del 15%, dentro de los cuales todos eran SC, tratándose en esa oportunidad con SLD. El número de complicaciones menores (definidas como ACV, insuficiencia renal aguda, sepsis, insuficiencia cardíaca, sangrado menor y menor) fue del 22%. **Conclusiones:** En este grupo de pacientes donde se analizaron lesiones ostiales de arteria CD, la tasa de reestenosis en nuestro centro es similar en comparación con la reestenosis de ostium de CD de la población mundial, con una aceptable tasa de éxitos y baja reestenosis.

0505 - ¿HAY DIFERENCIA EN RESULTADOS ENTRE LAS DISTINTAS TÉCNICAS DE ANGIOPLASTIA DE LESIONES EN BIFURCACION DEL TRONCO DE LA CORONARIA IZQUIERDA?

PACHECO MORA, Jorge Mario | SORIA RICHARD, Jose Ricardo | SCAGLIA, Juan Andres | MIANO, Jorge Antonio | MRAD, Jorge A. / SANATORIO DE LOS ARCOS

Objetivos: El estudio está diseñado para evaluar la tasa de éxito clínico de las diferentes técnicas dedicadas al tratamiento de las bifurcaciones. **Materiales y Métodos:** Se analizaron de manera retrospectiva 228 procedimientos de ATC al TCI en 215 pacientes con seguimiento intra y extra hospitalarios entre noviembre de 2007 y agosto de 2015, en los cuales se analizaron diferentes técnicas de bifurcación utilizadas para tratar el TCI. Se definió éxito angiográfico a la obstrucción residual < 30% y a la presencia de flujo TIMI grado 3. El Éxito Clínico fue medido con el punto combinado de muerte cardiovascular, infarto agudo de miocardio no fatal (IAM), necesidad de cirugía de revascularización miocárdica (CRM) de urgencia, necesidad de revascularización del vaso culpable (RVC). El seguimiento extrahospitalario se realizó vía telefónica con el paciente y/o el cardiólogo de cabecera. El análisis de los datos se realizó mediante el software SPSS versión 20. **Resultados:** Un total de 191 pacientes con lesión severa en bifurcación del TCI fueron sometidos a ATC. 17,2% con CRM previa. SYNTAX score moderado y alto en el 36,8% y Euro-score de alto riesgo en el 19,3%. La media de seguimiento extra hospitalario fue de 44 meses +/- 11 meses. Se utilizaron 279 stents, SLD 327 (92.7%), stents convencionales: 26 (7.3%), 1.6 stents/p el diámetro 3.4 ± 0.3 mm, porcentaje de obstrucción promedio de 79,5%. Técnicas utilizadas: Provisional Stent: 103 (54%). Culotte 48 (25%), Crushing Stent: 16(8,4%), T Stent 19 (10%). V Stent: 5 (2,6%) Kissing balón se realizó en el 100% de los pacientes. El promedio de días de internación fue de 4,1 días, (rango inter-cuartil de 1 a 88 días). A nivel intrahospitalario, la media de seguimiento fue de 44 meses (+/- 11). La tasa de eventos combinados en Provisional-stent fue de 16% con mortalidad cardiovascular de 6%. La técnica de Culotte tuvo 13% para punto combinado. En nuestra serie, la técnica de V-stent no tuvo eventos cardiovasculares, pero el número de pacientes fue mucho menor (n: 5). En el seguimiento extrahospitalario, la tasa de punto combinado para Provisional-stent fue de 8,3% (n: 80) y de muerte cardiovascular (14%) mientras que para la técnica de Crushing-stent, el punto combinado ocurrió en 30% (n:10) y muerte CV fue de 9%, con una tasa de reestenosis de 18% vs 6% para Provisional. **Conclusiones:** Aunque el número de complicaciones es poco, la técnica de provisional stent se asocia con mayor frecuencia de eventos combinados, a expensas de mortalidad cardiovascular e IAM no fatal tanto en la evolución intra como extrahospitalaria en comparación con las otras técnicas. Por otro lado, la tasa de punto combinado extrahospitalaria, muerte CV y reestenosis fue mayor para la técnica de crushing-Stent. En nuestra experiencia, la técnica de Culotte permite mejores resultados angiográficos y menor tasa de eventos a largo plazo. En esta serie ningún paciente requirió CRM.

0083 - SÍNDROME CORONARIO AGUDO: DIFERENCIA CLÍNICA ENTRE OCTOGENARIOS Y MENORES DE 45 AÑOS

UTREBA, Rodolfo Cristian Martin | PERESSOTTI, Bruno | DEGRIGORIO, Alejandro | BEREZUOK, Eulalio | MORANCHEL, Manuel | CORTE, Juan Ignacio | ANGEL, Adriana | CUROTTO GRASIOSI, Jorge L. / HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: evaluar y comparar los factores de riesgo cardiovasculares (FRC), los antecedentes, el cuadro clínico de ingreso así como el manejo intrahospitalario y la mortalidad de pacientes (ptes) octogenarios y menores de 45 años con síndrome coronario agudo (SCA). **Materiales y Métodos:** se analizaron ptes con SCA incluidos durante los años 2009 al 2015 en la unidad coronaria de un centro universitario de alta complejidad y sistema de residencia universitaria. La población total de SCA en ese lapso fue de 776 pacientes que fueron divididos en 2 grupos: grupo 1=G1 (mayor o igual de 80 años -190 ptes -19%) y grupo 2=G2 (menor o igual de 45 años - 107 ptes - 14%) y se comparó sexo, hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia, tabaquismo, obesidad, infarto agudo de miocardio previo, angioplastia previa, cirugía de revascularización previa, insuficiencia cardíaca previa, insuficiencia renal crónica previa, cuadro clínico definido (angina inestable, IAMCEST, IAMSEST), manejo intrahospitalario y mortalidad. **Resultados:** al comparar G1 vs. G2 encontramos: edad: 81,7±2,5 vs. 43,3 ±2,9, masculinos: 61% vs. 91% (p<0,001), hipertensión arterial: 79% vs. 74% (p=0,006), diabetes: 16% vs. 7% (p=0,018), dislipidemia: 59% vs. 41% (p=0,004), tabaquismo: 5% vs. 44% (p<0,001), infarto agudo de miocardio previo: 19% vs. 2% (p<0,001), angioplastia previa: 24% vs. 12% (p=0,002), cirugía de revascularización miocárdica previa: 7% vs. 0% (p=0,003), insuficiencia cardíaca previa: 25% vs. 0% (p<0,001), insuficiencia renal crónica previa: 14% vs. 5% (p=0,017), AAS previo: 72% vs. 4% (p<0,001). Cuadro clínico definido: angina inestable: 79% vs. 91% (p=0,010), IAMCEST: 14% vs. 4,5% (p=0,008), IAMSEST: 7% vs. 4,5% (p=0,614) pruebas funcionales: 28% vs. 56% (p<0,001), AAS: 82% vs. 79% (p=0,643), clopidogrel: 88% vs. 91% (p=0,566), betabloqueantes: 68% vs. 91% (p<0,001), estatinas: 79% vs. 96% (p<0,001), IECA 92% vs. 35% (p<0,001). No se observó diferencia significativa en el manejo invasivo y la mortalidad fue del 13% vs. 2% (p=0,001). **Conclusiones:** en esta serie de ptes con SCA, los octogenarios representaron el 25% de la población y los menores de 45 el 14%. Antes de los 45 años, los SCA son más frecuentes en hombres. Los octogenarios presentan más FRC y antecedentes patológicos, pero fuman menos. Se observó menos angina inestable pero más IAMCEST en los octogenarios con respecto a los jóvenes. No hubo diferencias con relación al manejo intrahospitalario. Se indicaron menos estudios evocadores de isquemia en los pacientes octogenarios luego de la estabilización inicial y tuvieron un menor uso, luego del alta, de betabloqueantes y estatinas pero un mayor uso de IECA. Los octogenarios tuvieron una mayor mortalidad intrahospitalaria.

0084 - ASOCIACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE RECIENTE DIAGNÓSTICO CON EL ESTRÉS, LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN

MIRABELLI, Leandro Mariano | PERESSOTTI, Bruno | LOBO, Martín | CORTE, Juan Ignacio | MORANCHEL, Manuel | GUILLEMI, Luis | ABDALA, Antonio | CUROTTO GRASIOSI, Jorge L. / HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: evaluar el grado de asociación existente entre trastornos del ánimo - Ansiedad (AN), Estrés (ES) y Depresión (DP) e hipertensión arterial (HTA) en pacientes ambulatorios que concurren a consultorios externos de cardiología por primera vez para evaluación de factores de riesgo cardiovasculares. **Materiales y Métodos:** estudio observacional de corte transversal, donde se incorporaron en forma consecutiva pacientes aparentemente sanos que concurren a la demanda espontánea del consultorio de cardiología durante los meses de noviembre y diciembre de 2015. Se registraron los factores de riesgo cardiovasculares, laboratorio, medidas antropométricas y se les realizó un monitoreo ambulatorio de la presión arterial de 24 horas mediante el que se categorizó a los pacientes como hipertensos (G1) y no hipertensos (G2). Se evaluaron las escalas validadas en español para AN, ES y DP (Hamilton, Holmes-Rahe y Beck respectivamente) en todos los pacientes ingresados y se compararon sus resultados entre ambos grupos de estudio (G1 y G2). Las variables categóricas se expresaron con porcentaje, las continuas como media±desvío estándar (DS), las discretas u ordinales con mediana+rango intercuartílico (IQR) según correspondiera y se evaluaron con la prueba de la t de Student siempre que tuvieran distribución normal o con la prueba de Mann-Whitney o de Kruskal-Wallis cuando no la tuvieran. Se usó la prueba de Bonferroni como análisis post hoc. Se consideró como significativa una p<0,05. **Resultados:** se estudiaron 152 pacientes con una edad media de 63±12, siendo de mayor edad las mujeres 66±9 vs. 60±14. En esta población se observó un 14% de tabaquistas, 37% de exataquistas, 24% de diabéticos, 38% de dislipidémicos y 7% de sedentarios. El índice de masa corporal fue de 23±5. Ninguno de los pacientes enrolados sabía que era hipertenso. El G1 incluyó 90 pacientes (59%) y el G2 62 pacientes (41%). Al comparar las escalas de ES, AN y DP entre G1 vs. G2 encontramos: escala ES 176(283) vs. 74(364), p=0,03. Escala AN 7,84±7,24 vs. 7,19±6,89, p=0,576. Escala DP 4(7,25) vs. 7(10), p=0,06. **Conclusiones:** en nuestra población de mediana edad, se encontró asociación estadísticamente significativa entre la escala de ES y la HTA. La escala de AN no fue diferente y la escala DP mostró una tendencia a la significación estadística.

0107 - ¿ES LA EDAD UN PREDICTOR INDEPENDIENTE DE TOLERANCIA AL EJERCICIO?

LARRABURU, Alfredo Marino | PICCO, José | COQUI, Gustavo | TISCORNIA, Angel Luis | PARQUET, Carlos | IZURIETA, Carlos | ALE, Juan Jose | MURYAN, Sergio / INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA Y REHABILITACIÓN BILLINGHURST

Objetivos: Describir las características poblacionales de los pacientes sometidos a pruebas de apremio con ejercicio (ecocardiograma estrés) en una población de pacientes adultos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y estimar predictores de capacidad funcional. **Materiales y Métodos:** Sobre una base de datos prospectiva de pacientes a los cuales se les realizó ecocardiograma estrés entre octubre de 2010 y junio de 2015, se realizó un análisis retrospectivo mediante estadística descriptiva. Se obtuvieron datos de características basales, factores de riesgo cardiovasculares mayores, capacidad funcional (expresada en Mets) y resultado de la prueba. Se dividió arbitrariamente la base de datos por edad en 3 grupos: (menor de 65 años, de 66 a 75 años y mayores

RESUMENES DE TEMAS LIBRES

de 75 años) considerando que los menores de 65 años en su mayoría se encuentran en actividad laboral. Se realizó estadística descriptiva convencional y análisis comparativo entre los grupos mediante test de T, Anova o Kruskal Wallis según corresponda. Se consideró como significativo una $p < 0,05$. Resultados: De un total de 6890 pacientes recolectados en la base, se obtuvieron 3598 pacientes para el análisis que completaban todos los requisitos (sexo, edad, factores de riesgo, resultado de la prueba, Mets tolerados, y realizado con ejercicio). Se randomizó a los pacientes arbitrariamente en 3 grupos considerando la edad: menor de 65 años, entre 66 y 75 años y pacientes mayores de 75 años. Las características basales se describen en la tabla 1. No se hallaron diferencias significativas entre las poblaciones, excepto en la prevalencia de hipertensión arterial en los pacientes mayores de 75 años. Sin embargo, la capacidad funcional expresada en Mets, disminuye linealmente a medida que aumenta de edad de los pacientes independientemente de los factores de riesgo cardiovascular. Conclusiones: A los pacientes que en este registro se les efectuó estudios de apremio con ejercicio en ecocardiografía se encontró que la edad es un predictor independiente de menor tolerancia al ejercicio, sin haber una diferencia significativa en los factores de riesgo.

Variable	menor 65 años N (%)	De 66 a 75 años N (%)	Mayores de 75 años N (%)	Chi2	Total/p
Pacientes	2370 (65%)	894 (25%)	334 (10%)		3598
Sexo masculino	1666 (71%)	592 (77%)	217 (85%)	14	NS
Hipertensión	1210 (56%)	676 (79%)	268 (82%)	195	<0,05
Diabetes	257 (13%)	118 (28%)	39 (9,4%)	3,9	NS
Tabaquismo	242 (12%)	60 (8%)	15 (4,7%)	16	<0,05
Dislipemia	966 (47%)	508 (63%)	183 (61%)	73	<0,05
Todos los FRC	13 (0,5%)	6 (0,6%)	1 (0,29%)	12	NS

Variable	Menores de 65 años	De 66 a 75 años	Mayores de 76 años	F	P
Mets tolerados	9,3 ± 3,4	7,5 ± 2,9	6,6 ± 2,7	30,22	<0,001

0238 - IMPACTO DE PLAQUETOPENIA SEVERA EN LA SOBREVIVENCIA DE LOS PACIENTES OPERADOS DE CIRUGÍA CARDIACA.

BURGOS, Lucrécia Maria | KOROLIOV, Yevgeniy | ROSELL, Silvio | PICCINI, Fernando | CAMPOROTTONDO, Mariano | VRANCIC, Juan | NAVIA, Daniel | BENZADÓN, Mariano / INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA

Objetivos: Evaluar el impacto de la plaquetopenia severa (PS) posoperatoria en la evolución clínica, mortalidad intrahospitalaria y a 6 meses de los pacientes operados de cirugía cardíaca. Materiales y Métodos: Estudio de cohorte, analítico, donde se incluyeron a todos los pacientes operados de cirugía cardíaca en forma prospectiva entre agosto 2013 y julio 2014, dividiéndolos en dos grupos según la presencia o no de la PS (menor a 75000 plaquetas/mm3) en su evolución posoperatoria, con seguimiento a 6 meses. El seguimiento se realizó mediante control clínico ambulatorio y/o telefónico. Se excluyeron del análisis a los pacientes con trasplante cardíaco o enfermedad oncohematológica activa. Resultados: Durante el periodo de 12 meses se realizaron 512 cirugías, de los cuales en 104 pacientes (20,3%) se observó la PS. Los pacientes en el grupo de la PS presentaron mayor prevalencia de comorbilidades asociadas (ver tabla 1). La media de la PS fue 55346/mm3 (± 19001), persistiendo $3,9 \pm 7,6$ días, con el nadir el día 4,2. Un 6,3% presentó recurrencia de la PS. También, la incidencia de las complicaciones posoperatorias tales como fallo multiorgánico (FM), diálisis, sangrado y reoperación por sangrado, bajo gasto cardíaco (BGC) fueron más frecuentes de forma significativa en el grupo de la PS. (ver tabla 2). La internación fue de 13,1 días para los que presentaron la PS vs 9,8 días en el grupo sin ella ($p=0,2$). En caso de la mortalidad hospitalaria, los de pacientes con la PS fue de 13,5% vs 1,7% sin la PS ($p<0,0001$). El seguimiento a 6 meses demostró la persistencia significativa del riesgo de muerte en el grupo de la PS (4,8% vs 0,5% $p=0,007$). En el análisis multivariado la cirugía cardíaca no CRM, la plaquetopenia previa, el Euroscore elevado y la reoperación por sangrado se asociaron con riesgo significativamente aumentado de la PS (tabla 3). Conclusiones: La PS postoperatoria se asoció en forma significativa con el aumento de las complicaciones posoperatorias, mortalidad intrahospitalaria y a 6 meses. En los pacientes operados de cirugía cardíaca no CRM, la plaquetopenia previa, el Euroscore elevado y la reoperación por sangrado se asocian con un riesgo significativamente aumentado de la PS.

TABLA 1		Sin PS	Con PS	p
Edad	Promedio (SD)	66,4 (10,0)	69,5 (12,2)	0,0156
Sexo masculino	n (%)	321 (78,7)	72 (69,2)	0,0418
IMC	Promedio (SD)	28,3 (4,3)	26,9 (3,5)	0,0009
Electiva	n (%)	321 (78,7)	72 (69,2)	0,0418
HTA	n (%)	304 (74,5)	74 (71,2)	0,4870
DBT	n (%)	97 (23,8)	15 (14,4)	0,0395
IAM	n (%)	132 (32,4)	19 (18,3)	0,0049
Ant Resp	n (%)	24 (5,9)	5 (4,8)	0,1791
Enf. Renal	n (%)	17 (4,2)	17 (16,4)	<0,0001
Ant. Hemat	n (%)	46 (11,3)	20 (19,2)	0,0307
ICC	n (%)	24 (5,9)	16 (15,4)	0,0033
EuroScore	Promedio (SD)	4,3 (2,9)	7 (2,9)	<0,0001
Hto preOP	Promedio (SD)	36,4 (10,2)	32,8 (13,6)	0,0120
Plaquet preOP	Promedio (SD)	202,0 (80,5)	170,0 (78,1)	0,0003
Tipo de cirugía				<0,0001
	Coronaria	247 (60,5)	10 (9,6)	
	Valvular	88 (21,6)	49 (47,1)	
	Combinada	48 (11,8)	29 (27,9)	
CEC	n (%)	167 (40,9)	96 (92,3)	<0,0001
Tiempo CEC	Promedio (SD)	107,9 (36,9)	119,4 (41,4)	<0,0001
Tipo de válvula				0,437
	Biológica	89 (59,3)	60 (67,4)	
	Mecánica	41 (27,3)	19 (21,4)	

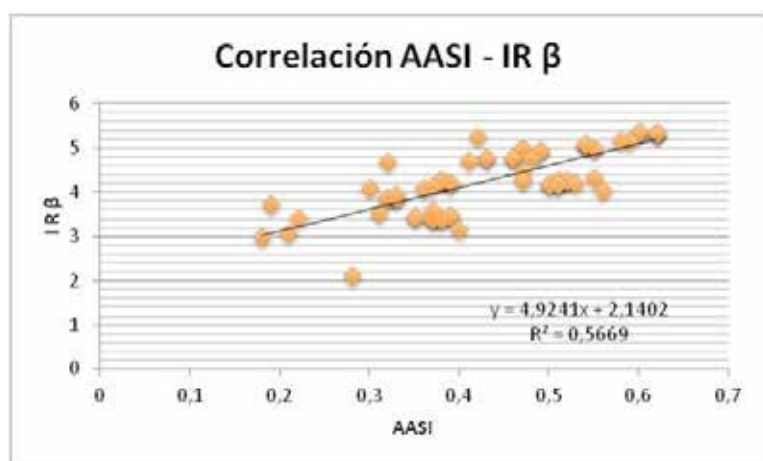
TABLA 2		Sin PS	Con PS	p
Reoperación	n (%)	8 (2,0)	13 (12,5)	<0,0001
Sangrado Medico	n (%)	31 (7,6)	16 (15,4)	0,0141
BGC	n (%)	9 (2,2)	15 (14,4)	<0,0001
Diálisis	n (%)	1 (0,3)	9 (8,7)	<0,0001
Insuficiencia Renal	n (%)	86 (21,1)	14 (13,5)	0,0803
BCIAo POP	n (%)	3 (0,7)	6 (5,8)	0,0030
Fallo multiorgánico	n (%)	0 (0)	13 (12,5)	<0,0001
Plaquet al alta	Promedio (SD)	176,5 (82,2)	108 (87,9)	<0,0001
Estadía Hospitalaria (días)	Promedio (SD)	9,8 (26,4)	13,1 (12,4)	0,2061
Muerte Intrahospitalaria	n (%)	7 (1,7)	14 (13,5)	<0,0001
Muerte a 180 días	n (%)	2 (0,5)	5 (4,8)	0,0007

TABLA 3		95% Wald		p
Effect	Point estimate	Confidence Limits		Pr > ChiSq
Sexo M vs F	1,12	0,64	1,97	0,6864
Edad	0,99	0,96	1,01	0,2903
CRM NO vs SI	9,46	4,52	19,80	<.0001
Plaquetopenia Previa	0,995	0,992	0,999	0,0041
EuroScore	1,23	1,11	1,37	<.0001
ReopSang SI vs NO	7,76	2,52	23,94	0,0004

0367 - RELACIÓN ENTRE RIGIDEZ ARTERIAL Y EL NÚMERO DE DIENTES PRESENTES EN HIPERTENSOS.

RUBIO, María Del Carmen(1) | MOROS, Claudio(1) | RUDZINSKY, Jessica(2) | NICOLINI, Liliana(1) / HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES (1); FACULTAD DE ODONTOLOGÍA - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (2)

Objetivos: Existen trabajos que han evidenciado relación entre la pérdida de dientes y parámetros de rigidez arterial, que podrían constituir un grupo de pacientes con mayor riesgo cardiovascular. Objetivos: determinar si la pérdida de dientes se relaciona con índices de rigidez carotídea y ambulatoria en pacientes (P) hipertensos. Materiales y Métodos: se efectuó un estudio retrospectivo, transversal, observacional y de comparación entre 2014-2015 en el cual se evaluó el número de dientes presentes en pacientes hipertensos al momento de efectuar el registro MAPA. Se determinó el índice de rigidez ambulatoria (AASI) como 1- slope de la recta de regresión entre la presión sistólica y diastólica. Sus valores oscilan entre 0-1 siendo los valores cercanos a 1 los que evidencian mayor rigidez. Mediante ecografía de vasos de cuello se calculó el índice de rigidez beta = $\ln(PAS - PAD) / [(Ds - Dd) / Dd]$. Criterios de inclusión: Hipertensos entre 65-75 años. Criterios de exclusión: 1- pérdida traumática de piezas dentarias. 2- enfermedades cardiovasculares y/o ACV previo y diabéticos. Los P fueron divididos según el número de dientes en GRUPO 1: con más de 10 piezas y GRUPO 2 con menos de 10 piezas. Análisis estadístico: SPSS 20, se utilizó el test de ANOVA, coeficiente de correlación de Pearson, con error alfa <0,05 e IC 95%.



Resultados: ingresaron 376 P, 47% hombres, GRUPO 1: 158 y GRUPO 2: 218 P. Las variables analizadas fueron respectivamente: edad 70 ± 4.32 vs. 71.6 ± 3.32 años (NS), coeficiente de correlación entre la presión arterial sistólica y diastólica fue: $R2\ 0.56 \pm 0.18$ (IC 95% $0.47-0.58$) vs. 0.52 ± 0.19 (IC 95% $0.43-0.54$) (NS), AAI 0.38 ± 0.05 (IC 95% $0.35-0.40$) vs. 0.52 ± 0.10 (IC 95% $0.49-0.54$), $p=0.001$; IR beta; 3.4 ± 1.4 (IC 95% $2.92-4.36$) vs. 4.27 ± 1.08 (IC 95% $3.28-5.13$), $p=0.001$. La correlación entre el AAI y el IR beta; fue $R2\ 0.56$. Conclusiones: los pacientes con menos de 10 dientes evidenciaron mayor rigidez arterial en relación a aquellos con un mayor número de dientes presentes.

0519 - MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA POR ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD DEL GRAN BUENOS AIRES COMPARADO CON LA MISMA TASA A NIVEL NACIONAL.

CONTIN, Yanina Paola | HRABAR, Adrian Demetrio | FERNANDEZ, Alberto Alfredo | LAMELAS, Angela | BORCHOWIEC, Silvina Ana | FERNANDEZ GALECH, Jimena | CONOSCIUTO, Maria Victoria | POTITO, Roberto Nicolás | SANATORIO MODELO DE QUILMES
Objetivos: Comparar las características de la población y la mortalidad en nuestro centro con la observada en el Tercer Estudio Nacional sobre Endocarditis Infecciosa en la República Argentina (EIRA-3). Materiales y Métodos: Se comparó la serie de 29 episodios de endocarditis infecciosa (EI) (según los criterios diagnósticos de Duke) del registro prospectivo de nuestro centro (período 2002-2015) con los datos iniciales (primeros 4 meses de enrolamiento) del registro prospectivo multicéntrico EIRA-3 con 98 episodios de EI de acuerdo a los mismos criterios diagnósticos. Se compararon variables referidas a características demográficas, antecedentes, microbiológicas y la mortalidad intrahospitalaria. Las variables numéricas se expresan como media $\pm$ DS y las categóricas como porcentajes. Para comparar proporciones se utilizó un test asintótico basado en la aproximación normal y el test exacto de Fisher cuando correspondió. Resultados: Las series fueron similares en cuanto a las características de la población, la mayoría eran de sexo masculino (68,9% vs 84,4%), a un tercio se le realizó previamente procedimientos relacionados con el cuidado de la salud (34,5% vs 32,3%, $p\ 0,82$). Con respecto a los antecedentes, no se hallaron cardiopatías congénitas subyacentes en nuestro centro a pesar de encontrarse un 11% en el EIRA-3, la cardiopatía isquémica fue 3,4% vs 8% ($p\ 0,68$) y la enfermedad reumática en 20% vs 3% ($p\ 0,004$). Sin embargo el porcentaje de Endocarditis Infecciosa protésica (10% vs 10,3%) fue similar así como los pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico (34,5% vs 30,6%, $p\ 0,82$). En cuanto a los microorganismos aislados, Staphylococcus Aureus (17,2% vs 31%, $p\ 0,23$), Enterococcus Faecalis (13% vs 13%), Streptococcus Viridans (31% vs 11,6%, $p\ 0,01$), Staphylococcus Coagulasa Negativo (6,89% vs 5%, $p\ 0,6$), otros Streptococcus (6,89% vs 17,4%, $p\ 0,23$); los hemocultivos fueron negativos en 17,2% vs 21%, ($p\ 0,79$). Tampoco se halló diferencia estadística en la mortalidad intrahospitalaria (31% vs 22,4%, $p\ 0,33$). Conclusiones: El análisis realizado mostró que ambas poblaciones son similares en cuanto a sus características demográficas con un mayor predominio de enfermedad reumática y El por Streptococcus viridans en nuestro centro. Al comparar mortalidad no se hallaron diferencias significativas en ambas series.

0117 - DISFUNCIONES TIROIDEA Y HEPÁTICA EN INTERNACIONES POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA

GIORDANINO, Elian Facundo | KLIN, Pablo Alejandro | ZAMBRANO, Carola | ZEPPA, Federico | BILBAO, Andres | KLEIN, Francisco | FUNDACIÓN FAVALORO

Objetivos: En la insuficiencia cardíaca aguda descompensada (ICAD), las fallas orgánicas al ingreso no han sido descriptas en su totalidad. Mientras que la disfunción hepática está asociada a una peor evolución a mediano y largo plazo, se ha vinculado a la disfunción tiroidea con una mayor tasa de eventos en etapas tempranas. La presencia de ambas al ingreso podría conferir un mayor valor pronóstico. Describir la evolución de los pacientes (P) internados por ICAD con fallas orgánicas al ingreso, en este caso colestasis y disfunción tiroidea. Analizar su impacto en el pronóstico a corto y mediano plazo. Materiales y Métodos: Se definió colestasis al ingreso a la alteración del hepatograma con valores por encima de los normales de bilirrubina total (>1.0 mg/dl), fosfatasa alcalina (>149 U/L) o GGT (>50 U/L). Se consideró disfunción tiroidea cuando los valores de T3 al ingreso fueron <0.80 ng/ml. Se analizaron parámetros demográficos, clínicos y bioquímicos así como las evoluciones intrahospitalaria y a 180 días. Se excluyeron del análisis a los P que recibieron un trasplante cardíaco y aquellos de los cuales no se disponía de los datos completos de hepatograma o perfil tiroideo. Resultados: Se analizaron 774 pacientes P internados por ICAD entre Julio 2011 y Enero 2016. La edad promedio fue 69 ± 16 años; el 59% eran hombres. La prevalencia de colestasis y T3 baja al ingreso fue de 81 y 71%, respectivamente. El 33% de los P presentó una combinación de colestasis y T3 baja (Colest+T3baja), mientras que el 20% presentó colestasis con T3 normal (Colest+T3norm). En cuanto a eventos intrahospitalarios, los P con Colest+T3baja presentaron con mayor frecuencia empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (22 vs 13,8%; OR 1.75; IC95% 1.12-2.7; $p=0.01$), mientras que ésta fue similar en los P con colestasis, T3 baja y (Colest+T3norm). La mortalidad hospitalaria fue similar en los P con colestasis al ingreso, pero diferente en los P con T3 baja (12.9 vs 5%; OR 2.8; IC 95% 1.3-5.8; $p=0.004$) y Colest+T3baja, (15.7 vs 5.6%; OR 3.1; IC95% 1.7-5.9; $p<0.001$). El subgrupo con Colest+T3norm presentó menor mortalidad (5.1 vs 12.6%; OR 0.38, IC 0.16-0.9; $p=0.02$). La mortalidad en el seguimiento a 6 meses fue mayor en los P con T3 baja (25.7 vs 8.8%; OR 3.6; IC95% 2-6; $p<0.001$) y Colest+T3baja (27.3 vs 11.2%; OR 3; IC95% 1.9-4.8; $p<0.001$) mientras que fue menor en los P con Colest+T3norm (9.3 vs 25%; OR 0.3; IC95% 0.16-0.6; $p<0.001$). No se observaron diferencias significativas en los P solo con colestasis al ingreso. La tasa de reinternación a 30 días fue mayor solamente en los P con Colest+T3baja (12.1 vs 6.5%; OR 2; IC95% 1.08-3.7; $p=0.03$) y a 6 meses (25.2 vs 16%; OR 1.7; IC95% 1.1-2.7; $p=0.01$). Conclusiones: Las disfunciones hepática y tiroidea son prevalentes en los pacientes internados por ICAD. Su asociación al ingreso permite detectar un subgrupo de pacientes con mayor riesgo a corto y mediano plazo. El análisis temprano de las disfunciones orgánicas en ICAD debe enfatizarse, dado que aporta información útil para una mayor comprensión de la evolución de estos pacientes. Aún queda por definir si deberíamos modificar el abordaje ante su detección para cambiar la historia natural de la enfermedad.

0118 - CÓMO DEBERÍA DEFINIRSE RESISTENCIA A LOS DIURÉTICOS EN LOS PACIENTES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA DESCOMPENSADA ?

BILBAO, Andres Jose | KLIN, Pablo Alejandro | ZAMBRANO, Carola | ZEPPA, Federico | ARMANDO GODOY, Candra Lilien | GRANJA, Andres | RAFFAELE, Pablo | KLEIN, Francisco | FUNDACIÓN FAVALORO

Objetivos: La falla renal en el contexto de la insuficiencia cardíaca aguda descompensada (ICAD) predice peor evolución durante la internación. La resistencia a los diuréticos (RD) podría ser considerada un tipo de falla renal e incluirse en la definición de síndrome cardiorenal. Sin embargo, no disponemos de una definición clara y aceptada de este fenómeno. Nuestro objetivo fue comparar 2 definiciones posibles de RD en P internados por ICAD y evaluar su valor pronóstico durante la internación y 180 días. Materiales y Métodos: Se definieron 2 grupos de RD: RD-A definido como el fracaso en alcanzar una diuresis >1.5 ml/kg/hr bajo un protocolo pre-establecido que incluía un bolo inicial de furosemida de 40 mg EV, seguido de una infusión de 5 mg/hora durante 2 horas. En caso de no alcanzar el objetivo terapéutico, se duplicaba la dosis de furosemida durante 2 horas más. Fue denominada RD-A si no se alcanzaba la respuesta deseada. RD-B) Se calculó la variable "diuresis/furosemida" (D/F) entre los días 1 y 5 de la internación. Se definieron terciles en la evaluación de mortalidad por todas las causas a 6 meses. Se establecieron tres subgrupos, con los siguientes parámetros: diuresis <25 ml/mg furosemida (pobre respuesta diurética); diuresis 25-50 ml/mg (respuesta diurética parcial) y diuresis >50 ml/mg furosemida (respuesta diurética adecuada). De esta forma, se denominó RD-B al primer tercio. En este reporte compararon RD-A y RD-B con la población general de P con ICAD. El análisis incluyó: datos demográficos, clínicos y bioquímicos, así como la evolución hospitalaria y a 6 meses. Los P que fueron trasplantados y aquellos en Diálisis crónica al ingreso se excluyeron del análisis. Resultados: Un total de 255 P fueron internados por ICAD entre Julio de 2011 y Diciembre de 2015. La población incluía 60% de hombres de 70 $\pm$ 15 años. El 28% presentaba historia de enfermedad renal crónica, 25% diabetes y 73% hipertensión arterial. La mortalidad total hospitalaria fue 10,3% y 20,2% a 6 meses. La tasa de muerte durante la internación fue significativamente mayor en los P que desarrollaron RD-A (31.6 vs 5.2%; OR 8.5; IC95% 2.8-26; $p<0.001$) o RD-B (12.5 vs 3.3%; OR 4.2; IC95% 1.4-12; $p=0.005$). Esta diferencia se mantuvo a 6 meses de seguimiento: RD-A (42.1 vs 14.8%; OR 4.2; IC95% 1.6-11; $p=0.006$) y RD-B (25.5 vs 10.7%; OR 2.8; IC95% 1.5-5.7; $p=0.003$). La tasa de reinternación a 30 días fue de 9.9% y 21% a 6 meses. Aunque la tasa de reinternaciones a 30 días no se vio afectada por el desarrollo de RD, los P que evolucionaron con RD-B fueron readmitidos con mayor frecuencia que la población general (28.3 vs 17.9%; OR 1.8; IC95% 1.04-3.2; $p=0.03$). Conclusiones: En pacientes internados por ICAD, la respuesta inadecuada a los diuréticos es un fuerte marcador del riesgo de muerte y reinternación en el seguimiento. Este riesgo se mantiene al menos por 6 meses luego del alta. La identificación precoz de pacientes con resistencia a los diuréticos podría permitir una toma de decisiones más temprana en una población con alta tasa de eventos potenciales. El impacto en el pronóstico pudo ser correctamente evaluado con ambas definiciones.

0133 - REINA: REGISTRO DE INOTROPICOS Y DROGAS VASOACTIVAS DE ARGENTINA

FERNANDEZ, Horacio Enrique | BILBAO, Jorge Alberto | COSTABEL, Juan Pablo | TRIGO, Maximiliano Ariel | ORTUÑO CAMPOS, Eduardo N. | MARIANI, Javier | DURONTO, Ernesto Alfredo | LEVIN, Ricardo Luis | CONSEJO DE EMERGENCIAS SAC

Objetivos: Comparar la prevalencia de distintos escenarios hemodinámicos (EH), las drogas vasoactivas (DVA) utilizadas y la mortalidad intrahospitalaria en pacientes que utilizan DVA endovenosas. Materiales y Métodos: Registro multicéntrico, prospectivo, observacional, de cohorte, de unidades de cuidados críticos cardiovasculares de Argentina. Inclusión: Pacientes (p.) >18 años de áreas críticas o quirófano que necesitaron la administración de DVA endovenosas. Exclusión entre otros: vasoactivos en las últimas 6 hs. descompensación que requiera terapia eléctrica o quirúrgica, asistencia ventricular superior al BCIA al ingreso, HTA aislada, síndrome coronario agudo sin descompensación, trasplante. Los p. se clasificaron en los siguientes EH: Hipovolemia, Cardiogénico, Distributivo no sepsis, Distributivo sepsis, Patrón mixto (cardiogénico - distributivo). Falla aislada del ventrículo derecho, Hipovolemia hipertensiva, Hipovolemia Normotensiva, Hipovolemia Hipotensiva (sin shock tisular) y Obstrucción dinámica del TSVI. Se analizaron las variables de utilización y de evolución intrahospitalaria para cada EH y relacionados con la condición Médico (M) o Quirúrgica (Q), Cardiovascular (C) o No cardiovascular (NoC) al momento de iniciar DVA. Resultados: Se incluyeron 376 p. de 18 centros. Edad 66 ± 12 años, 77.9% hombres. Se clasificaron como: M/C 174 p. (46.2%), M/No C 15 (3.9%), Q/C 179 p. (47.6%), Q/No C 8 p. (2.1%). La tabla muestra la prevalencia de los EH según la condición M/C y Q/C. La noradrenalina fue la droga más elegida en comparación con la dopamina, especialmente en los Q/C: Nora 101 p. (82.1%) y Dopa 22 p. (17.8%) vs. Nora 43 (64.1%) y Dopa 24 (35.8%) en los M/C ($p=0.005$). Los inodila-

n. (%)	Médico C.	Quirúrgico C		Mortalidad
Dist. no sepsis	2 (1.1)	27 (15)	$p < 0.005$	4/30 (13.3)
Dist - Sep	5 (2.8)	2 (1.1)	$p\ ns$	5/16 (31.2)
Falla aisl. VD	3 (1.7)	7 (3.9)	$p\ ns$	1/10 (10.0)
Hipervol. Hipert.	34 (19.5)	5 (2.7)	$p < 0.005$	3/39 (7.6)
Hipervol. Hipot.	20 (11.4)	1 (0.5)	$p < 0.005$	3/22 (13.6)
Hipervol. Normot	27 (15.5)	2 (1.1)	$p < 0.005$	3/29 (10.3)
Hipovolemia	2 (1.1)	72 (40.2)	$p < 0.005$	6/82 (7.3)
Obs TSVI	1 (0.5)	0 (0)	$p\ ns$	0/1 (0.0)
MIxto	9 (5.1)	25 (13.9)	$p=0.005$	8/36 (22.2)
Cardiogénico	71 (40.8)	38 (21.2)	$p<0.005$	32/111 (28.8)

RESUMENES DE TEMAS LIBRES

tadores se usaron en 117 p. (31.1%); dobutamina 66%, milrinona 19% y levosimendan 18%. Cuando se usaron diuréticos los mismos fueron inicialmente en Bolos 88 (61.1%), en bolos y goteo continuo 3 (2.0%) y Goteo continuo 8 (36.8%). Y a las 24 hs. goteo continuo 49 (52.1) y Bolos 45 (47.8). La mortalidad global fue de 65/376 (17.2%) y la de cada EH se muestra en la tabla. La mortalidad de los p. M/C (37/174, 21.2%) fue mayor que los Q/C (18/179, 10.0%, $p=0.003$), y sólo el Patrón Mixto mostró una diferencia en mortalidad entre el grupo M/C (4/9 p. 44.9%) y el Q/C (2/25 p. 8%; $p=0.01$). El escenario Cardiogénico mostró una tendencia no significativa de mortalidad: M/C 23/71 (32.3%) vs. Q/C 8/38 (21.0%). Conclusiones: 1) Se estableció la prevalencia de distintos EH en esta población así como su mortalidad. 2) La mortalidad fue mayor en los pacientes M/C que en los Q/C, especialmente la del Patrón Mixto. 3) La noradrenalina fue la droga más utilizada, especialmente en los Q/C. Y de los inodilatadores lo fue la dobutamina. Los diuréticos se prefirieron en goteo continuo en la mitad de los pacientes. 4) Estos datos de nuestro medio pueden ser útiles para establecer guías generales para el manejo de este tipo de pacientes.

0303 - AGREGA INFORMACIÓN AL ECO DOPPLER EL AUMENTO DE LOS PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA SISTÓLICA Y PRESIONES DE LLENADO ELEVADAS?

BECK, Martín Alejandro | CASTIELLO, Gustavo Gabriel | SILVA, Nydia Adriana | GAGLIARDI, Juan Alberto | LINIADO, Guillermo Ernesto / HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH

Objetivos: Introducción: El Eco Doppler Cardíaco (Eco) y los péptidos natriuréticos (PN) son herramientas subrogantes del aumento de las presiones de llenado del ventrículo izquierdo (PLL). Sin embargo, los criterios del Eco para determinar aumento de las PLL y los estímulos para la secreción de los PN no son los mismos y los PN podrían agregar información al Eco. **Objetivos:** Evaluar los parámetros ecocardiográficos asociados a aumento de los PN en pacientes con insuficiencia cardíaca sistólica (ICS) y criterios ecocardiográficos de aumento de PLL. **Materiales y Métodos:** En una misma mañana se evaluaron pacientes ambulatorios con ICS, en CF I-III y ritmo sinusal con fracción de eyección $\leq 35\%$ mediante Eco y PN. Se empleó NTproBNP y se consideró elevado el valor ≥ 1000 pg/mL. Por Eco se consideró PFD elevada o no de acuerdo a un algoritmo preestablecido y recomendado (Nagueh y col J Am Soc Echo, 2009). Para la comparación entre variables continuas de los datos clínicos, de laboratorio y ecocardiográficos de pacientes con PN normales ($n=15$) vs elevados ($n=20$) se empleó el test de Student para datos no apareados. Para variables discretas se empleó el chi cuadrado. Se consideró significativa una $p < 0,05$. **Resultados:** Sobre una población de 60 p se incluyeron en este análisis 35 p con criterios Eco de aumento de las PLL. Edad media 59 ± 11 años, 7 mujeres y 28 varones. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en la edad, etiología isquémica/no isquémica, diabetes, índice de masa corporal ni índices de función renal. Los índices de función sistólica

Parámetro ecocardiográfico	NT-proBNP normal (n=15)	NT-proBNP elevado (n=20)	p
TAPSE	22,0 $\pm$ 3,9	17,4 $\pm$ 5,3	0,008
Diámetro diastólico VI	65,7 $\pm$ 7,3	69,7 $\pm$ 7,3	NS
Diámetro sistólico VI	54,1 $\pm$ 7,3	59,8 $\pm$ 7,2	0,03
Fracción de acortamiento	17,8 $\pm$ 3,6	14,3 $\pm$ 4,4	0,01
Fracción de eyección	28,2 $\pm$ 4,7	24,3 $\pm$ 7,7	NS
Masa del VI / m ²	135,6 $\pm$ 2,9	150,8 $\pm$ 39,6	NS
Grosor parietal relativo	0,25 $\pm$ 0,05	0,22 $\pm$ 0,06	NS
Volumen AI / m ²	43,2 $\pm$ 13,4	57,0 $\pm$ 15,6	0,01
Relación E/A	1,5 $\pm$ 0,8	2,1 $\pm$ 1,1	NS
Rel E/A con Valsalva (n=11 vs 13)	0,8 $\pm$ 0,4	1,57 $\pm$ 0,84	0,01
Presión sistólica Pulmonar (n=5 vs 14)	39,5 $\pm$ 6,5	49,1 $\pm$ 10,4	0,03
Tpo de desaceleración E	207 $\pm$ 74	141 $\pm$ 45	0,002
Relación E/e'	17,8 $\pm$ 6,5	23,2 $\pm$ 7,1	0,02

y diastólica del ventrículo izquierdo, la función sistólica del ventrículo derecho y la presión sistólica pulmonar mostraron mayor compromiso en los pacientes con PN elevados. **Conclusiones:** Los péptidos natriuréticos elevados se asocian a mayor deterioro de los índices de función sistólica y diastólica del VI en pacientes ICS y presiones de llenado aumentada sugiriendo que la información aportada por ambos métodos es complementaria y los mecanismos involucrados en la secreción de los PN exceden las presiones de llenado.

0355 - UN NUEVO ÍNDICE DE FUNCIÓN SISTODIASTÓLICA EN LA DETECCIÓN DE EFECTO TÓXICO MIOCARDIO SECUNDARIO A LA QUIMIOTERAPIA

ABOY, Juan Manuel | BARATTA, Sergio Juan | MELCHIORI, Renzo | AYERDI, María Laura | BENTICUAGA NAVAS, Alejandro | FAILO, Matías | CHEJTMAN, Demián | HITA, Alejandro / HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

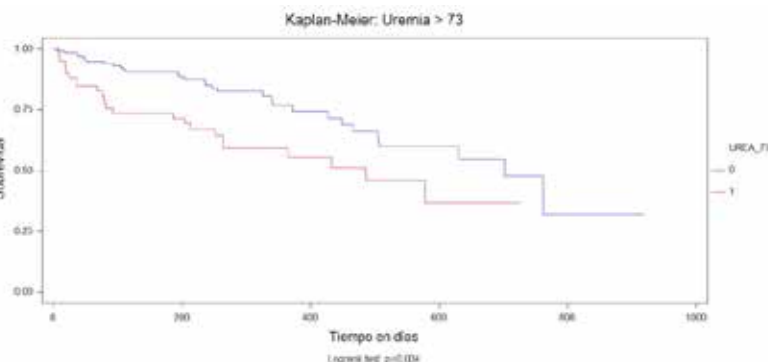
Objetivos: El diagnóstico precoz de cardiotoxicidad en pacientes (P) que reciben tratamiento quimioterápico podría ser de utilidad para definir una estrategia de prevención del deterioro de la función ventricular. En este sentido, la fracción de eyección (FE) es un parámetro de función de bomba insuficiente en la detección de mínimas modificaciones en la función del ventrículo izquierdo. **Objetivo:** Analizar la utilidad de un índice de función sistodiastólica (IFSD) ($100 * \text{strain longitudinal sistólico (SLS)} \text{ global/velocidad onda E mitral/e' tisular}$) para la detección de disfunción ventricular sistólica en P tratados con quimioterapia cardiotoxica. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron forma prospectiva 36 P, edad promedio ($\pm$ DS) 47 ± 16 años (42% hombres con enfermedad neoplásica con masa miocárdica normal y fracción de eyección $<55\%$ sin antecedentes cardiovasculares tratados con agentes antineoplásicos cardiotoxicos. Se efectuaron dosajes de marcadores humorales basales, 2º, 3º, 4º y 6º mes posterior al inicio del tratamiento oncológico y ecocardiogramas seriados con determinación de SLS basales y al 2º, 3º, 4º y 6º mes posterior al inicio del tratamiento oncológico. Se consideró punto final (PF) a 6 meses a la disfunción sistólica definida como la caída de 5 puntos de la FE con un valor $<55\%$ en pacientes sintomáticos o descenso de 10 puntos con un valor de FE $<55\%$ en pacientes asintomáticos. **Resultados:** Alcanzaron el PF 7 p (19,4%). No se observaron diferencias basales en: edad, frecuencia cardíaca, presión arterial sistólica y diastólica, volumen de fin de diástole, FE, volumen sistólico, volumen auricular izquierdo, fracción de acortamiento, velocidad de onda E, A, tiempo de desaceleración de onda E y relación E/A mitral, valor de velocidad de la onda s, onda e, onda a, relación e/a tisulares, FAM, troponina T y pro-BNP entre G1 (n:7, PF positivo) y G2(n:29, PF negativo). En el análisis univariado, se observaron los siguientes predictores precoces relacionados con el PF: IFSD 3º mes (G1 208 ± 143 vs G2 312 ± 74 , $p < 0,01$), pro-BNP 4º mes (G1 152 ± 42 pg/ml vs G2 61 ± 38 pg/ml, SLS 3º mes (G1 $-16,3 \pm 2,4\%$ vs G2 $-19,6 \pm 0,2\%$, $p < 0,01$). Para la detección de disfunción sistólica al 6º mes, un punto de corte de 240 del IFSD al 3º mes tuvo una sensibilidad del 71% y una especificidad del 86%, pro-BNP al 4º mes de 97 pg/ml tuvo una sensibilidad de 85% y una especificidad de 86% y un punto de corte de reducción del SLS $>15\%$ al 3º mes tuvo una sensibilidad de 86% y una especificidad de 86. **Conclusiones:** IFSD predice más precozmente disfunción sistólica ventricular de grado leve en pacientes tratados con quimioterapia con potencial efecto cardiotoxico en comparación con el dosaje de pro-BNP aunque sin mejoría del valor predictivo comparado con el SLS.

0405 - FACTORES PRONÓSTICOS DE REINTERNACIÓN Y MUERTE EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES OCTOGENARIOS INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA. CHIRINO NAVARTA,

Daniel Agustín | LEONARDI, Mariela | TREJO, Graciela | RODRIGUEZ VAZQUEZ, María Luisa | TELECHEA, Francisco | DIZEO, Claudio / UNIDAD ASISTENCIAL POR MAS SALUD DR. CESAR MILSTEIN

Objetivos: Evaluar factores pronósticos de reinternación cardiovascular y muerte en el seguimiento de pacientes octogenarios internados por Insuficiencia cardíaca aguda (ICA). **Materiales y Métodos:** Se incluyeron pacientes octogenarios (con edad de 80 años o más) que se internaron en unidad coronaria con diagnóstico de ICA. Se consignaron las siguientes variables clínicas y de laboratorio al ingreso y al alta: Presión sistólica (TAS), frecuencia cardíaca (FC), uremia, creatininemia, natremia y hematocrito (hto). Durante la internación se evaluó la el requerimiento de inotrópicos, de diálisis o ultrafiltración y la función ventricular, considerando deterioro de la misma a una Fey $< 45\%$. A los pacientes dados de alta se les realizó seguimiento. Se consideró el punto combinado de mortalidad global y reinternación de causa cardiovascular (por ICA, síndrome coronario agudo, arritmias, stroke).

Resultados: Se incluyeron 205 pacientes con una edad de 84 ± 4 años, 62% mujeres. El 46% presentó fey $< 45\%$, el 12% requirió inotrópicos y el 6% diálisis o ultrafiltración durante la internación. La mortalidad intrahospitalaria fue de 6,3% (13 pacientes) por lo que finalmente fueron seguidos 192 pacientes. Luego de una mediana de seguimiento de 246 días (rango intercuartil 125 – 365) el punto combinado se presentó en el 29% (56 pacientes) con una mortalidad global de 18,7% (36 pacientes). En el análisis univariado la uremia al ingreso, la natremia de ingreso, el requerimiento de inotrópicos y el deterioro de la función ventricular fueron predictores del punto combinado. En el multivariado permanecieron como predictores la uremia de ingreso (OR 1,08 (IC95% 1,04 – 1,12), $p=0,001$), la natremia de ingreso (OR 0,95 (IC95% 0,91-0,99), $p=0,02$) y el requerimiento de inotrópicos (OR 2,29 (IC95% 1,12 – 4,87), $p=0,02$). Se elaboró la curva ROC para la uremia y natremia. La primera presentó un ABC de 0,60 (IC95% 0,52 – 0,69), se estableció un punto de corte de Uremia >73 mg/dL (OR 1,87 (IC95% 1,10 – 3,25), $p=0,03$); mientras que la natremia presentó un ABC 0,54 (IC95% 0,45 – 0,63), con un punto de corte de <134 mEq/L (OR 1,82 (IC95% 1,06 – 3,1), $p=0,03$). **Conclusiones:** En nuestra población de octogenarios predominaron las mujeres y la IC con función ventricular conservada. Durante el seguimiento casi un tercio de los pacientes presentaron el punto combinado con una mortalidad superior al 15%. La uremia de ingreso, la natremia de ingreso y el requerimiento de inotrópicos durante la internación fueron predictores independientes del punto primario, pero con un escaso poder de discriminación.



0419 - UTILIDAD DE LA DEFORMACIÓN MIOCÁRDICA LONGITUDINAL EN REPOSO EVALUADA CON ECOCARDIOGRAFÍA CON LA TÉCNICA DE SPECKLE TRACKING BIDIMENSIONAL PARA LA DETECCIÓN DE OBSTRUCCIÓN CORONARIA ANGIOGRÁFICAMENTE SIGNIFICATIVA

MARAMBIO, Gerardo Manuel | COZZARIN, Alberto | LAX, Jorge Alberto | FERREIRO, Ernesto Daniel | PRIETO, Omar | GAGLIARDI, Juan Alberto | SACCHERI, Maria Cristina | CIANCIULLI, Tomás Francisco / HOSPITAL ARGERICH

Objetivos: Evaluar la utilidad de la Deformación (Strain) Miocárdica Longitudinal (SL) analizada por Speckle Tracking Bidimensional (STB) para predecir la presencia de enfermedad coronaria angiográficamente significativa (ECAS). **Materiales y Métodos:** se realizó el análisis de la SL mediante STB en reposo (utilizando un equipo Vivid 7 de GE) a 30 pacientes derivados a cinecoronariografía diagnóstica (CCG) por sospecha de ECAS. A todos los pacientes se les realizó el Ecocardiograma en la semana previa a la CCG. Se analizó el SL en las 3 vistas apicales descriptas clásicamente: 4 cámaras, 2 cámaras y eje largo para obtener el valor de cada segmento miocárdico, el promedio de cada vista y luego el promedio global de SL (GLS) sobre 18 segmentos. También se utilizó la segmentación en 16 segmentos miocárdicos para obtener promedios regionales de SL según el territorio irrigado por cada arteria coronaria. Para el Promedio Regional de SL (PRSL) se tomaron todos los segmentos posiblemente irrigados por cada arteria y también se analizó el Promedio Regional de SL Estricto (PRSLE), en donde solo se tomaron los segmentos que seguro son irrigados por cada arteria. Se analizaron las diferencias entre pacientes ECAS+ y ECAS- en general y para cada arteria. Además se analizó la presencia o no de uno o mas segmentos con SL alterado (-16%) y su correlación con obstrucción coronaria significativa de la arteria que irriga ese sector. Se excluyeron pacientes con infarto de miocardio, cirugía de revascularización miocárdica (CRM) o angioplastia previa, trastornos de la motilidad parietal en el ecocardiograma basal, valvulopatía significativa, miocardiopatías o alteraciones del ritmo cardíaco. **Resultados:** Edad media 59±7 años con igual distribución de sexo. El GLS fue de -18±3%. 17 pacientes (56,7%) presentaban ECAS+ y comparado a los pacientes sin lesiones eran principalmente hombres (80%vs20% p=0,01), sin diferencias en cuanto a los factores de riesgo, parámetros ecocardiográficos y de SL. Comparando los pacientes con y sin enfermedad en la arteria DA, los primeros presentaban menor GLS (17 vs 20 p=0,03), menor PRSL (18 vs 20% p=0,04) y menor PRSLE (17vs 20 p=0,02). Presentar mas de un segmento irrigado por DA alterado, se correlaciona con lesión significativa en la misma con una sensibilidad del 87% y una especificidad del 67%. No se observaron diferencias significativas con las arterias CD, CX o tomadas ambas en forma conjunta. **Conclusiones:** El análisis del SL puede ser útil para detectar pacientes con ECAS en la arteria DA sobretodo si se analizan los segmentos estrictamente irrigados por esta arteria. No podemos concluir lo mismo para las arterias CD y CX

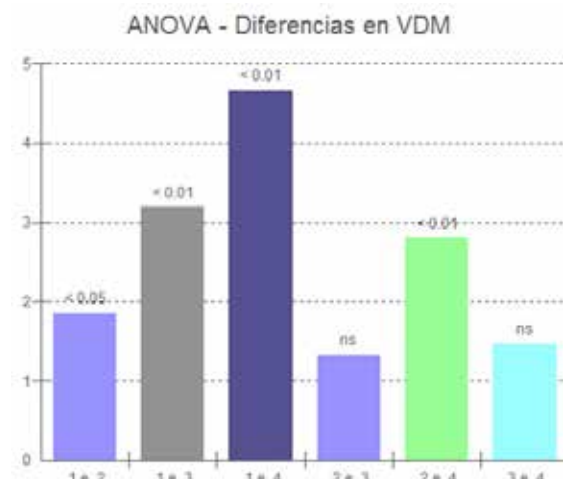
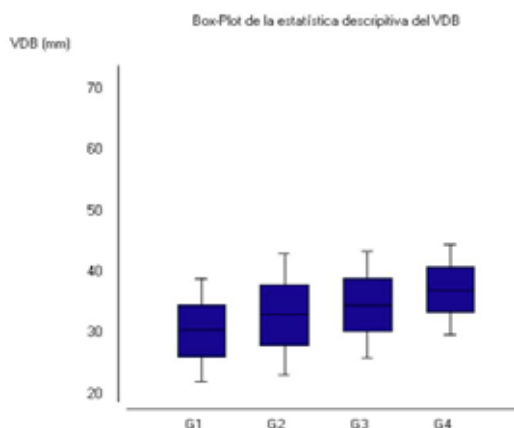
	CON LESION DA (n=16)	SIN LESION DA (n=14)	P
EDAD (Años)	59±7	58±7	0.51
SEXO MASC	12 (80%)	3 (20%)	<0.01
STRAIN GLOBAL			
GLS LAX (%)	16±3	19±3	0.04
GLS 4C (%)	17±3	19±3	0.05
GLS 2C (%)	17±2	20±3	0.05
GLS PROMEDIO (%)	17±2	20±3	0.03
STRAIN SEGMENTARIO			
GLS PROMEDIO DA (9 SEGM)	18±2	20±3	0.04
GLS PROMEDIO DA Estricto (6 SEGM)	17±2	20±3	0.02
SEGMENTOS ALTERADOS (<16% DA)			
0 SEGMENTOS	2 (12.5%)	8 (57.1%)	
1 SEGMENTO	4 (25%)	2 (14.3%)	
2 SEGMENTOS	2 (12.5%)	2 (14.3%)	
3 O MAS SEGMENTOS	8 (50%)	2 (14.3%)	
+1 SEGMENTO	14 (87.5%)	6 (43%)	
SEGMENTOS ALTERADOS (<16% DA Estricta)			
0 SEGMENTOS	2 (12.5%)	9 (64.3%)	
1 SEGMENTO	5 (31.3%)	1 (7.1%)	
2 SEGMENTOS	4 (25%)	2 (14.3%)	
3 O MAS SEGMENTOS	5 (31.3%)	2 (14.3%)	
+1 SEGMENTO	14 (87.5%)	5 (36%)	

	CON LESION CX/CD (n=13)	SIN LESION CX/CD (n=17)	P
STRAIN GLOBAL			
GLS LAX (%)	17±3	18±3	0.5
GLS 4C (%)	17±3	19±3	0.43
GLS 2C (%)	19±3	18±3	0.43
GLS PROMEDIO (%)	18±2	18±3	0.8
STRAIN SEGMENTARIO			
GLS PROMEDIO CD o CX (4 SEGM)	17±3	17±4	0.98
SEGMENTOS ALTERADOS (<16% CD o CX)			
0 SEGMENTOS	2 (15%)	9 (53%)	
1 SEGMENTO	7 (53%)	2 (12%)	
2 SEGMENTOS	3 (23%)	3 (17%)	
3 O 4 SEGMENTOS	1 (7%)	3 (17%)	
+1 SEGMENTO	11 (85%)	8 (47%)	

0447 - ¿DEBEMOS CUANTIFICAR LOS DIÁMETROS DEL VENTRÍCULO DERECHO EN RELACIÓN A LA SUPERFICIE CORPORAL?

LESCANO, Adrian Jose | ROMERO, Maria Guadalupe | GOMEZ SANTA MARIA, Hector | CONSTANTIN, Ivan | GONZALEZ, Nicolas | GONZALEZ, Miguel | GRANCELLO, Hugo | DARU, Victor / SANATORIO FINOCHIETTO

Objetivos: Determinar la relación entre los diámetros del ventrículo derecho y la superficie corporal. **Introducción:** Las guías indican que los diámetros del ventrículo izquierdo, aurícula izquierda y aorta deben ser indexados a la superficie corporal. Sin embargo, la evaluación de los diámetros del ventrículo derecho están basados en estudios poblacionales y no existen recomendaciones sobre la necesidad de ajustarlo a la superficie en cada paciente. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron aquellos pacientes (p) que asistieron al laboratorio de ecocardiografía por control rutinario. Se excluyeron los p con miocardiopatías, deterioro de la función sistólica del ventrículo derecho (VD) o izquierdo (VI), enfermedad pulmonar evidente o presión sistólica pulmonar > 45 mm Hg. Se registraron los datos de filiación, peso (kg), altura (metros) y superficie corporal (SC, m²). En base a las recomendaciones de las guías: en la vista apical de 4 cámaras se cuantificó el VD en sus diámetros basales (VDB) y mediales (VDM); en el eje corto de grandes vasos, se evaluó el tracto de salida proximal (TSVD). Se estratificó a la población en 4 grupos (G) en relación a la SC: <1.61 (G1), 1.61 - 1.8 (G2); 1.81-2 (G3) y >2 (G4). En cada grupo se cuantificaron los diámetros del VD. La información se recolectó en una base de Excel, se realizó el test de normalidad de D Agostino-Pearson y varianza de ANOVA para comparar las variables cuantitativas con el programa Bioestat 5.0. **Resultados:** Estudio prospectivo, consecutivo, observacional y descriptivo de 413 pacientes (p), edad 42 (±16.4) años, 53% hombres, peso 77 (±19.4) Kg, altura 1.69 (±0.09) m y una SC promedio de 1,89 (± 0.25) m2. Entre los hallazgos ecocardiográfico se observa sobre el VD: diámetros de VDB 34.4 (±4.8) mm, VDM 25.8 (± 4.8), TSVD 28.5 (±5.07). FSVD cualitativa preservada en 100%. El Gráfico 1 expone los resultados del test de D Agostino-Pearson con distribución normal y la prevalencia de cada G: I 14%, II 26%, III 30.4% y IV 29.6%. El diámetro del VDB demostró diferencias significativas (p <0.01) entre todos los grupos (Gráfico 2). Asimismo, se observa diferencias significativas entre todos los G con respecto al VDM y TSVD, a excepción entre G 2 y G 3. **Conclusiones:** Los diámetros del ventrículo derecho presentan diferencias significativas en relación a la superficie corporal de nuestros pacientes. Estos hallazgos son concordantes con la literatura referida sobre la necesidad de indexar las dimensiones del VD.



0449 - EVALUACION ECOCARDIOGRAFICA DEL VENTRICULO DERECHO. "NUESTRA REALIDAD"

ROMERO, Maria Guadalupe | LESCAÑO, Adrian Jose | DARU, Victor | CONSTANTIN, Ivan | GOMEZ SANTA MARIA, Hector | GONZALEZ, Nicolas | GONZALEZ, Miguel | GRANCEL, Hugo / SANATORIO FINOCHIETTO

Objetivos: Determinar las características anatómicas y funcionales del ventrículo derecho en una población sin antecedentes cardiopulmonares, a través del ecocardiograma doppler y correlacionarlo con la literatura internacional. Materiales y Métodos: Se evaluaron pacientes (p) que asistieron al laboratorio de ecocardiografía por control de rutinario. Se registraron los datos de filiación, peso, altura, superficie corporal (SC). Se excluyeron aquellos p con miocardiopatías, deterioro de la función sistólica del ventrículo derecho (VD) o izquierdo (VI), enfermedad pulmonar evidente o presión sistólica pulmonar > 45 mm Hg. Se utilizó un ecógrafo General Electric Vivid S5, con el paciente en decúbito lateral izquierdo y se cuantificó según las recomendaciones internacionales;

en 4 cámara apical: diámetro diastólico basal (VDB) y medial (VDM); función sistólica del VD (FSVD): definición cualitativa, TAPSE (excursión lateral del anillo tricúspideo) con el modo M; onda S del doppler tisular lateral (Sdt) y cambio del área fraccional (CAF) y fracción de eyección del VI por método de Simpson (Fey). En vista paraesternal, en eje corto de grandes vasos el diámetro del tracto de salida del VD proximal (TSVD) y en vista subxifoide el diámetro de la vena cava inferior (VCI). La información se recolectó en una base de Excel, se comparó con los datos normales y la dispersión con literatura internacional (Tabla 1), se analizó con test de χ^2 y t para variables cualitativas y cuantitativas respectivamente, con el programa Bioestat 5.0. Resultados: Estudio prospectivo, consecutivo, observacional y descriptivo. Se incluyeron 487 p con una edad media de 42 años, sexo masculino 53.4%, peso 77 (± 19.4) Kg, SC 1.69 (± 0.09) m². Entre los datos ecocardiográficos se observa sobre el VD: diámetros de VDB 34.4 (± 4.8) mm, VDM 25.8 (± 4.8), TSVD 28.5 (± 5.07). FSVD cualitativa preservada en 100%, TAPSE 23.4 (± 3.6) mm; Sdt 13.8 (± 2.5) cm/seg; FAC 42.3 (± 10.1). Fey del VI 62.6 (± 6.9)%. Diámetro de VCI 14 (± 4.1) mm. Los valores dispersos con respecto al rango de normalidad son: 4% VDB > 41 mm, con una SC promedio de 2.08 ($p < 0.05$); 7% TSVD > 36 mm, SC 1.91 ($p < 0.05$). Un 2% VDM > 36 mm, 0.6% TAPSE < 17 mm y Sdt > 9.5 y 2% CAF < 35. Conclusiones: En nuestra población sin antecedentes cardiopulmonares, la cuantificación de los diámetros y función sistólica del VD son concordantes con los registros internacionales. Asimismo, se observa mayor variación en los diámetros del VD basal y tracto de salida VD proximal, con diferencias significativas con la SC. Estos hallazgos destacan la importancia de la necesidad de indexar las cuantificaciones del VD a la SC de los pacientes.

		Guías ASE/EACVI
VDB (mm)	34.4 (± 4.8)	25-41
VDM (mm)	25.8 (± 4.8)	19-35
TSVD proximal (mm)	28.5 (± 5.07)	21-35
TAPSE (mm)	23.4 (± 3.6)	24 $\pm$ (3.5)
Sdt (cm/seg)	13.5 (± 2.5)	14.1 (± 2.3)

0450 - VARIABLES HEMODINAMICAS ECOCARDIOGRAFICAS DURANTE EL EJERCICIO EN NUESTRA POBLACIÓN NORMAL

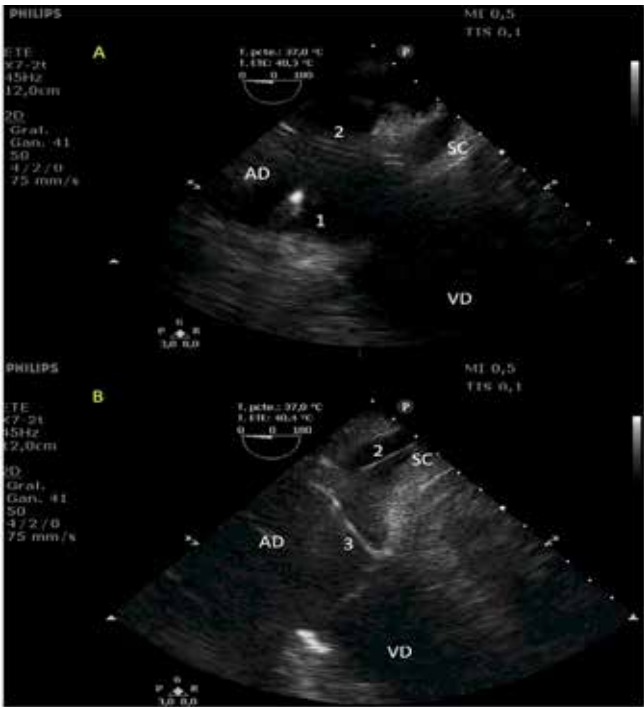
BESMALINOVICH, Ezequiel(1) | CAPRINI, Romina(1) | DOS SANTOS, Mariela(1) | CERON, Marcos(1) | MUSANTE, Christian(1) | LESCAÑO, Adrian Jose(2) / SANATORIO DE LA TRINIDAD QUILMES (1); SANATORIO FINOCHIETTO (2)

Objetivos: Introducir: Las pruebas de esfuerzos permiten establecer el diagnóstico y pronóstico en diferentes patologías cardiovasculares. El ecoestrés ejercicio además de evaluar la motilidad parietal, determina los flujos intracardiacos. En la actualidad no es recomendado la utilización de la presión pulmonar (PP) con el esfuerzo para confirmar la presencia de hipertensión pulmonar. Asimismo, reconocemos la importancia de la expresión de insuficiencia cardiaca durante el ejercicio en pacientes (p) con Función Sistólica (FS) preservada. Existe discordante información en la literatura, con respecto valores considerados fisiológicos de los parámetros sistólico/diastólico del Ventrículo Izquierdo (VI), PP y del Ventrículo Derecho (VD) con el ejercicio. Objetivos: Determinar el comportamiento de los parámetros ecocardiográficos sistólicos y diastólicos del VI y VD, y PP sistólica en condiciones basales y con el ejercicio. Materiales y Métodos: Incluyó p sin cardiopatías significativas, bajo pre-test para enfermedad coronaria, derivados al laboratorio de ecoestrés. Se determinaron las características basales de la población. Se obtuvieron las cuantificaciones basales bidimensionales y doppler según guías. La PPS fue calculada por sumatoria del gradiente del reflujo tricúspideo (ecuación de Bernoulli modificada) y la presión de aurícula derecha (diámetro de vena cava y colapso). La evaluación de la FSVD se adquirió por: valoración subjetiva, excursión lateral del anillo tricúspideo (TAPSE) y la onda S del doppler tisular (S.DT) con el software respectivo. En VI se analizó: relación E/A del doppler, DT de pared septal (S.DT/E.DT/A.DT) y relación E/e'. Las cuantificaciones de PP sistólica, variables de FSVD (subjetiva, onda S del doppler tisular lateral basal, TAPSE) y diastólica (doppler pulsado en tracto de entrada y doppler tisular de pared lateral) del VD/VI, se determinaron en condiciones basales y el último minuto del máximo esfuerzo. La motilidad parietal fue evaluada y comparada en las 4 vistas, basales y post-esfuerzo inmediato. El protocolo comenzó con 50 Watts e incrementos de 25 Watts, hasta máxima tolerancia o motivo suspensión. Se excluyeron p con elevado pre-test de enfermedad coronaria, incapacidad para realizar esfuerzo, inadecuada ventana ultrasónica, Fey < 40% del VI o valvulopatía significativa. Resultados: Estudio prospectivo, consecutivo, observacional con 700 p. Edad media 46 años (Ds 13), sexo masculino 62%, Índice de Masa Corporal (IMC) 27 (Ds 4), HTA 34%, DBT 4% Tabaquista 19%, Dislipemia 24%, atletas 9%. El ecocardiograma basal demostró FSVD preservada en 99%, FDVI normal 94% (trastorno de relajación 6%), hipertrofia ventricular izquierda 13%, Sdt 0.11 (Ds 0.07) y E/e' 6.8 (Ds 1.9). FSVD preservada 99%, TAPSE 26 mm (Ds 4), Sdt 0.13 (Ds 0.04), PPS promedio 26 mm hg (Ds 7). La carga ergométrica promedio fue de 115 Watts (50-200), FC máxima de 145 lat/min, TA sistólica 178 mm Hg y TA diastólica 91 mm Hg, con 0.2% de desarrollo de isquemia miocárdica. Durante el ejercicio se observa: PPS media de 41 mm hg (30% factibilidad), con valores > 50 mm hg en 20%; VD: TAPSE 34 mm (Ds 4.8), S.DTVD 0.22 (Ds 0.05), E/e'VD 3.6 (Ds 1.4). VI: Sdt 0.16 (Sd 0.04), E/e' 7.2 (Ds 2.3). Esto representa un incremento del esfuerzo promedio del TAPSE 30%, S.DTVD 69%, PPS 57%, S.DTVD 45% y la relación E/e'VI 5%. Conclusiones: En nuestra población sana, durante el eco-streess ejercicio se observa incremento de los valores de PPS en 57% (PPS > 50 mm Hg en 20%) y de los parámetros de FS biventriculares (onda S > 45%), con escasa variación de la relación E/e'VI (5%). Estos patrones normales de nuestro laboratorio quizás nos permitirán definir alteraciones funcionales durante el ejercicio en diferentes patologías.

0562 - UTILIDAD DEL ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO COMO GUIA PARA EL IMPLANTE DE RESINCRONIZADOR

FALCONI, Mariano Luis | POSATINI, Dr. Ricardo | BENDER, Juan | OBERTI, Dr. Pablo | PIZARRO, Dr. Rodolfo | KOTOWICZ, Dr. Vadim | BELZITI, Dr. César | CAGIDE, Dr. Arturo / HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Evaluar la utilidad del ecocardiograma transesofágico (ETE) como guía para el implante transvenoso exitoso de dispositivo de resincronización (TRC), comparado con una cohorte histórica. Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma prospectiva pacientes derivados a colocación de TRC a quienes se colocó el dispositivo guiados por ETE (ver figura: A, previo cateterización seno; B, seno cateterizado, AD = aurícula derecha, VD = ventrículo derecho, SC = seno coronario, 1 = catéter auricular, 2 = catéter seno, 3 = catéter ventricular). Los puntos finales evaluados fueron: a) porcentaje de colocación exitosa del catéter del seno coronario (SC) por vía transvenosa y b) tiempo de cirugía. Se compararon los resultados con una cohorte histórica sin guía por ETE. Las variables continuas se evaluaron por test de T y las categóricas por test exacto de Fischer. Se consideró un valor de $p < 0.05$ como significativo. Resultados: Se incluyeron 16 pacientes a quienes se colocó el catéter del SC guiado por ETE, que se compararon con 21 de una cohorte histórica. La edad media de los 37 pacientes fue 70.8 $\pm$ 11.8 años, 87% hombres, todos con cardiopatía dilatada (isquémica 43.2%, idiopática 32.4%, valvular 10.8%, otras causas 13.5%); en clase funcional II (37.8%), III (40.5%) o IV (10.8%); 86.5% con bloqueo de rama izquierda; 81% en ritmo sinusal, sin diferencias significativas en las variables precedentes entre los grupos. La tabla I muestra datos demográficos y ecográficos adicionales. En 11 pacientes no pudo colocarse el catéter del SC por vía transvenosa: 7 por imposibilidad de cateterizar el SC (6 en grupo control y 1 en grupo ETE), dos por trombosis de vena subclavia (uno en cada grupo) y dos por inadecuados umbrales (ambos en grupo control). En todos ellos se colocó vía epicárdica. Comparado con la cohorte histórica, la colocación guiada por ETE mostró una tendencia no significativa a mayor éxito en el implante transvenoso: 14/16 (87.5%) vs 12/21 (57%), $p = 0.07$. El tiempo de cirugía fue significativamente menor en el grupo ETE: 89.2 $\pm$ 30.9 minutos vs 112 $\pm$ 35.5 minutos ($p = 0.048$). Conclusiones: La colocación de TRC guiada por ETE reduce el tiempo de cirugía y muestra una tendencia a mayor tasa de implante transvenoso exitoso del catéter del SC.

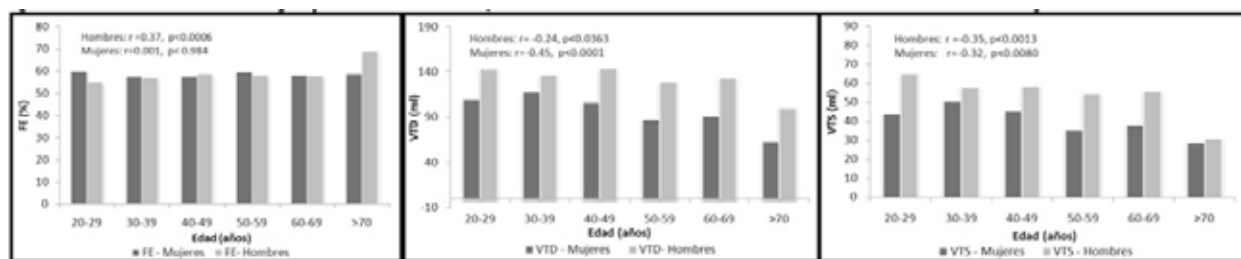


Variable	ETE (n=16)	Control (n=21)	Valor de p
Inhib. ECA/angiotensina	7 (43.8%)	20 (95.2%)	0.0007
Betabloqueantes	11 (68.8%)	19 (90.5%)	0.20
Antialdosterónicos	15 (93.8%)	17 (80.1%)	0.36
Insuficiencia renal	12 (75%)	8 (38%)	0.045
Infarto previo	4 (25%)	5 (23.8%)	1
Fracción eyección	30 $\pm$ 8.2	26.7 $\pm$ 5.9	0.17

0574 - VALORES NORMALES DE AMBOS VENTRÍCULOS EVALUADOS POR RESONANCIA MAGNÉTICA CARDIACA

PARISI, Gustavo Rafael / INSTITUTO OULTON

Objetivos: establecer en individuos sanos de nuestra región y a través de la técnica de "estado de precesión libre" (SSFP-b cine) por RMC, los valores volumétricos y funcionales biventriculares normales según edad y sexo. Materiales y Métodos: MÉTODOS Población de estudio. Estudio retrospectivo que incluyó pacientes enviados a nuestra institución durante el período enero 2009 y diciembre 2012 con motivo de realizarse una RMC para la evaluación de la función cardíaca global y particular bajo sospecha no confirmada de algún tipo de cardiopatía estructural y/o funcional. Sólo se incluyeron aquellos individuos que tenían la función cardíaca normal y sin patología cardiovascular estructural demostrada por esta u otras metodologías diagnósticas. Como resultado se excluyeron 705 individuos y 152 pacientes consecutivos fueron incluidos en el análisis final. Además, los pacientes fueron clasificados en cuatro grupos etarios (20-29, 30-49, 50-69, y ≥ 70 años) y según el sexo. Protocolo de RMC. Todos los estudios de RMC se realizaron en un escáner de 1.5-T (Achieva, Philips, Best, the Netherlands) de 66 mT/m de gradiente y con antena cardíaca de 8 canales colocada sobre el pecho de los pacientes en posición supina. Análisis estadístico. Las variables cuantitativas se expresaron como media $\pm$ desvío estándar y las variables cualitativas se expresaron como frecuencias o porcentajes. Se utilizó el test de Pearson para determinar una correlación entre los parámetros de interés. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$. Los datos fueron analizados con el programa informático Stata 13 (StataCorp LP, Texas, USA). Resultados: Resultados: se incluyeron 152 sujetos, 83 hombres y 69 mujeres, analizados según género y grupo etario. Se observó una disminución del volumen telediastólico (VTD) del ventrículo izquierdo (VI) (hombres: $r = -0.42$, $p < 0.0001$; mujeres: $r = -0.51$, $p < 0.0001$) y del ventrículo derecho (VD) (hombres: $r = -0.24$, $p = 0.0363$; mujeres: $r = -0.45$, $p < 0.0001$) con el aumento de la edad y en ambos sexos. En cuanto al volumen telesistólico (VTS) del VI y del VD, también se observó una disminución con respecto al aumento de la edad en ambos sexos (VI hombres: $r = -0.48$, $p < 0.0001$; VI mujeres: $r = -0.49$, $p < 0.0001$ y VD hombres: $r = -0.35$, $p = 0.0013$; VD mujeres: $r = -0.32$, $p = 0.008$). Además, se observó un aumento de la fracción de eyección (FE) del VI con el aumento de la edad en ambos sexos (hombres: $r = 0.36$, $p = 0.0006$ y mujeres: $r = 0.36$, $p = 0.0026$) y la FE del VD en hombres ($r = 0.37$, $p = 0.0006$), pero no se observó dicha correlación en mujeres (mujeres: $r = -0.001$, $p = 0.984$). En cuanto a la masa del VI, no se observó una variación significativa con la edad (hombres: $r = -0.13$, $p = 0.24$; mujeres: $r = -0.11$, $p = 0.37$). Conclusiones: Conclusiones: parámetros geométricos y funcionales de ambos ventrículos varían con el género, la edad y la superficie corporal. Estos rangos se suministran en el presente trabajo y son de significativa utilidad clínica para la interpretación de estudios de resonancia magnética cardiovascular en personas de nuestra región.



0156 - ALTA PREVALENCIA DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR EN ARGENTINA: RESULTADOS DEL PRIMER PROGRAMA DE DETECCIÓN. REGISTRO DA VINCI.

CORRAL, Pablo(1) | LOPEZ, Graciela(2) | WAITZ, Alejo(3) | MARIOLI, Paula(4) | VAZQUEZ VISMARA, Francisco(5) | BERG, Gabriela(2) | SCHREIER, Laura(2) / UNIVERSIDAD FASTA DE MAR DEL PLATA (1); FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (2); INSTITUTO CLÍNICA MÉDICA (3); CENTRO ESPECIALIDADES MÉDICAS AMBULATORIA (CEMA) (4); INSTITUTO CARDIOVASCULAR BALCARCE (5)

Objetivos: La hipercolesterolemia familiar (HF) es uno de los desórdenes hereditarios más frecuentes; sin embargo es una patología sub-diagnosticada y sub-tratada a nivel mundial. En Argentina, se lanzó el Primer Programa de Detección de HF en Abril del 2015, en un municipio de la Provincia de Buenos Aires (General Pueyrredón). El objetivo de la presentación es comunicar los resultados preliminares de nuestra experiencia en la detección de casos de HF y la realización del cálculo de prevalencia en esta región. Materiales y Métodos: Se analizaron 51.253 muestras de perfil lipídico de pacientes atendidos en el sistema de Salud Municipal de General Pueyrredón, durante el período comprendido entre 2012-2015. Se seleccionaron los individuos con niveles de Colesterol Total mayor a 300 mg/dL y/o LDL Colesterol mayor a 190 mg/dL. Resultados: 1965 pacientes cumplieron los criterios de inclusión establecidos. 226 pacientes fueron contactados y evaluados (159 mujeres, 67 hombres, entre 21-82 años). Se aplicaron los Criterios de las Clínicas Holandesas para el diagnóstico de HF (DUTCH). 98 de los 226 pacientes estaban recibiendo al momento de la evaluación tratamiento hipolipemiente, por lo que se corrigió el puntaje de DUTCH en base a la medicación recibida. 31 pacientes obtuvieron 8 o más puntos de los Criterios DUTCH, recibiendo el diagnóstico definitivo de HF. Conclusiones: Se destaca como conclusión la alta prevalencia encontrada (1/186) para el diagnóstico definitivo de HF, frecuencia más elevada a la esperada y de la reportada a nivel mundial (1/300-1/500). Futuros estudios genéticos previstos a los pacientes detectados aportarán más precisión sobre la prevalencia y permitirán establecer las bases para un Programa de Detección Continua de esta patología a nivel Nacional.

0162 - RESPUESTA ERGOMÉTRICA DE FRECUENCIA CARDÍACA MÁXIMA COMPARADA CON LA FRECUENCIA CARDÍACA TEÓRICA POR FÓRMULA DE 220 MENOS EDAD EN MUJERES ENTRENADAS EN RUNNING, A IGUAL VELOCIDAD MÁXIMA Y DIFERENTE PERCENTIL DEL CONSUMO MÁXIMO DE OXÍGENO.

MOTTA, Domingo Agrupino | NICOLAO, Patricia | AGUILLO, Florencia | ALVAREZ, María | RODRIGUEZ, Noelia | LOWENSTEIN, Roberto | RUBILAR, Alejandra | RODRIGUEZ BRUNO, Silvia / FUNDACIÓN FAVALORO

Objetivos: evaluar la respuesta de la frecuencia cardíaca máxima alcanzada comparada con la frecuencia cardíaca teórica de la fórmula 220 menos edad de uso en el entrenamiento habitual, en mujeres entrenadas en running a igual velocidad máxima de desplazamiento y diferente nivel del percentil 90 del consumo máximo de oxígeno alcanzado (P90VO2MX) en prueba ergométrica

máxima con consumo de oxígeno. Materiales y Métodos: se evaluaron 243 mujeres entrenadas en running, en forma consecutiva, durante un examen de aptitud física y rendimiento deportivo para maratón. Se registró a su ingreso edad e índice de masa corporal (IMC=peso/talla²). Se efectuó ergometría máxima en cinta ergométrica, con protocolo de Heck modificado y registro electrocardiográfico continuo de 12 derivaciones con medición directa del consumo máximo de oxígeno (VO2MX). Motivo de exclusión: insuficiencia cardíaca, miocardiopatías, arritmias, valvulopatías, cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, hipertensión arterial y asma bronquial. Se dividió la población en estudio en dos grupos, de acuerdo al P90VO2MX alcanzado según tablas de ACSM (American College Sport Medicine): grupo A: igual o mayor P90VO2MX, y grupo B: menor P90VO2MX, y de acuerdo al mismo las variables comparativas de grupo de VO2MX, velocidad máxima (VMX), frecuencia cardíaca de umbral anaeróbico (FCUA) y de VO2MX (FCMX), y el delta del intervalo de reserva de la frecuencia cardíaca (IRFC UA-VO2MX) desde el umbral anaeróbico (UA) hasta la máxima (FCMX). Asimismo se efectuó las comparativas entre las FCMX alcanzadas en ambos grupos con las correspondientes a la frecuencia cardíaca máxima teóricas de la fórmula 220 menos edad (FC 220-E). Para el análisis de resultados se efectuó prueba t de Student con una significancia de $p < 0.05$.

Conclusiones: si bien el grupo A de menor edad e IMC alcanza igual o mayor P90VO2MX en la adaptación de aptitud cardiorrespiratoria con menor IRFC UA-VO2MX a igual VMX que el grupo B, la diferente respuesta de FCMX registrada en la ergometría máxima en ambos grupos, no se correlacionó asimismo con la fórmula teórica de FC 220-E para la planificación de entrenamiento adaptado a las respuestas fisiológicas de género.

Grupos	A	B	p/
FCMX	178 $\pm$ 10	174 $\pm$ 11	<0.05
FC 220-E	185 $\pm$ 9	180 $\pm$ 11	<0.05
p/	<0.05	<0.05	

0213 - ESTIMACION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABÉTICOS EN PREVENCIÓN PRIMARIA UTILIZANDO VARIOS PUNTAJES DE RIESGO E IMPLICANCIA EN EL TRATAMIENTO CON ESTATINAS.

LOBO, Lorenzo Martín | MASSON, Walter | MOLINERO, Graciela | DE FRANCESCO, Salvador | SINIAWSKY, Daniel | HUERIN, Melina | MASSON, Gerardo | MACIEZYNSKI, Lorena Elisa / CONSEJO DE EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR SAC

Objetivos: 1-Estimar el riesgo cardiovascular en los pacientes diabéticos en prevención primaria utilizando cuatro funciones de riesgo. 2-Estimar la correlación entre las distintas funciones utilizadas. 3-Analizar la indicación de estatinas en estos pacientes según las guías ACC/AHA 2013. Materiales y Métodos: Estudio observacional de cohorte transversal, multicéntrico donde fueron evaluados pacientes que concurrían a consultorio de prevención cardiovascular de cinco centros de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de la Provincia de Buenos Aires en forma consecutiva. Se incluyeron pacientes con diabetes sin antecedentes cardiovasculares previos, sin insuficiencia renal severa (clearance de creatinina < 30 ml/min), y sin tratamiento hipolipemiente. Se calcularon los puntajes de riesgo de Framingham a 10 años para enfermedad cardiovascular (SFCV), Framingham a 10 años para enfermedad coronaria (SFEC), el nuevo puntaje de riesgo del ACC/AHA 2013 (NP), y el puntaje UKPDS para enfermedad coronaria total y fatal (UKPDSec, UKPDSfat), y ACV total y fatal (UKPDSs, UKPDSsf). Las variables continuas fueron expresadas como media $\pm$ DS y la comparación entre grupos se realizó con el test de t si la distribución era normal o con Mann Whitney Wilcoxon si no lo era. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes y el análisis entre grupos se efectuó con el test de Chi². La correlación entre las funciones de riesgo se realizó con el

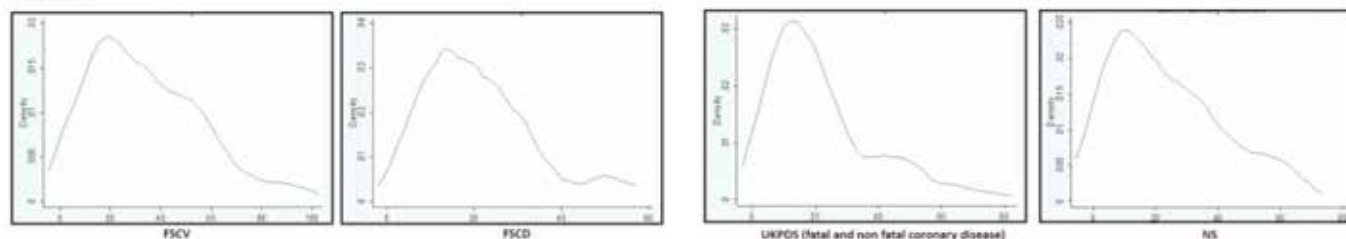
TABLA I. CARACTERÍSTICAS POR SEXOS.

Variables Continuas, Media (DS)	Sexo			GLOBAL
	Hombres	Mujeres	P	
EDAD (Años)	61.03(11.25)	61.54(10.13)	0.76	61.4(11)
CT (mg/dl)	202.72(40.15)	197.8(29.63)	0.36	201(36)
LDL (mg/dl)	126.25(37.46)	113.89(27.43)	0.01	121(34)
TG (mg/dl)	184.25(115.68)	155.40(73.31)	0.07	173(101)
HDL (mg/dl)	41.83(10.42)	51.27(15.16)	<0.001	46(13)
BMI (Kg/m ²)	29.87(5.24)	31.66(6.09)	0.04	30.6(5)
HbA1c (%)	7.13(1.19)	6.94(1.36)	0.33	7.05(1.27)
Duration DBT (años)	7.87(7.03)	6.18(5.76)	0.1	7.2(6.5)
Variables Categoricalas %				
	n=100	n=70	P	
TBQ	25.00%	10.00%	0.001	18.80%
AHF	23.00%	10.00%	0.03	17.60%
PLACA	60.00%	37.10%	0.003	50.60%
FA	6.10%	0.00%	0.08	3.60%
INSULINA	18.20%	10.10%	0.15	14.90%

RESUMENES DE TEMAS LIBRES

test de Pearson's. Se considero como significativo un valor de $p < 0.01$. Resultados: Se incluyeron 170 pacientes, edad media 61.4 ± 11 años, 58.8% hombres. La media de HbA1c fue 7.0%, el 15% recibía tratamiento insulínico, la evolución promedio de la diabetes era 7.2 ± 6.5 años. El 64% era hipertenso, 18.9% tabaquista y el 3.6% tenía antecedentes de fibrilación auricular. Ver características basales Tabla 1. Los promedios de SFCV, SFCF y NP fueron $33.6 \pm 21\%$, $20.6 \pm 12\%$ y $24.8 \pm 18\%$ respectivamente. Los puntajes de riesgo medios de UKPDS, UKPDSf, UKPDSs y UKPDSsf fueron $22.1 \pm 16\%$, $15.1 \pm 14\%$, $14.3 \pm 19\%$ y $2.1 \pm 3\%$, respectivamente. Puede observarse la densidad de distribución de las funciones en la Fig. 1. Hubo una buena correlación entre la mayoría de las funciones comparadas con valores de "r" entre 0.46 a 0.98. El NP categorizó al 80.4% de la población de alto riesgo, siendo mas evidente en hombres (88.9% vs 68.1% , $p=0.001$). Según las indicaciones de las Guías ACC/AHA 2013, el 80% tenía indicación de estatinas a altas dosis. Conclusiones: Las funciones utilizadas categorizaron la mayor parte de la población como de alto riesgo, aunque dicha estratificación fue heterogénea. La correlación entre las distintas funciones fue buena. Conocer el riesgo cardiovascular aún en esta particular población podría tener implicancias en la intensidad de las medidas terapéuticas a implementar.

Figura 1.



0287 - INMUNIZACIÓN ANTIGRIPIAL Y ANTINEUMOCÓCCICA EN ADULTOS CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: RESULTADOS DE UN REGISTRO MULTICÉNTRICO.

VILLARREAL, Ricardo(1) | JARAMILLO PERALTA, Yelson Rafael(1) | NIEVAS ROMANO, Virginia Sofia(2) | DIAZ, Pablo Dario(3) | ZAIDEL, Ezequiel José(1) | COLFO, Eva Gema(2) | SOSA LIPRANDI, María Inés(1) | SOSA LIPRANDI, Alvaro(1) | SANATORIO GÜEMES (1); CENTRO DEL CORAZÓN CENCOR SAN JUAN (2); INSTITUTO CARDIOVASCULAR GRAL PICO (3)

Objetivos: Existe una asociación demostrada entre las enfermedades cardiovasculares y las infecciones respiratorias. Sin embargo, datos recientes provenientes de la 3er encuesta nacional de factores de riesgo informan una tasa baja de inmunización en nuestro país. Nuestro grupo presentó previamente un estudio que comprobó que las principales barreras para la inmunización son la barrera del médico y la convicción de los pacientes. El objetivo de este estudio fue describir la tasa de inmunización antigripal y antineumocócica en diferentes regiones del país, una vez superada la barrera médica. Materiales y Métodos: Registro prospectivo, en tres centros de características diferentes: Un centro de alta complejidad de la Ciudad de Buenos Aires (indicación a pacientes al egreso de unidad coronaria y en consultorios), un centro de mediana complejidad en la provincia de La Pampa, y un centro de pacientes ambulatorios de la provincia de San Juan. Se indicó sistemáticamente durante 30 días consecutivos (en temporada endémica) la inmunización. La provisión de vacunas fue libre y de acuerdo al sistema de cobertura de cada paciente. Se incluyeron mayores de 18 años. Los datos fueron relevados por un investigador de cada centro, quien realizó contactos telefónicos a los 30 a 60 días para evaluar la inmunización efectiva y eventuales efectos adversos, y luego fueron remitidos en forma ciega a una base de datos central para su análisis. Las estadísticas utilizadas fueron la convencional, descriptiva y comparativa. Se utilizó el programa Epi Info 2000* y se consideró significativo un valor de $p < 0.05$. Resultados: Se incluyeron un total de 115 pacientes, siendo 53% de sexo femenino, con una mediana de edad de 68 años (60-73). La mayoría de los individuos tenían cobertura de obra social (76%, y en menor medida PAMI 11%, prepagas 7% y sin cobertura 4%). Los motivos de consultas cardíacas fueron heterogéneos y variables de acuerdo a las características de los centros (desde internaciones por eventos coronarios agudos hasta aptos cardiovasculares y chequeos). Por su parte, los principales motivos de inmunización descriptos por los cardiólogos fueron: Edad > 65 años 62%, enfermedad coronaria 21%, diabetes 18%, insuficiencia cardíaca 14%, arritmias crónicas 12%, EPOC 10%, cirugía cardíaca 6% (la mayoría de los pacientes presentaban más de una indicación en simultáneo). La tasa de inmunización previa con antigripal era de 67% y de 27% para la antineumocócica. En el seguimiento telefónico, se pudo constatar un incremento en la inmunización antigripal efectiva a 73.9% (OR: 2.34; IC 95% 1.29 - 4.24, $P=0.002$), siendo el principal motivo para la no inmunización la decisión personal de los pacientes. En forma similar, para la vacuna antineumocócica la tasa de inmunización efectiva se incrementó hasta 66.9% (OR: 5.49; IC 95% 3.00-10.03, $P < 0.001$). Los principales motivos de no inmunización fueron la decisión de los pacientes y la falta de provisión por parte de su obra social. La vacuna antineumocócica utilizada fue la 13 valente conjugada en 77% de los individuos. Se registraron en 8 individuos cuadros seudogripales atribuidos a la vacunación antigripal, sin hallar otros efectos adversos. Conclusiones: Luego de superar la barrera de la convicción del médico, se logró una tasa de inmunización elevada en pacientes con enfermedad cardiovascular crónica. La decisión de los pacientes fue la principal causa de no inmunización, tanto para la vacuna antigripal como para la antineumocócica.

0360 - REGRESIÓN LOGÍSTICA O PUNTAJE DE PROPENSIÓN. ¿CAMINOS DIFERENTES A UN MISMO RESULTADO?

LOBO, Lorenzo Martín(1) | MASSON, Walter(1) | GIORGI, Mariana Anibal(1) | MOLINERO, Graciela(1) | MASSON, Gerardo(1) | MANENTE, Diego(1) | CALDERON, Gustavo(1) | ZYLBERSZTEJN, Horacio(2) | CONSEJO DE EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR SAC (1); ÁREA DE INVESTIGACIÓN SAC (2)

Objetivos: Comparar dos herramientas metodológicas utilizadas para ajustar factores de confusión en un estudio observacional. Materiales y Métodos: Se compararon 2 estudios observacionales de corte transversal (Estudio1 año 2004; Estudio2 año 2013) con idéntica metodología. Se evaluó la prevalencia de 3 eventos de interés (EVENTO A, EVENTO B y EVENTO C). La información se analizó con el programa spss. Las variables continuas se evaluaron con la prueba de la T de Student (dos muestras) y con ANOVA (tres o más muestras) siempre que tuvieran distribución normal o con la prueba de Mann-Whitney o de Kruskal-Wallis cuando no la tuvieran. Las variables cualitativas se evaluaron mediante Chi cuadrado. Para los datos pareados se utilizaron el test de T para datos pareados o el test de McNemar (variables continuas y categóricas respectivamente). Para establecer si la asociación entre el tipo de estudio (Estudio1 y Estudio2) y la probabilidad de alguno de los eventos (A, B o C) era producto de confundidores, se compararon 2 estrategias de ajuste: 1) Se desarrolló un modelo de regresión logística multivariado, en donde se analizó la asociación de los distintos eventos y el tipo de estudio, ajustando por aquellas variables que en el análisis univariado fueron significativamente distintas. 2) Dados la naturaleza no aleatorizada de los participantes de ambos estudios y los múltiples factores que pueden influir en haber o no participado en estos, realizamos un análisis mediante puntaje de propensión (PP). Este nos permitió conocer la probabilidad de cada individuo de participar en uno u otro estudio basado en sus características basales. Para calcular la probabilidad de ser incluido en alguno de los Estudios, se construyó un modelo en el que el ESTUDIO era la variable dependiente (0 = ESTUDIO1, 1 = ESTUDIO2) y como variables independientes, se incluyeron dos variables continuas (VC1 y VC2) y doce categóricas (VCAT1-12). Para evaluar la bondad de ajuste del PP, se comparó la distribución de las covariables confundidoras en los cuantiles del puntaje.

TABLA 1.

Poblacion General N = 9542				Poblacion Macheada (PSM) N 5996			
VARIABLES	TAMARA I	TAMARA II	P	TAMARA I	TAMARA II	P1	P2 (McNemar y test de T pareado)
VCAT ₁	40%	41.20%	0.25	41%	41.00%	0.71	0.54
VCAT ₂	63%	56.80%	<0.001	59%	57.00%	0.16	0.75
VCAT ₃	25.20%	21.30%	<0.001	22.00%	21.40%	0.56	0.49
VCAT ₄	15.70%	23.30%	<0.001	22.70%	23.90%	0.87	0.80
VCAT ₅	54.60%	55.70%	0.3	55.80%	56.60%	0.86	0.87
VCAT ₆	43.10%	30.80%	<0.001	31.40%	31.10%	0.79	0.58
VCAT ₇	5.30%	4.80%	0.31	5.20%	4.80%	0.48	0.58
VCAT ₈	14.80%	15%	0.36	15.10%	15%	0.74	3 categorias
VACT ₉	19.30%	20.90%	<0.001	19.40%	20.90%	0.35	3 categorias
VCAT ₁₀	2.20%	2.50%	0.6	2.50%	2.30%	0.91	3 categorias
VCAT ₁₁	43.10%	43.30%	0.9	42.70%	43.40%	0.60	0.80
VCAT ₁₂	49.50%	50.40%	<0.001	48.70%	50.40%	0.36	3 categorias
VC ₁	25.28(4.06)	25.52(4.19)	0.01	25.29%(4.13)	25.50(4.19)	0.61	0.60
VC ₂	41.54(10.91)	41.36(11.83)	0.47	41.57%(10.71)	41.32%(11.84)	0.40	0.41

Las variables continuas estan expresadas en media +/- DS, las variables categoricas hacen referencia a la afirmacion de la misma (valor 1) . P1= chi2 en categoricas, Test de T para muestras independientes en continuas. P2 McNemar en categoricas, T pareado en continuas, Mas de 2 categorias no evaluables por McNemar

Resultados: Se analizaron 9542 encuestas (ESTUDIO1: 6497; ESTUDIO2: 3045). Las diferencias entre las variables basales y el tipo de estudio, tanto en la población global como en la subpoblación apareada por PP pueden observarse en la Tabla 1. Según el análisis por regresión logística, los sujetos del ESTUDIO2 mostraron una menor probabilidad de tener el EVENTO A (OR 0,60; IC95% 0,53-0,67, P<0,001) y una mayor chance de presentar el EVENTO B y C (OR 1,26; IC95% 1,13-1,42, P<0,001 y OR 2,75; IC95% 2,49-3,04, P<0,001). Luego de calcular el PP y generar una subpoblación macheada (n=5996), las asociaciones entre pertenecer al ESTUDIO 2 y los diferentes eventos evaluados fueron significativas y similares a las obtenidos por el análisis de regresión logística convencional (EVENTO A: OR 0,61, IC95% 0,54-0,69, P<0,001; EVENTO B: OR 1,20, IC95% 1,06-1,36, P=0,002; EVENTO C: OR 2,78, IC95% 2,47-3,05, P<0,001). Conclusiones: Los factores de confusión constituyen un problema en los estudios de investigación. En este análisis conjunto de dos estudios observacionales, ambas herramientas metodológicas de ajuste pudieron ser aplicadas, mostrando similares resultados estadísticos con idéntica interpretación clínica.

0564- UTILIDAD DEL LISTADO DE TROPONINAS DEL LABORATORIO COMO HERRAMIENTA PARA MINIMIZAR EL SUBREGISTRO DE INFARTO EN ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE PACIENTES INTERNADOS

TREVISAN, Mariano(1) | BOCIAN, Jorge Luis(1) | MANSILLA, Ayelen(2) | ZGAIB, María Elisa(2) | SAAVEDRA, María Emilia(3) | PAROLA, Marisa(2) | CAMINOS FUNDARO, Mario(4) | CALANDRELLI, Matías E.(1) / SANATORIO SAN CARLOS. BARILOCHE. (1); SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA (2); HOSPITAL RAMON CARRILLO (3); HOSPITAL PRIVADO REGIONAL, BARILOCHE (4)

Objetivos: Los registros epidemiológicos de pacientes (p) internados con IAM suelen tener una tasa significativa de subregistro difícil de reducir, que afecta la interpretación de los resultados obtenidos. El listado de troponinas (Tn) positivas obtenido en el laboratorio de la institución en forma periódica puede ser de utilidad para reducir el subregistro. Objetivos: 1) Comparar el número (N) de p internados con diagnóstico de IAM ingresados al estudio REGIBAR a través del formulario digital durante la internación (método convencional), con el N de p que fueron ingresados al estudio a partir del listado de Tn provisto por el laboratorio de cada centro participante (método complementario). 2) Determinar el porcentaje de subregistro de pacientes por el método convencional. 3) Determinar si existen diferencias entre ambas subpoblaciones en relación con el día de la semana y la época del año de los ingresos. Materiales y Métodos: El estudio REGIBAR es un registro prospectivo de 365 días de todos los p de primer IAM, fatales y no fatales en la ciudad de Bariloche. Se incluyeron pacientes >18 años, con primer IAM espontáneo (tipo 1 de la Clasificación Universal de Infarto AHA/ACC/ESC 2012). Fuentes de casos: Todos los centros de internación de la ciudad. Se obtuvieron todas las Tn elevadas en los 4 centros de internación de la ciudad durante el año que duró el Registro, recolectadas cada 2 semanas. En un centro se utilizó medición cualitativa (n: 16 p) y en los otros 3 cuantitativas (n: 93 p); en 2 centros se midió Tn I y en los otros 2 Tn T. Se definió IAM según la Clasificación Universal de Infarto AHA/ACC/ESC 2012. Un comité de eventos determinó el diagnóstico en los casos dudosos. En relación con el día de la semana y la época del año de los ingresos se definió como fin de semana a los días sábado, domingo y feriado, y vacaciones al mes de enero. Resultados: Se registraron 109 casos de IAM internados. Hubo 93 p (85%) que ingresaron a través del método convencional, y 16 p (15%) que fueron detectados a través de las Tn (método complementario). El grado de subregistro por el método convencional fue de alrededor de 1 cada 6 pacientes internados con IAM. En relación con el día de la semana y el momento del año de ingreso de los p, se observó que el grupo de pacientes que ingresó por el método convencional tuvo una proporción relativamente menor de ingresos en fin de semana y vacaciones (35%) que el grupo que ingresó al registro por el método complementario (50%) aunque sin alcanzar significación estadística, lo que sugiere que el subregistro de p con el método convencional sería mayor en esos días. Conclusiones: Se observó que en un registro consecutivo de p con IAM ingresados durante un año, se pierde una proporción significativa de p (1 cada 6) si se utiliza el método convencional de inclusión. El agregado del listado de Tn del laboratorio de cada centro participante permite detectar un 17% más de p que de otro modo se perderían de ser registrados. A su vez, el subregistro con el método convencional tiende a ser mayor en fines de semana y vacaciones. Una explicación posible de esta concentración de casos no registrados podría ser el menor nivel de alerta durante esos días. El método complementario de detección de p con IAM a través del listado de Tn del laboratorio resultó una herramienta útil, novedosa y de bajo costo para minimizar el subregistro en este tipo de estudios.

0113 - RESERVA DE PRESIÓN DE PULSO. UN ANTIGUO PARÁMETRO COMO NUEVO PREDICTOR DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.

SODOR, Enrique Ricardo | SAN MIGUEL, Lucas | MEDUS, Jorgelina | BARCELLOS, Rosa | BLANCO, Juan | COLLAUD, Carlos | REDRUELLO, Marcela | MASOLI, Osvaldo / TCBA SALGUERO

Objetivos: Evidencia reciente demuestra que en pacientes con perfusión miocárdica Gated SPECT normal, la disminución de la Reserva de Presión de Pulso (RPP) se asocia a mayor mortalidad por todas las causas. Sin embargo, no existen publicaciones que analicen el rol de la RPP como predictor de cardiopatía isquémica. El objetivo del trabajo es evaluar el valor de la RPP como predictor de isquemia en el SPECT. Materiales y Métodos: Estudio prospectivo que incluyó pacientes admitidos en forma consecutiva durante los meses de marzo a mayo del 2016 con SPECT en reposo y esfuerzo. Se excluyeron pacientes con valvulopatías severas o que requirieron apremio farmacológico. La prueba ergométrica graduada (PEG) del SPECT se realizó en banda deslizante bajo el protocolo de Bruce, midiéndose manualmente la presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) durante el reposo, máximo esfuerzo y recuperación. La RPP (diferencia aritmética entre la PAS y PAD en el máximo esfuerzo y el reposo), se definió como normal cuando el valor obtenido fue mayor a 25 mm Hg. Se consideró isquemia en el SPECT al SCORE diferencial (diferencia entre el SCORE de esfuerzo y de reposo) mayor a 2. Resultados: Se analizaron 332 pacientes. Edad 61 años +/- 10. El 70% eran hombres (n= 233) y el 83% asintomáticos. Hipertensos 55% (n= 182) y diabéticos 20% (n= 65).

Los que presentaron isquemia (16%) eran en su mayoría hombres (88%), y respecto de los pacientes sin evidencia de isquemia tuvieron similar FC basal (74 vs 76 lpm), PAS en el máximo esfuerzo (160 vs 158 mm Hg), tratamiento con vasodilatadores (48 vs 42%); menor hipertensión arterial reactiva (33 vs 67 p< 0,02) y mayor tratamiento con betabloqueantes (60% vs 38%, p<0,002). En relación a los parámetros de la PEG: el infradesnivel del ST identificó al 38% de los pacientes con isquemia y el RPP anormal al 17%, de los cuales solo el 11% presentó infradesnivel del ST. En el análisis multivariado el sexo masculino, el infradesnivel del ST y un valor de RPP<25 mmHg se asociaron con isquemia en el SPECT en forma estadísticamente significativa (ver tabla). Conclusiones: En pacientes con sospecha de enfermedad coronaria, la RPP es predictor independiente de isquemia en los estudios de perfusión miocárdica Gated SPECT. La facilidad para su medición la convierte en una herramienta práctica y atractiva para los casos en los cuales los parámetros convencionales de la PEG no nos permiten identificar a los pacientes en riesgo.

Variable	Odds Ratio ajustado	IC 95%	Valor de p
Género masculino	3,7	1,5 – 9,2	0,005
IAM previo	2	0,9- 4,5	0,08
Infradesnivel del ST (≥1 mm) en PEG	3,7	1,9- 7,4	0,0001
RPP < 25 mmHg	2,8	1,1-7	0,02
Arritmia Ventricular en PEG	1,13	0,3-3,7	0,83

0266- UTILIDAD DEL SCORE DE CALCIO EN PACIENTES ASINTOMÁTICOS CON PRUEBAS FUNCIONALES DISCORDANTES PARA DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CORONARIA SIGNIFICATIVA

FERNÁNDEZ, Rocío Maricel | SAN MIGUEL, Lucas | MEDUS, Jorgelina | SODOR, Enrique | BLANCO, Juan Manuel | COLLAUD, Carlos | REDRUELLO, Marcela | MASOLI, Osvaldo / TCBA SALGUERO

Objetivos: evaluar el valor predictivo negativo del score de calcio en una cohorte de pacientes asintomáticos con pruebas funcionales discordantes. Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma consecutiva pacientes que se realizaron AngioTc coronaria y Score de calcio en nuestro centro durante el año 2015 para descartar enfermedad coronaria por pruebas funcionales discordantes. Se definió prueba funcional discordante a: 1) Prueba ergométrica positiva y test evocador de isquemia con imagen (ecocardiograma estrés/perfusión miocárdica SPECT) normal. 2) Prueba ergométrica normal y test evocador de isquemia con imagen (estrés/perfusión miocárdica SPECT) positivo (sospecha de falso positivo de la prueba con imagen). 3) Discordancia entre ecocardiograma estrés y perfusión miocárdica SPECT (uno de ellos anormal y el otro normal). Se definió enfermedad coronaria significativa a la obstrucción de al menos un vaso mayor o igual a 70%. Criterios de exclusión: ATC, CRM, IAM previo o isquemia de alto riesgo. Resultados: Se incluyeron 52 pacientes (ver tabla 1). 8 pacientes (15%) presentaron enfermedad coronaria significativa de al menos 1 vaso. En el subgrupo de pacientes con score de calcio igual a 0 (n= 22) no hubo pacientes con enfermedad coronaria significativa. Conclusiones: en la población estudiada, un score de calcio de 0 UA tuvo un valor predictivo negativo de 100% para enfermedad coronaria significativa. De confirmarse este resultado en estudios de mayores dimensiones, contaríamos con una herramienta útil y accesible para evaluar discordancia entre pruebas funcionales.

TCBA SALGUERO

Características basales	n=52
Edad (años) media +/- DS	56 +/- 13
Hombres (%)	36 (69%)
TBQ/EX TBQ (%)	11 (21%)
HTA (%)	14 (26%)
DBT (%)	16 (30%)
DLP (%)	16 (30%)

0510 - PERIODO DE GARANTÍA DE UN ESTUDIO DE PERCUSIÓN MIOCARDICA EN MAYORES DE 70 AÑOS

MOLTENI, Susana | CARAMES, Silvia Noemi / CLÍNICA MONTE GRANDE

Objetivos: Un estudio de perfusión miocárdica (EPM) normal se asocia con buen pronóstico durante un periodo de tiempo variable conocido como "periodo de garantía". Si bien numerosos trabajos demuestran el alto valor predictivo negativo, pocos de ellos incluyeron pacientes añosos. OBJETIVOS 1. Determinar las características poblacionales de los EPM normales solicitados a pacientes > 70 años. 2. Evaluar el pronóstico de los EPM normales en > 70 años. 3. Establecer el periodo de garantía de los EPM normales, en > 70 años. Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente EPM normales (SSS=0, SDS=0) en pacientes > 70 años, desde el 1/2012 al 5/2015, realizados en una Clínica Privada del Conurbano Sur. Se valoró sexo, edad, HTA, DLP, TBQ, DBT, Obesidad, Sedentarismo, antecedentes de IAM o Revascularización, tipo de estudio, tipo de estrés, Mets alcanzados y Fey. El seguimiento personal o telefónico fue de 2,5 años, en busca de eventos cardiovasculares (ECV) tales como Muerte, IAM y necesidad de revascularización. Resultados: De 2.366 estudios realizados en un periodo de 40 meses, 556 (23.5%) se realizaron a pacientes >70 años, de los cuales 274 (49,28%) fueron normales (SSS=0, SDS=0); mientras en < 70 años alcanzaron el 60,11% (1.088). De los 274 pacientes se perdieron en el seguimiento 14 (4%). Los 260 pacientes > 70 años con EPM normales, con edad promedio de 76 años (70 a 93 años) y sexo femenino en el 64% (167), eran HTA 84% (219), DLP 52% (135), TBQ 23% (61), DBT 15% (38), obesidad 28% (72), sedentarios 63% (165), antecedentes IAM 6% (16), PTCA 16% (41) y CRM 2.7% (7). Un 6.5% (17) de los pacientes presentaron ECV en el seguimiento. Un paciente MCV, 8 MNCV (5 por ACV), 2 IAM, 6 PTCA. El Tiempo de garantía fue de 27,65 meses. Hubo una mortalidad al año del 2,3% (6/260) y a los 2 años 2,8% (7/243) La HTA (88-84%), el tbq (41-22%), el sedentarismo (65-63%), la obesidad (41-27%), la necesidad de revascularización (41-20%) los sintomáticos (70-67%) predominaron en los pacientes con eventos. Se realizaron mayor proporción de estudios farmacológicos en ellos (29-16%); mientras que si realizaron pruebas de esfuerzo alcanzaron menos mets (5.9-6.3). Conclusiones: Este trabajo muestra que los EPM en los > 70 años tienen un elevado VPN con una baja tasa de ECV al menos dentro de los dos primeros años, en concordancia con los datos bibliográficos en < 70 años. El periodo de garantía fue de 27.65 meses

0516 - UTILIDAD DE LA RESONANCIA MAGNETICA CARDIACA PARA EL DIAGNÓSTICO Y CARACTERIZACIÓN DE LAS MIOCARDIOPATÍAS.

BRODSKY, Laura Deborah | SODOR, Enrique Ricardo | MEDUS, Jorgelina | FERNÁNDEZ, Rocio Maricel | COLLAUD, Carlos |

BLANCO, Juan | REDRUELLO, Marcela | MASOLI, Osvaldo | TCBA SALGUERO

Objetivos: El diagnóstico etiológico de las miocardiopatías puede modificar la conducta clínica. El objetivo de nuestro análisis fue evaluar la utilidad diagnóstica de la Resonancia Magnética Cardíaca (RMC) en pacientes ambulatorios con sospecha de miocardiopatía (MCP) no concluyente por otros métodos. Materiales y Métodos: Se evaluaron 103 pacientes derivados en forma consecutiva para el diagnóstico de MCP desde el mes de septiembre de 2015 a marzo de 2016. En todos se realizaron estudios anatómicos, de cine y de realce tardío de gadolinio. Se correlacionó el motivo del pedido de la resonancia con el diagnóstico final. Resultados: Se analizaron 103 pacientes. Edad 51 años $\pm$ 15. El 67% eran hombres (n=69). Hipertensos 43 % (n=44), dislipémicos 28% (n=29), diabéticos 8% (n=8), tabaquistas 10% (n=10), ex tabaquistas 23% (n=24) y con IAM previo un 7% (n=7). El motivo de derivación en base a la sospecha diagnóstica fue: displasia arritmogénica del VD (DAVD) 10.6% (n=11), hemocromatosis (HC) 13.5% (n=14), Miocardiopatía infiltrativa (MI) 2 % (n=2), miocardiopatía hipertrófica (MCPH) 18.4% (n=19), miocardio no compacto (MCNC) 3% (n=3), miocardiopatía dilatada (MCPD) 24% (n= 25), miocarditis 6% (n=6), viabilidad/miocardiopatía isquémico-necrótica 10% (n=10) y por arritmia ventricular 12.6% (n=13). En 51 pacientes la RMC confirmó la sospecha clínica; mientras que en 37 no se evidenciaron hallazgos patológicos. En los 15 restantes, la sospecha clínica de MCP fue descartada y la RMC brindó un diagnóstico alternativo. En ninguno de los pacientes derivados por sospecha de DAVD y MI se confirmó la patología. Ver tabla. Conclusiones: La RMC resultó útil para diagnosticar, caracterizar y descartar patología en los pacientes derivados con sospecha clínica de miocardiopatía. En nuestra población, la mejor correlación se obtuvo con las miocardiopatías dilatadas, isquémico-necróticas e hipertróficas. En los pacientes con sospecha clínica de DAVD y miocardiopatías infiltrativas la fortaleza de la RMC fue su capacidad de descartarlas.

MOTIVO DE LA RMC n: 103	DIAGNOSTICO % (n)	CONFIRMACIÓN DE LA SOSPECHA
Arritmia Ventricular 12,6 % (n:13)	2,9 MC (3)	23 %
DAVD 10,6 % (n:11)	0	0 %
Hemocromatosis 13,5 % (n:14)	2,9 (3)	21,4 %
M. Infiltrativa 2 % (n:2)	0	0 %
MCH 18,4% (n:19)	14,5 (15)	78 %
MCNC 3% (n:3)	0,97 (1)	33,3 %
MCPD 24,2% (n:25)	19,4 (20)	50 %
Miocarditis 6% (6)	1,94 (2)	33,3 %

0518 - LA LONGITUD DE LA VALVA POSTERIOR MITRAL CONTRIBUYE A DISTINGUIR LA MIOCARDIOPATIA HIPERTRÓFICA DE LA ENFERMEDAD DE FABRY.

ESPINOSA, Ezequiel | BENDER, Juan | PÉREZ DE ARENAZA, Diego | DRAGONETTI, Laura Cristina | FALCONI, Mariano Luis | GUZZETTI, Ezequiel | BELZITI, Cesar Antonio | PIETRANI, Marcelo | OSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Evaluar si la longitud de las valvas mitrales, medidas por Resonancia Magnética Cardíaca (RMC), puede distinguir la miocardiopatía hipertrófica (MCH) de la enfermedad de Fabry (EF). Materiales y Métodos: Se incluyeron 13 pacientes consecutivos con diagnóstico molecular de EF y 14 pacientes consecutivos con MCH y test de gota seca negativo (en el caso de los hombres) o test molecular negativo (en el caso de las mujeres). Todos los pacientes presentaban un espesor parietal = 15 mm, y se les realizó una RMC con contraste, con protocolo de cardiomiopatía. Se midió la longitud de ambas valvas mitrales. Resultados: Los grupos fueron similares en edad, sexo, volúmenes ventriculares izquierdos, masa ventricular izquierda y tasa de realce tardío con gadolinio. Los pacientes con MCH tuvieron un mayor volumen auricular izquierdo indexado (52.5 ± 3.5 vs. 39.1 ± 2.7 ml/m² de superficie corporal, $p=0.006$), una mayor longitud de la valva anterior mitral (31.4 ± 4.0 vs. 28.4 ± 3.2 mm, $p=0.042$), una mayor longitud de la valva posterior mitral (16.0 ± 2.6 vs. 11.4 ± 2.4 mm, $p<0.001$) y una mayor tasa de obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo (57.1% vs. 12.5% , $p=0.040$) en comparación con los pacientes con EF. En el análisis de regresión logística, la única variable que se mantuvo como predictor independiente para el diagnóstico de MCH fue la longitud de la valva posterior mitral (HR 2.01, IC95% 1.14-3.56, $p=0.015$). El área de la curva ROC (Receiver Operating Characteristic) relacionando longitud de la valva posterior mitral con el diagnóstico de MCH fue de 0.91 (IC95% 0.79-1.00) y el mayor cociente de probabilidad correspondió a una longitud de 13 mm, con una sensibilidad de 92.8% y una especificidad de 84.6%. Conclusiones: La longitud de las valvas mitrales, y principalmente la longitud de la valva posterior, pueden ayudar a distinguir MCH de EF. En pacientes con hipertrofia ventricular izquierda y criterios diagnósticos de MCH, la presencia de valvas mitrales de longitud normal podría sugerir un diagnóstico alternativo, y requerir estudios adicionales para descartar EF.

0531 - PARAMETROS DE DISINCRONIA VENTRICULAR IZQUIERDA OBTENIDOS MEDIANTE ESTUDIO DE PERFUSION MIOCARDICA SPECT GATILLADO: MODIFICACION FRENTE A ISQUEMIA MIOCARDICA.

CASUSCELLI, Jorge Francisco | ARAMAYO GERONIMO, Ema Natalia | DAICZ, Mariana | ALAGUIBE, Emilio Daniel | CORTES, Claudia Mariana | EMBON, Mario | FUNDACIÓN FAVALORO

Objetivos: El análisis de fase obtenido a partir de los estudios de perfusión miocárdica SPECT con Tc99 Sestamibi gatillados permite evaluar la sincronía ventricular izquierda. El objetivo de nuestro estudio fue determinar si la isquemia miocárdica inducida por estrés altera los dos parámetros de análisis de fase más comúnmente utilizados para la valoración de la sincronía ventricular: ancho de banda (HB) y desvío standard (SD) y evaluar su correlación con el monto isquémico. Materiales y Métodos: De agosto de 2011 a julio de 2012 se seleccionaron en forma consecutiva 92 pacientes con estudios de perfusión miocárdica SPECT gatillado con Tc99 sestamibi reposo/estrés realizados con protocolo de 2 días y con evidencia de isquemia miocárdica, definida por un score de suma diferencial (SDS) mayor o igual a 2. Se seleccionó un grupo de 22 sujetos normales definidos por: ausencia de síntomas, ausencia de enfermedad coronaria conocida, bajo pretest para enfermedad coronaria y electrocardiograma, ergometría y función ventricular normales y perfusión miocárdica normal con score de suma de estrés (SSS) igual a 0 que habían realizado protocolo de dos días. Se excluyeron pacientes con bloqueo completo de rama izquierda, marcapasos y defectos fijos de perfusión. De las imágenes de perfusión miocárdica SPECT gatilladas se obtuvieron y se compararon los parámetros de análisis de fase: HB y SD tanto de las imágenes de reposo como de las de estrés en ambos grupos. Se calculó la diferencia entre los parámetros HB y SD de estrés y de reposo (índice de estrés – índice de reposo) en cada paciente. El grupo de pacientes isquémicos fue dividido según el monto isquémico en isquemia moderada a severa (SDS mayor o igual a 5) e isquemia severa (SDS mayor o igual a 8). Resultados: Los pacientes del grupo isquémico presentaron una edad promedio de 63 ± 10 años, 47 fueron hombres, 21 mostraron isquemia moderada a severa y 10 isquemia severa. Los pacientes isquémicos mostraron valores de SD Y HB significativamente mayores que los sujetos normales (SD 15.65 vs 11.76, $p=0.0002$ y HB 47.74 vs 38.04, $p=0.002$ respectivamente) siendo mayores aún a mayor monto isquémico: isquemia moderada a severa (SD 20.08 vs 11.76, $p<0.001$ y HB 59.61 vs 38.04 $p=0.001$ respectivamente) e isquemia severa (SD 19 vs 11.76, $p<0.0001$ y HB 60.4 vs 38, $p<0.0001$ respectivamente). Las diferencias de SD Y HB entre estrés y reposo fueron significativamente más altas en los pacientes isquémicos que en los sujetos normales (SD -0.19 vs -0.58, $p<0.0001$; HB 1.27 vs -0.95, $p=0.0002$ respectivamente) siendo más acentuadas aún en los pacientes con isquemia moderada a severa (SD 2.49 vs -0.58, $p=0.0002$; HB 4.76 vs -0.95, $p<0.0001$) e isquemia severa (SD 2.42 vs -0.58, $p=0.0001$; HB 12.5 vs -0.95, $p<0.0001$). Conclusiones: En nuestra población, la presencia de isquemia miocárdica altera los índices de sincronía ventricular del análisis de fase de los estudios de perfusión miocárdica SPECT gatillados, SD Y HB. Montos isquémicos mayores se asocian a mayores valores de disincronía ventricular izquierda derivados del análisis de fase.

0023 - FORMACION ACADEMICA Y ASISTENCIAL DE LAS RESIDENCIAS DE CARDIOLOGIA EN LA REPUBLICA ARGENTINA

CIGALINI, Ignacio Manuel | IGLNIKOF, Dario Ben | FALLABRINO, Luciano Nahuel | MELCHIORI, Renzo Eduardo | COLOMBO VIÑA, Nicolás Alberto | DURONTO, Ernesto Alfredo | IGLESIAS, Ricardo Mario | GRANCELLO, Hugo Omar | CONSEJO ARGENTINO DE RESIDENTES DE CARDIOLOGIA

Objetivos: Analizar las características de los instrumentos de formación académica y asistencial de los residentes de cardiología en centros afiliados al Consejo Argentino de Residentes de Cardiología (CONAREC). Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, realizado a través de una encuesta anónima en el marco de las XXXV Jornadas Interresidenciales de Cardiología del CONAREC desarrolladas en noviembre de 2015. Resultados: Se obtuvieron datos de 390 residentes. La mediana de edad fue de 29 años, 54% eran hombres, cursando en su mayor parte años superiores (1° y 2° año: 31%; 3° y 4° año: 58%; 11% Jefe de residentes). El 92% contaba con jefe de residentes y solo un 63% con Instructor de Residentes. El 14% de los residentes no contaban en su centro con un programa de residencia y era desconocido en otro 7%. Entre aquellos con programa de residencia, 11% juzgó que no se cumplía y 50% que se cumplía pero parcialmente. Por otra parte, 42% no cumplían con la rotación de 1 año en medicina interna. No estaban contempladas rotaciones en hemodinamia (7%), cirugía cardiovascular (8%), cardiología pediátrica (47%), electrofisiología invasiva (17%), ecocardiografía (transesofágica 15% y estrés 36%), cámara gamma (17%), resonancia cardíaca (57%), o tomografía (37%). Respecto a las actividades académicas grupales, no se realizaba recorrida de sala (6%), clases teóricas (9%) o ateneos clínicos (9%), bibliográficos (22%), de error (76%) o monográficos (66%). El 37% no participaba de una carrera de especialista universitaria. El 36% de los residentes realizaban guardias sin staff en forma activa o presencial. No realizaban prácticas en consultorio externo el 22% de los residentes y el 19% lo hacía solo sin supervisión. La participación en trabajos de investigación fue irregular: 32% no publicaban en revistas científicas, 15% no presentaban trabajos en jornadas o congresos y 32% no participaban de proyectos de investigación. En general, los residentes de cardiología refirieron encontrarse conformes con su formación académica (86%). Sin embargo, se observó disconformidad al considerar el compromiso de los médicos de planta (29%) y de la institución (41%) con su formación. El 23% de los residentes no volvería a elegir su centro de formación. Conclusiones: La formación académica y asistencial de los futuros cardiólogos es heterogénea y deficitaria en un número importante de instituciones. Se requiere un mayor compromiso de los actores involucrados con las residencias médicas para alcanzar una formación más adecuada y homogénea en toda la Argentina.

0055 - EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE MEDICINA EN UN HOSPITAL PRIVADO LUEGO DE INTERVENCIÓN “DESCANSO POST-GUARDIA”: ESTUDIO PROSPECTIVO DE LA PERCEPCIÓN EVOLUTIVA DE LOS RESIDENTES

BURGOS, Lucrecia Maria | BATTIONI, Luciano | COSTABEL, Juan Pablo | ALVES DE LIMA, Alberto

INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA

Objetivos: Evaluar y comparar la prevalencia del síndrome de burnout luego de la implementación del descanso post guardia en médicos residentes conforme su progreso en una residencia de cardiología clínica en un centro privado de la ciudad de Buenos Aires. Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico y prospectivo. Se implementó el cuestionario breve de Maslach a residentes de cardiología de una institución monovalente de la ciudad de Buenos Aires durante los periodos Octubre-Noviembre de los años 2014 y 2015, antes y después de la implementación de un periodo de descanso de 24 hs. luego de una guardia de 24hs, denominado descanso postguardia (DPG). Se evaluó el comportamiento en cada escala que compone el síndrome (despersonalización, agotamiento emocional y realización personal) Resultados: La encuesta fue respondida por 42 residentes (2014: 19; 2015: 23). El Alfa de Cronbach fue de 0.842. El 57,9% de los encuestados fueron hombres en el periodo sin DPG, y 65,2% en el DPG. No se observaron diferencias estadísticas significativas en el número de horas de actividades médicas asistenciales y el número guardias realizadas por semana, en el número de residentes que viven solos y se mudaron a CABA en el pre y post DPG. Hubo una tendencia no significativa a menor prevalencia de Burnout en el grupo con DPG que sin DPG (26.1% vs 47.4% $p=0.152$) y presentaron mejores resultados en la escala de despersonalización (19 [11-21] vs 10 [1-17] $p=0.023$) luego de la implementación del postguardia. Sin encontrar diferencias en otras subescalas. Las mujeres presentaron puntuaciones más bajas en las subescalas despersonalización (PRE 19,5 vs POST 11; $p=0.038$) y agotamiento emocional (PRE 32,5 vs POST 26; $p=0.05$) luego de la implementación del DPG. Aquellos residentes que se mudaron a la ciudad de Buenos Aires presentaron en la subescala DP scores más bajos luego del DPG (PRE 16

vs POST 12; $p=0,03$). Conclusiones: La implementación del descanso post guardia se asoció a la reducción de la escala de despersonalización, principalmente en mujeres que además presentaron puntuaciones más bajas en las subescala agotamiento emocional. Esta investigación aporta evidencia que apoya la reciente legislación sobre residencias en CABA, y remarca la importancia de crear estrategias de prevención que mejoren las condiciones de trabajo, la calidad de vida y de aprendizaje de los residentes.

Subescala	PRE		p
	Score Mediana	Score Mediana	
Despersonalización	19 (11-21)	10 (1-17)	0,023
Realización personal	29 (26-33)	30 (26-38)	0,68
Agotamiento emocional	31 (25-34)	29 (21-25)	0,45

DP: Alto >9, Medio 6-9, Bajo <6 - RP: Bajo <30 Medio 34-39, Alto >40 - AE: Alto >27, medio 19-26, <19 bajo.

		DP			RP			AE		
		Pre	Post	p	Pre	Post	p	Pre	Post	p
Genero	Masculino	16	9	0,28	29	30	0,79	30	32	0,68
	Femenino	19,5	11	0,038	28,5	29	0,64	32,5	26	0,05
Convivientes	Solo	14,5	11	0,76	30,5	28,5	0,61	31,5	30	1
	Acompañado	19	9	0,08	27	30	0,34	31	29	0,36
Mudanza a CABA	Mudado	16	12	0,038	27	29	0,45	30	30,5	0,41
	No mudado	20	9	0,2	31	30	0,97	31,5	21	0,67

0064 - COMPARACIÓN ENTRE LOS EFECTOS DEL ESTADO POSTGUARDIA Y EL ESTADO DE EBRIEDAD SOBRE MÉDICOS RESIDENTES: UN ESTUDIO EXPERIMENTAL, PROSPECTIVO, ANTES-DESPUÉS.

DE BRAHI, Juan Pablo | POLITI, María Teresa | TARTAGLIONE, Fiorella | LOPEZ AVECILLA, Matias | MORBIDONI, Juan | SANATORIO DE LA TRINIDAD MITRE

Objetivos: La habilidad de los médicos residentes para realizar sus actividades diarias puede ser afectada adversamente por muchos factores, entre ellos la privación de sueño. Una forma de entender la magnitud del pobre desempeño asociado a la privación del sueño, es compararlo con el estado de ebriedad. El test D2 es un test de tiempo limitado para medir la atención selectiva y la concentración mental y ha sido utilizado para evaluar la privación del sueño de estudiantes de medicina que realizan guardias. Por otro lado, también se ha demostrado que la atención medida por el test D2 disminuye tras el consumo de alcohol que genera 0,5 g/L de alcoholemia. No ha sido estudiada en nuestro medio la comparación entre los niveles de atención por el test D2 bajo el estado de postguardia y bajo el estado de ebriedad en médicos residentes. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio experimental, prospectivo, antes-después, de centro único. En un sanatorio privado urbano se recolectó una muestra por conveniencia de médicos residentes que realizan guardias de 24 horas. Todos los participantes brindaron su consentimiento informado. Cada uno de los participantes realizó tres veces el test D2 bajo distintos estados: basal, postguardia (habiendo dormido menos de 4 horas en una guardia de 24 horas) y ebriedad (por alcohol detectado en aire espirado equivalente a 0,5 g/L de alcoholemia o superior). El punto final primario fue la diferencia entre el estado postguardia y el estado de ebriedad medida por el índice de concentración en el test D2. Resultados: Fueron incluidos 46 médicos residentes de un único centro. Los participantes tenían una media de edad de $28,5 \pm 1,9$ años, un leve predominio masculino (54,4%) y eran en su mayoría residentes de primero y segundo año (58,7%) que pertenecían a residencias de Cardiología y Clínica Médica (80,5%). Los participantes estudiados bajo el estado de postguardia durmieron una mediana de 3 hs [2 – 3,5 hs]. Cuando fueron estudiados bajo estado de ebriedad, presentaron una mediana de alcoholemia en el aire espirado de 0,6 g/L [0,5-0,7 g/L]. Bajo el estado de postguardia la puntuación del test D2 disminuyó significativamente un 46,4% ($250,8 \pm 29,4$ a $134,4 \pm 29,4$ puntos; $p < 0,01$). Bajo el estado de ebriedad la puntuación del test D2 disminuyó una magnitud también significativa y similar a la previa: 48,0% ($250,8 \pm 29,4$ a $130,2 \pm 23,7$ puntos; $p < 0,01$). Respecto al punto final primario, no se encontraron diferencias entre la puntuación del test D2 en estado postguardia y en estado de ebriedad ($134,4 \pm 29,8$ y $130,2 \pm 23,7$ puntos; diferencia: 4,2 puntos; $p = 0,46$). Respecto a los puntos finales secundarios y exploratorios de total de efectividad, total de aciertos y total de omisiones, también se encontraron disminuciones significativas en la puntuación respecto al estado basal, sin encontrar diferencias entre los estados de postguardia y de ebriedad. Conclusiones: El estado de postguardia con menos de 4 horas de sueño compromete la atención selectiva y la concentración mental estimadas por el test D2 en médicos residentes realizando guardias de 24 horas en el ámbito asistencial local. Dicho compromiso en la atención es similar al producido por un estado de ebriedad asociado a una alcoholemia de 0,5 g/L o superior. Son necesarios estudios multicéntricos para confirmar la validez externa de estos resultados.

0123 - DETERMINANTES DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS RESIDENTES RESPECTO A SUS CENTROS FORMADORES.

GARCÍA ZAMORA, Sebastian | CIGALINI, Ignacio Manuel | IGOLNIKOF, Dario Ben | TISSERA, Gabriel | FALLABRINO, Luciano Nahuel | IGLESÍAS, Ricardo Mario | DURONTO, Ernesto Alfredo | GRANCELLO, Hugo Omar | CONSEJO ARGENTINO DE RESIDENTES DE CARDIOLOGÍA

Objetivos: Analizar los factores académicos y condiciones laborales asociados a la falta de satisfacción con el centro formador entre residentes de Cardiología que participaron de la 5ª Encuesta Nacional de Residentes de la especialidad (ENARE V). Materiales y Métodos: Estudio observacional de cohorte transversal a través de una encuesta prefijada realizada en el contexto de las XXXV Jornadas Interresidencias de Cardiología del Consejo Argentino de Residentes de Cardiología (CONAREC) en el mes de Noviembre de 2015. Se clasificó el grado de satisfacción en una escala de 4 puntos (1-Muy conforme, 2-Conforme, 3-Poco conforme y 4-Disconforme). Resultados: Se encuestaron 390 residentes de diferentes centros del país, siendo 54% hombres. La media de edad fue 29 años ($\pm 2,8$). El 54,2% pertenecían a centros privados, 21,5% a centros provinciales, 17,6% a municipales y 6,7% a hospitales nacionales. En cuanto al año de residencia 7,2% eran de 1º, 24,2% de 2º, 30,9% de 3º y 26,6% de 4º año; asimismo 6,7% eran jefes de residentes. Globalmente, más del 90% de los participantes expresó que volvería a elegir su profesión y su especialidad. Sin embargo, uno de cada cuatro residentes manifestó que no elegiría nuevamente para realizar la residencia el centro en el que se estaba formando.

La conformidad de los residentes Los factores asociados con la falta de conformidad de los residentes con sus centros encontramos que el 70,7% de quienes volverían a elegir su residencia refirieron estar conformes o muy conformes con la dedicación de los médicos staff hacia su formación; en cambio, 66,7% de quienes no volverían a hacerlo expresaban encontrarse poco conformes, disconformes o se abstuvieron de responder a esta pregunta ($p < 0,0001$). Asimismo, entre quienes volverían a elegir su centro 60% se encontraban conformes o muy conformes con el compromiso institucional para su formación, mientras que 75,6% de los residentes que no volverían a elegir su residencia estaban poco conformes, disconformes o se abstuvieron de responder este tópico ($p < 0,0001$). En consonancia, la ausencia de ateneos, ya sea clínicos, bibliográficos o de error, así como la falta de clases dentro de la residencia se asociaron inversamente con el deseo de volver a elegir su institución para formarse ($p < 0,001$). Por otra parte, el hecho de que al menos un ex-residente permanezca en la institución abocado a funciones docentes fue detectado también como un factor beneficioso ($p = 0,012$). No demostraron relación con la satisfacción o no hacia el centro formador la naturaleza pública o privada de la institución, la complejidad del mismo o la asociación a una carrera universitaria. No encontramos diferencias entre la media de sueldo de quienes elegirían o no nuevamente su residencia ($\$12.309,9 \pm \$282$ vs. $\$11.213,1 \pm \$508$; $p = 0,06$). Tampoco el tipo de relación laboral, las horas de trabajo semanal, la falta de cobertura de salud o ART se asociaron con la elección ($p = ns$). Conclusiones: El grado de satisfacción de los residentes con su centro formador se relaciona primordialmente con la calidad de las actividades académicas y el compromiso de los médicos de planta y la institución con su formación.

	Volvería a Elegir su Centro		No Volvería a Elegir su Centro		p
	D / PC	C / MC	D / PC	C / MC	
Dedicación de médicos de planta	29,3%	70,7%	66,7%	33,3%	$P < 0,001$
Compromiso de la Institución	40%	60%	75,6%	24,4%	$P < 0,001$

0281 - VALIDEZ Y REPRODUCIBILIDAD DEL MINI-CEX SEGÚN ESCALAS NUMÉRICAS Y SEGÚN ESCALAS BASADAS EN JUICIOS GLOBALES DE DESEMPEÑO

ALVES DE LIMA, Alberto E.(1) | BATTIONI, Luciano(2) | COSTABEL, Juan Pablo(2) | FURMENTO, Juan(2) | GALLI, Amanda(1) | GELPI, Ricardo(3) | LAPRESA, Susana(1) | ROITER, Hector(1)

AREA DOCENCIA. SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA (1); INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA (2); CONICET (3)

Objetivos: Evaluar y comparar la validez y reproducibilidad de los resultados del mini-CEX utilizando escalas numéricas y escalas basadas en juicios globales de desempeño en médicos residentes. Materiales y Métodos: Se incluyeron 449 evaluaciones realizadas en 121 médicos residentes de cardiología, alumnos de la carrera universitaria de una Facultad de Medicina pertenecientes a 16

RESUMENES DE TEMAS LIBRES

programas de residencia. Al formulario original del mini-CEX con escalas numéricas (EN) de 1-9 se le agregó una escala basada en juicios globales de desempeño (EJG) caracterizados por 4 niveles progresivos de competencia clínica y autonomía para ejecutar actividades profesionales a su cargo. Validez fue determinada por la capacidad de cada escala de mini CEX de discriminar diferentes niveles de competencia clínica. Para estimar la reproducibilidad en las escalas numéricas se obtuvo un puntaje de cada observación realizada por el observador para cada residente. Se estimaron los componentes de la varianza para cada una de las 3 fuentes de varianza asociadas para ambas escalas (residentes (R) por caso (C) por evaluador (E)). Para los estudios de decisión (D-Studies, que estiman la confiabilidad de los índices) asumiendo un modelo en el cual cada caso y cada evaluador es diferente para cada residente. El análisis se realizó con el paquete estadístico del programa mGENOVA. Resultados: Ambas escalas discriminaron diferentes niveles de competencia clínica entre los residentes. Para las EN $R1=5.64$ (DE 1.102), $R2=6.58$ (DE 1.26), $R3=6.94$ (DE 1.11) y $R4=7.71$ (DE 1.06), $P=0.0001$. Para las EJG: $R1=2.48$ (DE 0.67), $R2=2.63$ (DE 0.76), $R3=3.3$ (DE 0.68) y $R4=3.92$ (DE 0.2) $P=0.0001$. Con respecto a la reproducibilidad, se identificaron los diferentes componentes de varianza. Usando un coeficiente de generalización de > 0.80 se requiere un mínimos de 7 observaciones para las EN y de 4 para las EG asumiendo un caso y un evaluador diferentes para cada residente. Conclusiones: Estos hallazgos sugieren que los evaluadores con ambas escalas son capaces de discriminar residentes de alto y de bajo nivel de desempeño y que requieren un menos número de observaciones utilizando las escalas con juicios globales (4 observaciones) que utilizando escalas numéricas (7). La reducción de observaciones utilizando escalas con juicios globales tiene fuerte implicancia en términos de factibilidad al momento de la implementación.

0557 - EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO PROFESIONAL EN CARDIÓLOGOS DE CONSULTORIOS EXTERNOS.

ALVES DE LIMA, Alberto | DE URQUIZA, Ignacio | COSTABEL, Juan Pablo | BURGOS, Lucrécia | MARCH VECCHIO, Nicolás | CONDE, Diego / ICBA

Objetivos: La evaluación y el mantenimiento de la competencia tanto para los cardiólogos en formación como para aquellos en práctica es difícil. El sistema de evaluación a través de la devolución de múltiples fuentes (DMF) o 360° es la única herramienta de evaluación en el contexto de trabajo que ha demostrado impacto educativo favorable en términos de comportamiento en la práctica clínica. Su implementación podría ser de valor para mejorar el desempeño de los profesionales. El objetivo del trabajo es evaluar la factibilidad, confiabilidad, validez una herramienta utilizada internacionalmente denominada evaluaciones 360° en cardiólogos del área ambulatoria de una institución cardiológica, y la percepción de los evaluados de la herramienta en sí misma. Materiales y Métodos: Se realizó a cargo de una especialista en la materia la traducción y adaptación transaccional de un cuestionario de evaluación 360°, valorando aspectos vinculados a profesionalismo, comunicación, profesionalidad, trabajo en equipo, y autocontrol. Se distribuyeron 4 cuestionarios correspondientes a: autoevaluación, evaluación por colegas, colaboradores y pacientes. Se incluyeron 52 médicos cardiólogos en total que fueron evaluados cada uno por 20 pacientes, 5 colegas, 5 colaboradores, sumados a la autoevaluación. Luego de la evaluación se realizó un devolución a cargo de un médico experimentado en docencia y posterior a esto se entregó una encuesta para evaluar la percepción que tuvieron los médicos sobre su evaluación. Se consideró factibilidad aceptable si el 80% de los médicos incluidos completaban el 100% de todo el proceso. Para determinar la consistencia interna de los formularios se utilizará el coeficiente alfa de Cronbach. Resultados: La tasa de respuesta del cuestionario fue del 93% lo que sugiere la factibilidad del estudio. Para estudiar la validez de los formularios, se realizó un análisis factorial que mostró que 2 factores en el cuestionario de los pacientes (comunicación/relación y educación de pacientes), y 5 en el de colegas y colaboradores abarcaron el 87% y el 76,5% de la varianza. Dichos factores fueron consistentes con la intención del instrumento lo que demuestra empíricamente validez. El coeficiente alfa de Cronbach fue mayor a 0,94 en líneas generales; para autoevaluación 0,96, evaluación por colegas 0,98, evaluación por colaboradores 0,95 y por pacientes 0,96. Se realizó una encuesta anónima sobre la opinión con cada pregunta de investigación que obtuvo un promedio global de 7,04 lo que resultó aceptable. Conclusiones: Nuestro trabajo mostró que el uso del cuestionario de 360 grados fue una herramienta de evaluación válida, confiable, factible y aceptado por los cardiólogos de consultorios externos.

0105 - CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION DERIVADA POR DISNEA AL LABORATORIO DE ERGOMETRIA

DAVLOS, Ignacio Gastón | BUCAY, Claudia Gabriela | COYLE, Javier Herman | ARIONI, Maria E. | ORTIZ, Maria Mercedes | BERENSTEIN, Clotilde Sara / HOSPITAL DE CLÍNICAS. UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES.

Objetivos: 1) Describir las características clínicas de una cohorte de pacientes (P) derivados por disnea al Laboratorio de Ergometría. 2) Analizar la asociación entre factores de riesgo cardiovascular (FRCV), síntomas y hallazgos durante la prueba ergométrica graduada (PEG). Materiales y Métodos: se realizó un estudio descriptivo poblacional de corte transversal. Se incluyó a P que fueron derivados por presentar disnea en clase funcional variable al Laboratorio de Ergometría de un hospital público en CABA, entre los meses de Agosto de 2015 y Enero de 2016; se descartaron causas metabólicas y todos dieron consentimiento informado para la realización de una PEG. Para el análisis estadístico de variables discretas se utilizó Chi2 y para variables continuas Test de Student. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. Resultados: se incluyeron 50 P (12,14%) de un total de 412 PEG. La edad media fue de 61,4 años (DS 19,1). 80% eran de sexo femenino. Las demás características basales se encuentran en la

tabla 1. Entre los FRCV asociados a la derivación por disnea se encontró ex-tabaquismo ($p=0,03$) y sedentarismo ($p=0,03$). De los P derivados por disnea sólo el 34% reprodujo el síntoma durante la PEG, el 12,3% presento HTA reactiva y el 9,9% presento ectopia ventricular intrafuerzo; estos últimos dos hallazgos fueron más relevantes en el sexo masculino. La disnea no se correlacionó con cambios de la saturación arterial. No se encontró asociación significativa con enfermedad coronaria. Si bien no existe una diferencia estadísticamente significativa, se observó menor cantidad de METS alcanzados en la cohorte seleccionada (tabla 2). Conclusiones: Nuestra población derivada por disnea es predominantemente de sexo femenino y de prevención primaria. No hubo correlación entre los P referidos por disnea o que presentaron disnea durante la PEG

Tabla 1. Características basales.	n=50 (%)
Hipertensión arterial	54
Dislipidemia	52
Ex tabaquismo	40
Sedentarismo	36
Diabetes mellitus	18
Tabaquismo	4
EPOC	6
Enfermedad coronaria	4

Tabla 2. Comparación.	n=50	n=362	Valor de p
Ex tabaquismo	40%	25,1%	0.03
Sedentarismo	36%	22,1%	0.03
METS	6.6	8.0	0.08
Doble producto	21796	22692	NS
Kilogrametros	406.3	452.4	NS
Índice de masa corporal	27.8	26.9	NS
Treadmill / Cicloergómetro	48 / 52		

y la aparición de alteraciones del segmento ST. Tampoco se encontró caída de la saturación de oxígeno ni diferencias entre índices de masa corporal. Estos hallazgos definen a una población que probablemente se encuentre deshabitada a la actividad física aeróbica, y sugieren reevaluar el interrogatorio dirigido por parte del médico de cabecera.

0258 - CARACTERÍSTICAS CARDIOVASCULARES DE UNA POBLACION DE DEPORTISTAS COMPETITIVOS

DIAZ BABIO, Gonzalo | CARRERO, Celeste | VERA JANABEL, Gustavo | ARZANI, Yanina | COMTESE, Daniel | STUTZBACH, Pablo / ICSI

Objetivos: Conocer las características clínicas, factores de riesgo cardiovascular global y de muerte súbita en una población de deportistas competitivos altamente entrenados de la zona norte y oeste de la provincia de Buenos Aires. Materiales y Métodos: Se evaluaron 379 atletas entre el periodo Enero 2016 hasta Mayo 2016 en un instituto. Se les realizó un cuestionario confeccionado especialmente basado en los criterios de evaluación de la American Heart Association (AHA) y el consenso argentino para evaluación de atletas, se realizó el examen físico correspondiente, se agregó a la evaluación de los atletas electrocardiograma (ECG) y ecocardiograma. En algunos casos se completo con prueba ergométrica (PEG) y resonancia magnética cardíaca (RMC) entre otros estudios. Resultados: 325 atletas evaluados (86%) fueron hombres y 290 (77%) jugaban al rugby. 10,9% tenían algún antecedente personal de relevancia, en su mayoría asma (4,2%). En el ECG el hallazgo más frecuente fue la bradicardia sinusal en el 25% de la población. 39 deportistas (10,3%) presentaron T negativas en al menos una derivación, y en 4 atletas se evidenció bloqueo completo de rama. Las ondas T negativas en derivación AVL fueron el único hallazgo en el ECG que se asoció significativamente con ecocardiograma patológico ($p=0,02$). 55 atletas (14%) presentaron algún hallazgo significativo en este último estudio, siendo el más frecuente dilatación de aurícula izquierda (6%) e hipertrofia del ventrículo izquierdo (VI) (5,5%), esta última característica se asoció en mas de la mitad de los deportistas a ECG patológico. Se detectaron 3 pacientes con válvula aórtica bicúspide y 2 pacientes con deterioro leve de la función del VI. 1 deportista (0,2%) fue discontinuado de la practica competitiva por dilatación de cavidades derechas. Conclusiones: En nuestra población de deportistas las alteraciones frecuentes en el ECG tuvieron escasa correlación con hallazgos significativos en el resto de los estudios. A su vez, en el ecocardiograma se halló un bajo número de patologías relevantes no detectadas en el ECG y la evaluación clínica.

0259 - EL ENTRENAMIENTO DEPORTIVO DE ALTO RENDIMIENTO INCREMENTA LA MASA VENTRICULAR IZQUIERDA Y LOS ESPESORES PARIETALES DENTRO DE RANGOS NORMALES

DIAZ BABIO, Gonzalo | CARRERO, Celeste | VERA JANABEL, Gustavo | ARZANI, Yanina | CONSTANTIN, Ivan | MASSON, Gerardo | PLAZA, Marcelo | STUTZBACH, Pablo / ICSI

Objetivos: Numerosos estudios demuestran que el ejercicio intenso genera adaptaciones cardiovasculares de diferente relevancia. En este estudio se comparó una población de deportistas de alto rendimiento con pacientes sin entrenamiento específico para evaluar diferencias en los diámetros del ventrículo izquierdo (VI) y espesores por ecocardiograma, así como en la masa total del VI. Materiales y Métodos: Se evaluó con ETT (GE® Vivid S5, transductor 2-4 MHz) 299 deportistas de alto rendimiento (75% rugby) y 485 voluntarios sanos sin entrenamiento específico (controles). Por ventana transtorácica se obtuvo: diámetros de fin de diástole (DFD), fin de sístole (DFS), espesor septal (ES), espesor parietal posterior (EPP), fracción acortamiento (FA), volumen auricular y masa total del VI (MVI). Estas 2 últimas variables se indexaron por superficie corporal. Se realizaron comparaciones no apareadas entre grupos empleando el Test T para varianzas desiguales. Los resultados se reportan como promedio±SEM. Valores de $p < 0,05$ fueron considerados significativos. Resultados: La edad fue $18,8 \pm 0,3$ años en deportistas y $32,3 \pm 0,7$ en controles ($p < 0,001$). Los deportistas presentaron mayor talla ($174,2 \pm 0,7$ vs $170,7 \pm 0,5$ cm; $p < 0,001$) y mayor peso ($74,5 \pm 1,1$ vs $70,5 \pm 0,7$ kg, $p < 0,005$). No se obtuvo diferencias en DFD ($4,84 \pm 0,03$ vs $4,82 \pm 0,02$ cm; $p=NS$) pero los deportistas mostraron mayor DFS ($2,95 \pm 0,02$ vs $2,85 \pm 0,02$ cm; $p < 0,001$) y por lo tanto menor FA ($39,2 \pm 0,3\%$ vs $40,8 \pm 0,3\%$; $p < 0,001$). En los atletas se observó mayor espesor parietal que los controles (EP: $0,99 \pm 0,01$ vs $0,88 \pm 0,01$ cm; $p < 0,001$). EPP $0,92 \pm 0,03$ vs $0,81 \pm 0,01$ cm; $p < 0,005$). La MVI indexada según superficie corporal fue significativamente superior en los atletas $85,1$ g/m² +/- $0,93$ con respecto a los controles $76,4$ g/m² +/- $0,8$; $p < 0,001$. De los deportistas evaluados, 5,3% (16) presentaron MVI indexada mayor a 110 g/m² y 11 de ellos espesor septal mayor a $1,2$ cm, uno solo mayor a $1,3$ cm. Conclusiones: En nuestra población evaluada, los deportistas mostraron espesores parietales mayores a individuos no entrenados. Si bien los primeros presentaban mayor superficie corporal, la MVI indexada fue también superior a la de los controles. Es importante destacar que, a pesar de observarse en atletas mayores espesores, solo una minoría presentó espesor septal superior al punto de corte aceptado actualmente (12 mm) para hipertrofia VI.

0326 - DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE TRYPANOSOMA CRUZI Y CUANTIFICACION DE PROBNP (PÉPTIDO NATRIURÉTICO CEREBRAL) EN SANGRE DE PACIENTES CHAGÁSICOS.

BUTLER, Javier(1) | VELAZQUEZ, Daniela(2) | RIVOLTA, Susana(3) | LO PRESTI, María Silvina(2) | STRAUSS, Mariana(2) | MILLER, Noemi(2) | RIVAROLA, H. Walter(2) / HOSPITAL SAN ROQUE (1); UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA (2); HOSPITAL DE NIÑOS "SANTISIMA TRINIDAD" (3)

Objetivos: Determinar la relación entre las manifestaciones clínicas de los pacientes chagásicos crónicos con y sin patología demostrada, con la presencia del T. cruzi y los niveles de NTproBNP. Materiales y Métodos: El presente trabajo se ha realizado con pacientes de un hospital público. Se realizaron ELISA y HAI, ECG, RX de Torax, Ergometría y Ecocardiograma Doppler y se dividieron en tres grupos con serología positiva para Chagas: G1: Sin alteraciones ECG ni estructurales; G2: Con alteraciones en el ECG y G3: Cardiomegalia y/o alteraciones estructurales. Se extrajo a todos los grupos, una muestra de sangre para realizar la determinación de ProBNP y se determinó la presencia de T. cruzi por PCR Resultados: G1: n=23, proBNP = $36,64 \pm 19,8$ pg/ml y un 40% con PCR +. G2: n=7, proBNP = $48,3 \pm 15,23$ pg/ml y un 30% con PCR +. G3: n=8, proBNP = 4620 ± 280 pg/ml y un 15% de PCR +. Conclusiones: Estos resultados preliminares muestran por un lado la

presencia del parásito en la fase crónica de la Enfermedad de Chagas y los niveles de proBNP en fase crónica sin alteraciones estructurales ni ECG no se diferencian significativamente ($P>0,05$) de los de pacientes con alteraciones en el ECG

0339 - INTERACCION ENTRE LAS HORMONAS TIROIDEAS Y EL ÓXIDO NÍTRICO CARDÍACO ANTE UN ESTADO HIPOVOLÉMICO

OGONOWSKI, Natalia Soledad | PIRÓ, Giselle | LICHTENSTEIN, Tamara | GARCÍA, Franco | ARRECHE, Noelia | PUCHULU, Bernardita | BALASZCZUK, Ana | FELLET, Andrea | ACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Objetivos: Estudiar la participación del sistema del óxido nítrico en la función cardiovascular y en la adaptación hemodinámica ante una hipovolemia en animales con trastornos tiroideos. Materiales y Métodos: Ratas macho Sprague-Dawley de 2 (jóvenes) meses de edad eutiroideas (Eut), hipotiroideas (hipo) e hipertiroideas (Hiper). El hipo se indujo mediante la administración de metimazol 0.02% en el agua de bebida durante 28 días. Los animales Hiper recibieron triiodotironina (T3, 60ug/kg animal i.p) cada 2 días durante 28 días. Muestras de sangre fueron recolectadas al inicio y al finalizar cada uno de los tratamientos con el objeto de evaluar el perfil tiroideo (TSH, T4 y T3). La hemorragia se realizó mediante una pérdida del 20% del volumen sanguíneo durante 2 minutos a velocidad constante. A los 120 min del sangrado, se evaluó: función cardíaca (ecocardiografía); la actividad y niveles proteicos de la NOS (método de [14C (U)]-L-arginina en [14C (U)]-L-citrulina y western blot, respectivamente) en aurícula derecha (AD) y ventrículo izquierdo (VI). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS Statistics 19.0 (IBM). Los datos se expresaron como la media (X) $\pm$ error estándar de la media (ESM). Se consideró significativo el 5% de probabilidad $P<0.05$ vs Eut, * $P<0.05$ vs Hemo. Resultados: El diámetro interno del VI tanto en diástole como en sístole aumentó en el grupo hipo, mientras que disminuyó en Hiper. La fracción de eyección y acortamiento disminuyeron en hipo, no mostrando cambio alguno en animales Hiper y Eut. El Hiper e hipo presentaron una menor actividad de NOS en AD asociado con una disminución de las isoformas de la enzima solo en animales hipo. Mientras que en VI se observó una mayor actividad de la NOS, en animales Hiper e hipo, los cuales no se correlacionaron con cambios en los niveles proteicos de esta enzima. La hemorragia indujo un aumento de la actividad NOS en todos los grupos. Conclusiones: Nuestros resultados demuestran que el Hiper e hipo se asociaron con la remodelación hipertrofica que afecta de manera diferente la función cardíaca y por lo tanto su adaptación ante un estado hipovolémico. La hipovolemia inducida por hemorragia aguda provocó una activación de la NOS en la modulación cardíaca para mantener la homeostasis hemodinámica. La participación de la vía del NO depende de la isoforma de la NOS, de la cámara cardíaca y del estado de la tiroides.

	Eut	EutH	hipo	hipoH	Hiper	HiperH
Act NOS en AD (pmol, 103/g.h)	18358 $\pm$ 969	25546 $\pm$ 2485*	288 $\pm$ 100†	1428 $\pm$ 378*	1382 $\pm$ 389†	5988 $\pm$ 497*
eNOS	2.04 $\pm$ 0.068	3.102 $\pm$ 0.07*	1.56 $\pm$ 0.037†	2.72 $\pm$ 0.07*	1.98 $\pm$ 0.077	1.02 $\pm$ 0.07*
iNOS	0.826 $\pm$ 0.079	1.926 $\pm$ 0.278*	0.473 $\pm$ 0.088†	1.721 $\pm$ 0.193*	0.737 $\pm$ 0.07	1.848 $\pm$ 0.216*
nNOS	1.36 $\pm$ 0.188	1.153 $\pm$ 0.071	0.81 $\pm$ 0.134†	0.939 $\pm$ 0.071	1.248 $\pm$ 0.14	1.174 $\pm$ 0.071
Act NOS en VI (pmol, 103/g.h)	180 $\pm$ 34	532 $\pm$ 94*	2571 $\pm$ 157†	3237 $\pm$ 413*	2346 $\pm$ 225†	3546 $\pm$ 413*
eNOS	0.78 $\pm$ 0.073	3.41 $\pm$ 0.02*	0.848 $\pm$ 0.04	2.63 $\pm$ 0.03*	0.78 $\pm$ 0.098	0.84 $\pm$ 0.04
iNOS	0.861 $\pm$ 0.021	1.31 $\pm$ 0.072*	0.9588 $\pm$ 0.075	0.88 $\pm$ 0.072	0.844 $\pm$ 0.04	0.6 $\pm$ 0.073
nNOS	0.833 $\pm$ 0.021	0.952 $\pm$ 0.072	0.807 $\pm$ 0.024	0.917 $\pm$ 0.072	0.618 $\pm$ 0.11	0.5 $\pm$ 0.073

Grupo de Animales	Eut	hipo	Hiper
DVID (mm)	5.40 $\pm$ 0.18	5.99 $\pm$ 0.19†	4.7 $\pm$ 0.10†
DVIDs (mm)	2.80 $\pm$ 0.06	3.01 $\pm$ 0.10†	2.21 $\pm$ 0.07
FE (%)	86 $\pm$ 3	83 $\pm$ 1†	88 $\pm$ 3
FA (%)	56 $\pm$ 2	46 $\pm$ 2†	51 $\pm$ 2

0561 - USO DE UNA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA BASADA EN LA NUBE PARA EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES POST INTERNACIÓN EN UNIDAD CORONARIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CABA.

ZANOVELLO, Tomas(1) | GARCIA AURELIO, Mauro Javier(2) | KEVORKIAN, Ruben(1) | DIONISIO, Gabriel Fernando(1) | PUERTA, Leandro Gaston(1) | GUIDO LOPEZ, Leonardo Elias(1) | LOMBARDI, Facundo(1) | ROSSI, Agustina(1) / HOSPITAL SANTOJANNI (1); SANATORIO DE LA TRINIDAD PALERMO (2)

Objetivos: Objetivos: 1. Describir la experiencia del uso de un sistema de Historia Clínica Electrónica (HCE) para el seguimiento de pacientes post internación en unidad coronaria (UCO). 2. Enunciar las ventajas percibidas con el uso de la herramienta en comparación con el seguimiento a través de historias clínicas en papel. Materiales y Métodos: Material y métodos: Estudio cualitativo, a través de entrevistas abiertas por medio de un formulario validado con una escala de Likert para medir el dominio Satisfacción con respecto al uso de la herramienta de HCE. Los sujetos del estudio fueron profesionales (médicos residentes de cardiología) encargados del seguimiento. En referencia a las características poblacionales de los pacientes cargados en la base de datos (BBDD) de la HCE, las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar para aquellas con distribución normal y como mediana con rango intercuartil 25% -75% (RIC) para las que no poseían dicha distribución. Las variables discretas se expresaron como porcentajes. Resultados: Resultados: El seguimiento mediante el sistema de HCE es realizado por ocho médicos residentes de cardiología supervisados. Previamente, a dicha implementación, era realizado a través del registro en fichas de papel. La plataforma de HCE utilizada (Omnia Salud - www.omniasalud.com) es accesible a través de internet y se trata de un registro centrado en el paciente (única por persona y no por episodio de atención) y basada en problemas. Desde el mes de Octubre de 2015 a Marzo de 2016 se incluyeron en la BBDD 375 pacientes, 66,9% varones, con una edad (mediana [RIC 25-75%]) de 64 [55-71,5]. Los diagnósticos más frecuentes a la consulta fueron: infarto de miocardio (41%), angina inestable (10,4%), angina crónica (7%), insuficiencia cardíaca (27%), arritmias (14%), cirugía de revascularización (4,2%). Un 78,6% de los pacientes se encontraban bajo tratamiento con aspirina, 85,3% con betabloqueantes, 79,2% con IECAs o ARA-II y 79,4% con hipolipemiantes. En cuanto al análisis del uso de la herramienta, las principales ventajas del uso de la HCE recabadas en las entrevistas a los usuarios fueron: 1. Mejoras en la comunicación entre los profesionales, 2. Disponibilidad de la información, 3. Legibilidad y 4. Mejoras en el seguimiento (a partir de procesos estandarizados para la carga de datos filiatorios y de contacto), entre los más mencionados. De la evaluación surge que el 100% de los profesionales se encontraba satisfecho o muy satisfecho con el uso de la herramienta. Conclusiones: Conclusiones: En nuestra experiencia, el uso de una HCE basada en la nube ha permitido mejorar la comunicación entre el equipo tratante con una disminución de pacientes perdidos en el seguimiento por falta de contacto, así como un alto grado de satisfacción para con el uso del sistema en comparación con el seguimiento tradicional realizado con historias clínicas en papel.

0395 - EFICACIA DE UN PROTOCOLO DE ACTIVACIÓN PREHOSPITALARIA DE LA ANGIOPLASTIA PRIMARIA PARA EL TRATAMIENTO DEL INFARTO CON ELEVACIÓN DEL ST.

RODRIGUEZ, Leandro Diego(1) | LALOR, Nicolas(1) | NAU, Gerardo (h)(1) | FEDER, Anibal(2) | PEDERNEIRA, Gustavo Omar(1) | ROMERO, Gonzalo Eudardo(1) | CURA, Fernando Adrián(1) | TRIVI, Marcelo Sergio(1) / ICBA (1); EMERGENCIAS SA (2)

Objetivos: Evaluar un protocolo de activación prehospitalaria (APH) de la angioplastia primaria (ATCp), comparando el tiempo puerta-balón (TPB), eventos durante la internación y seguimiento al año en dos centros de CABA que reciben consultas espontáneas por infarto con elevación del ST (IAMST), y derivaciones a través del sistema de emergencias móviles. Materiales y Métodos: Se incluyeron de manera consecutiva pacientes con IAMST que requirieron ATCp. Un grupo activo el protocolo de ATCp en el momento del contacto del sistema de emergencias móviles con el paciente e ingreso a la sala de intervenciónismo saltando la guardia y el otro grupo ingreso por guardia (G) y fue llevado a hemodinamia. Se comparó el TPB, estancia hospitalaria, fracción de eyección al alta, mortalidad hospitalaria, al año de seguimiento y tasa de internación por insuficiencia cardíaca al año. El seguimiento se realizó por consultorio y telefónicamente. Resultados: Se incluyeron 410 pacientes, 81 (19,75%) mediante APH y 329 (80,25%) ingresaron por guardia en el periodo desde enero de 2012 y mayo de 2016. La edad promedio fue de 60 años, 21% eran mujeres, 17% diabéticos sin diferencias significativas entre ambos grupos. Esta reducción se mantiene independientemente del horario en que se presenta el paciente (Tabla 1). Los resultados de los eventos durante la internación y al año se detallan en la Tabla 2 Conclusiones: La APH de la ATCp reduce ampliamente los tiempos de reperusión de la arteria responsable en el IAMST. Esto se traduce de manera significativa en mayor fracción de eyección al alta, menos internaciones por insuficiencia cardíaca y una tendencia a menor mortalidad al año.

	Ingreso por Guardia	APH	p
TPB (min)	77 (+/-26)	37 (+/- 12)	<0,001
TPB (min) On hour	63 (+/- 23)	39 (+/- 15)	<0,001
TPB (min) Off hour	85 (+/-25)	35 (+/- 9)	<0,001
Días de internación	5,8 (+/-4)	3,7(+/-0,48)	0,11
Mortalidad hospital	3,7%	3%	0,56
Mortalidad al año	3,9%	0%	0,07
Internación por IC al año	5,8%	1,9%	0,02

0413 - ÍNDICE LEUCO-GLUCÉMICO PATOLÓGICO Y SU ASOCIACIÓN A NO REFLOW POST ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN PACIENTES CON SCACEST.

AYON, Miguel Sebastian | BISUTTI, Julio Hector | ALUSTIZA, Walter Ramon | CABRERA, Pablo Sebastian | VAZQUEZ, Yanina | VILLAGRA, Lorena | FOSCO, Matias | MARTURANO, Maria Pia / SANATORIO PASTEUR

Objetivos: Evaluar el Índice Leuco-Glucémico (ILG) como factor de riesgo asociado a TIMI < 3 post Angioplastia primaria (ATCp) en pacientes (p) con Síndrome Coronario Agudo con elevación del ST (SCACEST). Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo, observacional, en único centro incluyendo 98 p ingresados en el servicio de Unidad Coronaria en forma consecutiva desde mayo 2015 a febrero de 2016 con diagnóstico de SCACEST. Se registraron analítica de ingreso, definiendo ILG patológico > 1000 (Glucemia.leucocitos/1000). Angioplastia coronaria acorde a práctica habitual, evaluación del flujo epicardio mediante escala diseñada por el grupo TIMI (Thrombolysis In Myocardial Infarction). Considerando patológico al flujo TIMI <3 post angioplastia. Las variables cualitativas fueron comparadas utilizando test Chi-cuadrado y las cuantitativas suma de Rangos de Wilcoxon, con un nivel de significación estadística de 0.05. Resultados: De mayo del 2015 a febrero de 2016, la población de estudio incluyó 98 p tratados con Angioplastia primaria por SCACEST. De los cuales el 74,5% (73p) se presentaron con flujo TIMI 0 al momento del estudio y el 73,5% (72 p) flujo TIMI 3 post Angioplastia. De los 98 p, 23,5 % (23 p) fueron de sexo femenino, la media de edad fue 60 años (RIC 52-68), HTA en el 63,3% (62 p), diabetes 22,5 % (22 p), tabaquista 49% (48 p), dislipemia 60,2 % (59 p), glucemia de ingreso mediana 138,5 mg/dl (RIC 105-174), recuento leucocitario 10345/mm3 (RIC 8450-13790), ILG 1550,5 (RIC 985-2280), ILG patológico 69,4% (68 p), Killip Kimbal I (82,7%), II (8,2%), III (1%) y IV (8,2%). Arteria culpable: Coronaria derecha 32,7% (32 p), tronco de coronaria izquierda 2% (2 p), descendente anterior 52% (51 p), circunfleja 13,3 % (13 p). Evento angiográfico de no reflow (TIMI < 3) 23,5% (23 p). Eventos clínicos totales; muerte 7,2% (7 p), angina post infarto 6,1%(6 p), complicaciones arritmias 13,3 % (13 p) y complicaciones mecánicas 3,1% (3 p). De la totalidad de los pacientes, 68 p presentaron ILG patológico, de los cuales 20 p tuvieron evento angiográfico, riesgo 29,4% (IC 95%, 18,3-40,5). ILG normal: 3/30 tuvieron evento angiográfico, riesgo 10% (IC 95%, 0-21,4). Riesgo relativo 2,9 (IC 95%, 0,9-9,1) p 0,04. En comparación de los p con TIMI bajo vs TIMI >3 pos ATCp, los p con TIMI bajo tuvieron más frecuentemente ILG patológico (87% vs 64%, p 0,04), complicaciones arritmias (26,1 % vs 9,3 %, p 0,04) y muerte (21,7% vs 2,7%, p <0,01). Conclusiones: En concordancia a lo observado en la bibliografía, el evento adverso angiográfico post ATCp se asocia a eventos adversos clínicos (Muerte y complicaciones arritmias). En nuestro análisis el ILG patológico fue la única variable asociada a evento angiográfico (no reflow o TIMI <3). Sin embargo, dicho índice tiene poco poder de discriminación entre los que tendrán y no tendrán el evento angiográfico, con una sensibilidad del 87% y especificidad del 36% en nuestra población. Podría ser a futuro una herramienta útil y simple, ajustada a otras variables como tiempo de isquemia total que permita estratificar pacientes que se beneficiarán con terapéuticas coadyuvantes más agresivas en la reperusión.

0492 - ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE SÍNDROME DE APNEA HIPOPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN PACIENTES EN REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR

ACUÑA, Luciano Raul | BOZZO, Raul Alberto | JORGE, Susana Karina | MANENTE, Diego Guillermo | REY, Ricardo Horacio | TRICERRI, Gabriela | VITAGLIANO, Laura Elena | ZEBALLOS, Cecilia / INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA

RESUMENES DE TEMAS LIBRES

Objetivos: 1- Determinar la prevalencia de alto riesgo de Síndrome de Apnea Hipopnea Obstructiva del Sueño (SAHOS) por medio del score de Berlín en una población de pacientes en plan de rehabilitación cardiovascular. 2- Analizar las diferencias en las características entre población de alto y bajo riesgo. **Materiales y Métodos:** Entre el periodo 08/2015 a 02/2016. Se seleccionaron 105 pacientes en forma consecutiva que concurren a un centro de rehabilitación cardiovascular por antecedentes coronarios. Se les brindó un cuestionario validado (Score Berlin) completado por medio de autorreporte, para datos como: edad, peso, talla, género y por el encuestador el índice de masa corporal (IMC) y posteriormente diez preguntas, una introductoria sobre la modificación del peso en un periodo de tiempo, y tres categorías de preguntas restantes, la primera categoría (5 preguntas) sobre ronquido y episodios de apnea, la segunda (3 preguntas) sobre cansancio y somnolencia diurna y la tercera categoría (1 pregunta) sobre hipertensión arterial (HTA). Posteriormente se agrupó a los pacientes en alto y bajo riesgo de SAHOS. Se considera positivo en la 1era categoría cuando hay síntomas en dos o más preguntas, en categoría 2 cuando presentan somnolencia diurna y/o adormecimiento mientras conduce y en categoría 3 IMC >30 o HTA. Alto riesgo cuando posee dos o más categorías positivas. **Resultados:** De los 105 pacientes encuestados, se definieron de alto riesgo 62,86% (IC95% 52,88 - 72,09) y bajo riesgo 37,14% (IC95% 27,91 - 47,12). Al analizar la prevalencia de factores de riesgo entre ambas poblaciones observamos una distribución similar de edad, sexo, HTA y DSL. Cuando se analizó el IMC se evidenció una diferencia significativa 28 vs. 25,22 (p=0,03) entre los pacientes de alto y bajo riesgo respectivamente. Los pacientes de alto riesgo presentaron mayor prevalencia de ronquido habitual 76% vs 24% (p<0,0001) y somnolencia/cansancio matinal 92,3% vs 7,7% (p=0,0003), en orden respectivo. Se define como presencia de ronquido o somnolencia/cansancio matinal cuando se presentan al menos 3 o 4 veces la semana. **Conclusiones:** La encuesta de Berlín nos permite determinar en pacientes que realizan rehabilitación cardiovascular por antecedentes coronarios, la mayor prevalencia de alto riesgo de Síndrome de Apnea Hipopnea Obstructiva del Sueño, especialmente en aquellos con un IMC aumentado y que presenten ronquido habitual o somnolencia/cansancio matinal. La encuesta permite identificar un grupo de enfermos a quienes habría que realizarles una polisomnografía.

	Alto riesgo 66 ptes (62,86%)	Bajo riesgo 39 ptes (37,14%)	Valor de p
Edad años (DS)	63,31 ± 10,88	61,34 ± 10,26	0,22
Sexo Masculino Femenino	60 (62,5%) 6 (6,7%)	36 (37,5%) 3 (3,3%)	0,80
HTA (%)	38 (60,3%)	25 (39,7%)	0,63
DSL (%)	41 (59,4%)	28 (40,6%)	0,81
IMC Kg/m2 (DS)	28,30 ± 5,35	25,88 ± 5,15	0,03
Ronquido habitual	54 (76,06%)	17 (23,94%)	0,0001
Somnolencia/cansancio matinal	24 (92,3%)	2 (7,7%)	0,0003

0495- PUNTAJE TIMI EN LA ERA DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE

CASILLAS COSTA, Yanina Beatriz(1) | MAURO, Víctor Miguel(2) | FAIRMAN, Enrique(1) | CHARASK, Adrian(1) | RAFFAELI, Alesia(1) | PALACIO, María Soledad(1) | ABARCA, Yamila(1) | BARRERO, Carlos(2) | CLÍNICA SANTA ISABEL (1); CLÍNICA BAZTERRICIA (2)

Objetivos: El puntaje TIMI fue desarrollado en la población del TIMI 11B cuando se utilizaba CPK mb y troponina de cuarta generación y ha demostrado en estudios posteriores ser útil para la estratificación de riesgo de los pacientes con síndromes coronarios agudos sin elevación del ST (SCA sin ST). Actualmente la troponina ultrasensible (Tus) ha reemplazado a la de cuarta generación en la práctica cotidiana y como ésta detecta concentraciones 10 veces menores que los kits de cuarta generación debería evaluarse la repercusión del cambio de método en la asignación del riesgo mediante el score TIMI. **Materiales y Métodos:** Se analizó la categoría de riesgo TIMI en nuestra población de pacientes con SCA sin ST que tenían medida Tus. Se calculó el puntaje TIMI considerando Tus > 50 ug/dl al ser este valor equivalente al de 0.03 ug/l de la troponina de cuarta generación y luego se lo recalculó considerando troponina positiva a > 14 ug/dl (límite superior normal). **Resultados:** 361 pacientes internados en Unidad Coronaria por síndromes coronarios agudos sin elevación del ST (SCA sin ST) con Tus disponible. Edad mediana 65 años (RIC 25-75% 56,5-74,5), 76%

hombres, Hipertensos 71%, Diabéticos 24%, dislipemias 51%, cambios ECG 45%, troponina > 14 ug/dl 68,7%. Con el cambio de valor umbral para la positividad del marcador utilizado, el score TIMI varió significativamente en las poblaciones al reducir a los pacientes de bajo riesgo e incrementar a los de alto riesgo. Ver tabla. **Conclusiones:** La validez pronóstica del puntaje TIMI debiera reevaluarse en la era de la troponina ultrasensible, ya que su utilización no ha sido validada con este método y podría sobredimensionar el riesgo clínico de los pacientes con SCA sin ST con el consecuente tratamiento inadecuado.

Categoría de riesgo TIMI (puntaje)	troponina > 50 ug/dl	troponina > 14 ug/dl	p
Bajo (0-2)	169 (46,8%)	134 (37,12%)	0,008
intermedio (3-4)	170 (47,09%)	177 (49,03%)	0,6
alto (5-7)	22 (6,09%)	50 (13,85%)	0,001

0513- EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON INDICACIÓN DE ESTRATEGIA INVASIVA PRECOZ ESTUDIADOS LUEGO DE 24 HORAS

CAMUS, María Cecilia | GATTO, María Gabriela | PUERTA, Leandro Gastón | DIONISIO, Gabriel Fernando | MORUCHI CASTRO, Jose Luis | VALVERDE, Tomás | KEVORKIAN, Rubén | HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DONACIÓN FRANCISCO SANTOJANNI

Objetivos: Determinar si aquellos pacientes (p) con indicación de cinecoronariografía (CCG) precoz que fueron estudiados luego de 24 horas evolucionaron desfavorablemente. **Materiales y Métodos:** Fueron incluidos 248 p durante el periodo enero de 2014 a diciembre del 2015 con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo sin Elevación del ST (Angina Inestable de Alto Riesgo o Infarto no Q) internados en un Hospital Público de la ciudad de Buenos Aires. Fueron excluidos aquellos con retraso de la CCG por otra causa (Asistencia Respiratoria Mecánica de causa no cardíaca, Infecciones, Insuficiencia Renal, sangrados mayores, diátesis hemorrágica). Se dividieron en grupos (G): G1 (CCG dentro de 24 horas) y G2 (CCG > 24 horas).

Resultados: Se incluyeron 144 p con una mediana de 61 años (39-92) en el G1 y de 64 años (26-87) en el G2 (p: ns). El 79% era de género masculino (G1 71% vs G2 87%, p: 0,02). La distribución de los factores de riesgo cardiovasculares fue similar entre ambos grupos a excepción de la diabetes (Diabetes G1 21% vs G2 42%, p: 0,01; Hipertensión Arterial 65%, Dislipemia 39%, Tabaquismo 34%, Obesidad 31%, p: ns). No hubo diferencias entre los antecedentes cardiovasculares (Cirugía de Revascularización Miocárdica 5%, Infarto previo 32%, Angioplastia previa 26%, p: ns). La tasa de revascularización fue de 60% (p: ns). No se detectaron diferencias en términos de reinternación (G1 5% vs G2 14%, p: 0,16), mortalidad intrahospitalaria 3% [G1 1 p (1,4%) vs G2 3 p (4%), p: ns] ni mortalidad a 6 meses [G1 2 p (2,8%) vs G2 6 p (8,4%), p: ns]. La mortalidad al año fue 6,3% [G1 3 p (4,2%) vs G2 6 p (8,3%), p: ns]. **Conclusiones:** Los pacientes estudiados más allá de las 24 hs eran mayormente de género masculino y diabéticos. Se observaron más eventos en aquellos pacientes estudiados tardíamente, pero ésta diferencia no puede descartarse que sea por azar.



0528- ANGINA INESTABLE: ¿UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO PARA MANEJO AMBULATORIO?

MAURO, Víctor(1) | CASILLAS COSTA, Yanina Beatriz(2) | CHARASK, Adrian(2) | FAIRMAN, Enrique(2) | PALACIO, María Soledad(2) | BUHEZO ARANCIBIA, Hugo Armando(1) | BARRERO, Carlos(2) | CLÍNICA BAZTERRICIA (1); CLÍNICA SANTA ISABEL (2)

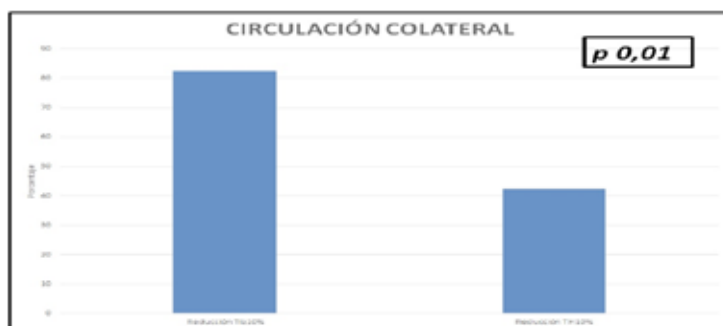
Objetivos: Con la utilización de kits diagnósticos cada vez más sensibles para detectar daño miocárdico, el diagnóstico actual de "angina inestable" (AI) se ha confinado a menos de 25% de los casos de síndromes coronarios agudos sin elevación del ST (SCA sin ST) y hay quienes consideran que si la troponina ultrasensible (Tus) es negativa, el riesgo clínico es tan bajo que el paciente podría manejarse de manera ambulatoria. ¿qué riesgo implica esta nueva AI? **Materiales y Métodos:** Se seleccionó de nuestra población de pacientes con SCA sin ST internados en UCO desde 2012 a 2015 a los pacientes con Tus negativa (<14 ug/dl) en al menos 2 determinaciones realizadas durante las primeras 24 hs de internación. Se analizaron sus factores de riesgo, características del cuadro clínico y evolución intrahospitalaria. Se excluyeron los pacientes con dolores dudosos, los que fueron intervenidos en los 6 meses previos al ingreso y los que presentaban signos isquémicos en el electrocardiograma para homologar esta población a la que potencialmente podría ser considerada para manejo ambulatorio. **Resultados:** Fueron seleccionados 78 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Edad mediana 64 años (RIC 25-75% 56-73 años), 73% hombres. Hipertensos 69%, diabéticos 19%, dislipemias 55%. Antecedentes de infarto 12%, angioplastia 27% y CRM 4%. Angor prolongado: 56,4%, dolor de reposo: 78%. Trastornos de la motilidad en el ecocardiograma: 27%. FEV<50% en el eco: 13%. Tratamiento médico instituido: AAS 100%, beta bloqueantes: 70%, bloqueantes cálcicos: 16%, heparina: 38%, inhibidores de los P2Y12: 46%, estatinas 96%. Estrategia conservadora: 67% e invasiva en el 33%. Evolución intrahospitalaria: angina recurrente: 7,4%. No hubo infartos ni muertes. Prueba funcional realizada antes del alta (estrategia conservadora): 75%. Prueba positiva para isquemia: 51%. Realización de cinecoronariografía (CCG): 45% (n:35). Motivo de CCG: estrategia invasiva: 25p, por angor recurrente 5p, por prueba funcional positiva 5p. Angioplastias realizadas: 26% (20/78p), cirugía de revascularización miocárdica: 5% (4/78p). **Conclusiones:** Los pacientes con AI sin cambios electrocardiográficos no están exentos de complicaciones. Casi la mitad es sometido a CCG y más de un tercio requieren algún tipo de revascularización previa al alta. La ausencia de infarto/muerte en esta población podría estar dada por la efectividad del tratamiento médico tempranamente instituido o por la rápida detección de los pacientes con angor recurrente por el hecho de estar internados. Implicancia clínica: La ausencia de marcadores o cambios electrocardiográficos no debe reemplazar el criterio médico en indicar la internación y el tratamiento de los pacientes con AI.

0256- PREDICTORES DE REDUCCIÓN DEL TAMAÑO DE INFARTO DE MIOCARDIO EVALUADO MEDIANTE GATED SPECT.

DURAN, Luciana Lorena | BAGNERA, Fernando | HOMINAL, Miguel | LASAVE, Leandro | ZAPATA, Gerardo | LÓPEZ, Jorge | INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE ROSARIO

Objetivos: Determinar las variables clínicas y angiográficas que se asocian a la reducción del tamaño de un 1° infarto (IAM) evaluado mediante Gated SPECT (GS). **Materiales y Métodos:** Se analizó una base de datos que incluyó en forma prospectiva y consecutiva a los pacientes (ptes) ingresados con diagnóstico de IAM entre junio de 2013 y agosto de 2015 reperfundidos mediante angioplastia primaria. Se incluyeron todos los ptes en los cuales se valoró el tamaño del infarto (TI) tanto en la fase intrahospitalaria como al seguimiento de un año. Se dividió en dos grupos de acuerdo a la reducción o no del TI. En el Grupo 1 se incluyó a los ptes con reducción mayor o igual al 10% del TI. En el Grupo 2 aquellos en los que no se evidenció reducción del TI o esta fue menor al 10%. Las variables cuantitativas se compararon con el test T Student y las cualitativas mediante Chi cuadrado. Se realizó un análisis de regresión logística para determinar predictores de reducción del TI. **Resultados:** Se analizaron 50 pacientes, 76% masculinos y con edad media de 57,34 (±10,94) años. El 48% era hipertenso y el 8% diabético. La localización más frecuente del IAM fue el territorio inferior (62%), seguido del anterior (38%). El 86% de los pacientes se presentaron con Killip

y Kimball A. No se evidenciaron eventos en el seguimiento a los 12 meses (muerte, infarto agudo de miocardio o internación por insuficiencia cardíaca). El 24% de los pacientes presentó angina previa al IAM. El 56% de los pacientes presentó algún grado de circulación colateral al momento de realizada la cinecoronariografía. En el Grupo 1 se incluyeron 17 pacientes (34%) con reducción del TI mayor o igual al 10%. El resto (33 pts) se incluyó en el Grupo 2. No hubo diferencia en la característica basal de ambos grupos. La presencia de angina previa fue mayor en el grupo 1 aunque sin significancia estadística (35% vs 18%, $p=0,1$). Hubo una tendencia a mayor TIMI final en el Grupo 1 ($p=0,07$). Se observó mayor frecuencia de tromboaspiración en el Grupo 1 (41% vs 15%, $p=0,04$) y mayor presencia de circulación colateral (82% vs 42%, $p=0,01$). En el análisis multivariado se despegó la presencia de circulación colateral como variable predictora de reducción del TI ($p=0,01$, HR 6,3, IC 1,5-26,3). Conclusiones: En este análisis de pacientes con un primer IAM, se evidencia que la presencia de circulación colateral hacia la arteria responsable del infarto evaluada durante la angioplastia primaria se asocia significativamente con la reducción del tamaño del infarto a 12 meses evaluado por Gated SPECT.



0299 - ESTIMACIÓN DEL ÁREA DEL TRACTO DE SALIDA POR ECOCARDIOGRAFÍA Y TOMOGRAFÍA. IMPLICANCIAS EN LA SELECCIÓN DEL TAMAÑO DE LA PRÓTESIS PERCUTÁNEA.

VALLÉ RALEIGH, Juan | ROMEO, Francisco Jose | FALCONI, Dr. Mariano | LEVY, Dr. Ezequiel | AGATIello, Dra. Carla | CAGIDE, Dr. Arturo | KOTOWICZ, Dr. Vadim | BERROCAL, Dr. Daniel / HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Comparar la estimación del área de implante por ecocardiografía 2D transtorácica (ETT) y transesofágica (ETE) con la tomografía cardíaca multislice (TCMS) como gold standard. Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes implantados valorados por ecocardiografía y tomografía en un lapso menor a un mes entre ambos métodos. Sobre un total de 90 pacientes implantados, se tomaron 47 que presentaron tanto análisis del TSVI por ecocardiografía y TCMS. Se comparó la estimación del TSVI por ETT ó ETE con TCMS. El área del TSVI por ETT ó ETE se comparó por la fórmula "radio2 x (3.14)"; El área por TAC se evaluó por planimetría directa. El análisis estadístico se efectuó con el software SPSS 23. Para la comparación de variables continuas se utilizó el test de T o el test de Mann-Whitney según tuvieran o no distribución normal. Las mismas fueron expresadas como media y desvío estándar. Para la comparación de variables categóricas se utilizó el test de Chi cuadrado o test de Fisher según correspondiera. Las mismas fueron expresadas como porcentaje. El grado de correlación se efectuó con el test de Pearson. Resultados: Las características basales de la población discriminadas por tipo de método de imagen para efectuar la valoración pre TAVI se describen en la TABLA 1. Comparado con TCMS, la ecocardiografía subestimó el área del TSVI en un 15,7 +/- 18,2 %. No hubo diferencias al estimar el área del TSVI por ETT versus ETE ($P=0,41$); mientras que la subestimación del área del TSVI por cualquier método de ecocardiografía fue estadísticamente significativo al tomar como referencia a la TCMS ($P=0,003$). Ver TABLA 2. En forma global, en el 68 % de los casos se hubieran colocado una prótesis de un tamaño menor. Se efectuó un análisis del tamaño de válvula a implantar discriminando por tipo de bioprótesis. Población Corevalve (Medtronic): Sobre un total de 52 pacientes, el 61,7 % se hubieran colocado una prótesis de un tamaño

TABLA 1	ETT	ETE	TCMS	P Valor
Edad, años	85.6 +/- 4.6	79.7 +/- 8.7	82.6 +/- 5.9	0.03
Sexo masculino	3 (27)	20 (46.5)	17 (47)	0.47
Diabetes Mellitus	5 (45)	6 (14)	10 (28)	0.06
Coronariopatía	5 (45)	25 (58)	19 (52)	0.72
CRM previa	3 (27)	10 (23)	4 (11)	0.29
Vasculopatía periférica	3 (27)	12 (28)	8 (22)	0.83
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1 (9)	8 (18)	1 (3)	0.08
Insuficiencia renal crónica	1 (9)	17 (40)	16 (44)	0.10
Estimación de riesgo STS %	6.1 +/- 3.3	7.0 +/- 4.1	4.9 +/- 2.5	0.04
Área valvular aórtica (cm ²)	0.68 +/- 0.2	0.70 +/- 0.1	0.74 +/- 0.1	0.50
Gradiente aórtico medio (mmHg)	41 +/- 15	42 +/- 11	45 +/- 17	0.65
Gradiente aórtico máximo (mmHg)	58 +/- 24	69 +/- 14	72 +/- 22	0.10

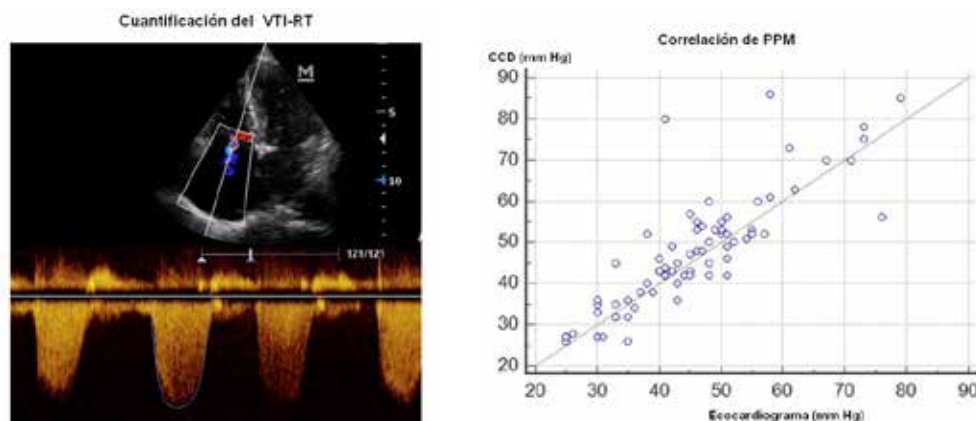
Medidas ecocardiográficas	Área TSVI (mm ²)	Mediana	RIC	P Valor vs ETT	ET vs ETT	P valor vs ETE	ET vs ETE
ETT	302.7 +/- 110	314	203-323			0.41	0.79
ETE	277.5 +/- 116	314	205-324	0.41	0.79		
Medidas por TCMS							
EIE control	408.3 +/- 89.1	407	302-479	0.03	0.34	0.03	0.38

menor. Población Acurate (Symetis): Sobre un total de 32 pacientes, el 78 % se hubieran colocado una prótesis de un tamaño menor. Población Lotus (Boston Scientific): Sobre un total de 6 pacientes, el 66 % se hubieran colocado una prótesis de un tamaño menor. Conclusiones: La ecocardiografía 2D infraestima el área del TSVI tanto en su modalidad transtorácica como transesofágica. De haberse guiado por este método, en el 68% de los casos se habría implantado una prótesis de tamaño inferior a la recomendada por el gold standard. Esta conclusión presenta una correlación directa con el riesgo tanto de fuga paravalvular post implante como de migración de la prótesis.

0310 - CORRELACIÓN EN LA CUANTIFICACIÓN INVASIVA Y NO INVASIVA DE LA PRESIÓN PULMONAR MEDIA EN NUESTRA POBLACIÓN CON HIPERTENSIÓN PULMONAR.

LESCANO, Adrian Jose(1) | LAVALLE COBO, Augusto(1) | SANTA MARIA, Hector(1) | FERRO, Alejandra(1) | DAMIANICH, Guido(1) | GONZALEZ, Miguel(1) | MUSANTE, Christian(2) | GRANCEL, Hugo(1) | SANATORIO FINOCHIETTO (1); SANATORIO DE LA TRINIDAD QUILMES (2)

Objetivos: Introducción: La cuantificación del valor de presión pulmonar a través del ecocardiograma doppler es una herramienta fundamental en la estrategia de screening y manejo de los pacientes (p) con hipertensión pulmonar (HP). Sin embargo, el cateterismo cardíaco derecho (CCD) continúa siendo un método indispensable en el diagnóstico confirmatorio, por la cuantificación de la presión pulmonar media (PPM) > 25 mm Hg. Ciertos reportes sugieren que el uso de la integral de la velocidad del flujo tricuspídeo (VTI-TR) podría tener un rol en la definición de la PPM, aunque no es una técnica avalada para su utilización en la práctica clínica. Objetivo: Estimar la correlación entre el VTI-RT del ecocardiograma doppler y el cateterismo cardíaco derecho en relación a la cuantificación de la presión pulmonar media, en nuestra población con diagnóstico de HP. Materiales y Métodos: Se incluyeron p con diagnóstico establecido por un CCD de HP (PPM > 25 mm Hg), desde Marzo de 2012 hasta Octubre de 2015, en 2 centros de insuficiencia cardíaca. Se realizó la historia clínica donde se identificaron los datos de relevancia. Las variables ecocardiográficas fueron obtenidas por 2 operadores con experiencia, con un equipo General Electric Vivid 5 S y registraron los parámetros anatómicos y de función sistólica del ventrículo derecho (FVSD). La PPM se obtuvo a través de la sumatoria de la ecuación de Bernoulli modificada del VTI-RT y la presión de aurícula derecha (diámetro de vena cava inferior y presencia de colapso inspiratorio). La confirmación hemodinámica se realizó con el CCD, con catéter de Swan Ganz. La diferencia en la realización, entre el CCD y ecocardiograma doppler, fue menor de 24 horas y el resultado ciego para el ecocardiografista. La PPM obtenida por los 2 métodos fue comparada utilizando el coeficiente de correlación de concordancia de Lin y Bland Altman. La PPM fue categorizada en 11 grupos por 10 mm Hg de incremento y se utilizó el coeficiente de Kappa para determinar la calidad de adecuación. El análisis se ejecuto con el Bioestat 5.0. Resultados: Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, consecutivo y prospectivo, que incluyó a 90 casos incidentales con diagnóstico hemodinámico de HP. La edad media de la población es 58 años (±19) y sexo femenino 72%. El diagnóstico de HP fue Grupo (G) I 66%, G II (14%), G III (8%), G IV (6%) y G V (6%). Se observa clase funcional III-IV en 53%, insuficiencia cardíaca 80% y síncope en 25%. El CCD presenta valores promedio en mm Hg: PPM 46 (±15), PP sistólica 75 (±19), PP diastólica 33 (±12) y presión de aurícula derecha 10 (±5.2) e índice cardíaco de 2,6 (± 0.34) litros/min/mts². Entre los hallazgos ecocardiográficos observamos: FVSD deterioro 80%, valor de TAPSE promedio 17 (±4) mm, PP sistólica 75 mm Hg (±15) y una PP media 45 (±12). Conclusiones: En nuestra población analizada con diagnóstico establecido de HP observamos una buena correlación en la cuantificación de la PP media por el VTI-RT del ecocardiograma doppler y el cateterismo cardíaco derecho. Futuras investigaciones son necesarias para determinar el rol de la medición de la PPM en forma no invasiva, como herramienta diagnóstica de HP.



0331 - RESERVA CONTRÁCTIL EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EVALUADA POR ECOESTRES EJERCICIO

PETTI, Marcos Alberto | VIOTTI, Rodolfo | BARRANCO, Miguel Ángel | MIRAMONT, Guillermo Miguel | GIUDICI COSTA, Carlos Anibal | NASEP, Agustín | ANGIOLO, Lucas | GRAVANO, Maria Lourdes / HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS EVA PERON

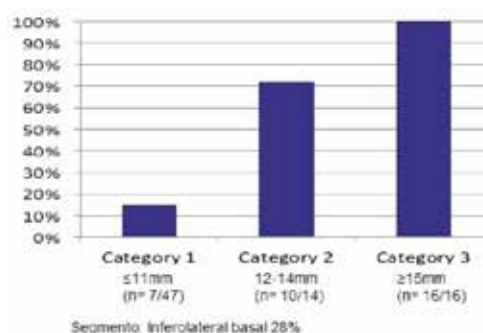
Objetivos: Evaluar y analizar el comportamiento de los parámetros de reserva contráctil hallados en el ecoestres ejercicio en pacientes (p) con hipertensión arterial pulmonar (HAP) y compararlos con un grupo control. Describir otros parámetros de evaluación funcional. Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma prospectiva pacientes adultos con diagnóstico de HAP. Se les realizó : 1) ecoestres en bicicleta supina (la reserva contráctil fue evaluada con el cambio reposo y esfuerzo de los siguientes parámetros: TAPSE, velocidad sistólica del anillo tricuspideo (S), fracción de acortamiento de área de ventrículo derecho (FAA), índice de volumen sistólico (IVS)), 2) test de marcha de 6 minutos y 3) evaluación de variables clínicas a fin de caracterizar la población. Se ingresaron 20 controles sanos para realizar la comparación con los p con HAP. Resultados: 20 p presentaron HAP, 7 p HAP idiopática, 9 p HAP asociada a enfermedad del tejido conectivo y 4 p a enfermedad cardíaca congénita, 17 fueron mujeres (85%), la edad media fue de 48 ± 17 años, y la clase funcional: 13 p (65%) en clase funcional II, 7 p (35%) en clase funcional III. En el test de marcha de 6 minutos recorrieron una distancia de 410 ± 114 metros. La comparación de los parámetros evaluados en el ecoestres con los controles fueron respectivamente: a) reposo: TAPSE 20,6 ± 4 vs 24,6 ± 4 mm p = 0,008; S 11,5 ± 3 vs 13,8 ± 3 cm/s p=0,02; FAA 39,2 ± 8,7 vs 49 ± 6,6 % p=0,001; índice de volumen sistólico IVS 30 ± 7,5 vs 37,2 ± 5,8 ml/m² p=0,001; FC 82 ± 9 vs 72 ± 11 lpm p=0,009, tensión arterial sistólica 101 ± 16 vs 108 ± 15 mmHg p=0,25 y b) post esfuerzo inmediato: TAPSE 22,2 ± 5 vs 29,4 ± 4 mm p = 0,0001; S 13,3 ± 3 vs 18 ± 3 cm/s p<0,0001; FAA 39,9 ± 9 vs 54,9 ± 7 % p<0,0001; IVS 31 ± 8 vs 44,1 ± 7 ml/m² p<0,0001, FC máxima 116,4 ± 18 vs 130 ± 21 lpm p<0,0001, tensión arterial sistólica máxima 122 ± 21 vs 144 ± 18 mmHg p=0,002, carga máxima realizada 590 ± 268 vs 1386 ± 292 Kg p<0,0001. La reserva contráctil se encontró marcadamente disminuida en los p con HAP al compararlo con los controles, observándose las siguientes variaciones en : TAPSE 1,5 ± 2 (7,8%) vs 4,8 ± 3 mm (19,5%) p=0,001; S 1,7 ± 1 (15,6%) vs 4,2 ± 3 cm/s (30,4%) p=0,004; FAA 1 ± 4 (1,8%) vs 5,9 ± 5 % (12,3%) p=0,003; IVS 1 ± 4 (3,3%) vs 6,8 ± 6 ml/m² (18,5%) p=0,003. En el grupo con HAP se compararon los p con función sistólica de ventrículo derecho disminuida y preservada en reposo y su respuesta al ejercicio, respectivamente, sin observarse diferencias de significación estadística en los valores de reserva contráctil: TAPSE 0,7 ± 2 vs 2 ± 2 mm p=NS; S 2,2 ± 1 vs 1,4 ± 1 cm/s p=NS; FAA -1 ± 5 vs 1 ± 3 % p=NS; IVS 2,4 ± 3 vs 0,2 ± 4 ml/m² p=NS. Conclusiones: Los parámetros de reserva contráctil en nuestra población con HAP se encuentran disminuidos comparados al grupo control. La evaluación de la función sistólica de ventrículo derecho en reposo no fue capaz de discriminar la respuesta de la reserva contráctil en el ejercicio.

0522 - EL REALCE TARDIO CON GADOLINIO DETECTA PRECOZMENTE AL COMPROMISO CARDIACO POR ENFERMEDAD DE FABRY

DEL CASTILLO, Santiago Luis | BENDER, Juan | PÉREZ DE ARENAZA, Diego | DRAGONETTI, Laura Cristina | FALCONI, Mariano Luis | PIETRANI, Marcelo | CAGIDE, Arturo | BELZITI, Cesar Antonio / HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Evaluar si la fibrosis del miocardio detectada en las imágenes de realce tardío con gadolinio detecta compromiso cardíaco en la enfermedad de Fabry. Materiales y Métodos: Incluimos 77 pacientes con diagnóstico molecular de enfermedad de Fabry referidos a nuestra institución para la evaluación de compromiso cardíaco a través de la RMC. A todos los pacientes se le realizó una RMC con protocolo para pacientes con miocardiopatías que incluyó secuencias de cinerresonancia, secuencias anatómicas, y secuencia de RTG. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de los hallazgos. Se utilizaron los parámetros de normalidad de referencia publicados por la Sociedad de Resonancia Magnética Cardiovascular. Se consideró incremento del espesor parietal cuando media > 11mm y incremento con rango de miocardiopatía hipertrofia cuando media ≥ 15mm. Resultados: La edad media de los pacientes fue de 36,7 ± 14,1 años, 39% fueron varones, la fracción de eyección promedio fue 66,1 ± 7,5 %, el volumen de fin de diástole 82,4 ± 19,0 ml/m², de fin de sístole 28,3 ± 10,8 ml/m², la masa del ventrículo izquierdo 88,7 ± 35,6 g/m², y el volumen de la aurícula izquierda de 38,2 ± 17,4 ml/m². La prevalencia de hipertrofia del ventrículo izquierdo fue de 44% y el espesor parietal estuvo incrementado en el 39% de los cuales 18% correspondían a espesores entre 12 a 14mm y 21% a espesores ≥ 15mm. El 43% de los pacientes presento RTG de siendo el patrón mas frecuente el intramiocárdico y el segmento mas afectado el inferolateral basal el 28% de los pacientes. El RTG estuvo presente en el 77% de los que cumplían criterios de

hipertrofia y 16% de los que tenían masa del ventrículo izquierdo normal. El RTG estuvo presente en el 15% de los pacientes con espesores normales del ventrículo izquierdo, en el 72% de los que presentaron incremento entre 12 y 14mm y en el 100% de los que tenían espesores ≥ 15mm (figura). Conclusiones: La afectación cardíaca en los pacientes con enfermedad de Fabry es frecuente. El incremento de los espesores parietales puede subestimar el compromiso cardíaco ya que un quinto de los pacientes sin hipertrofia del ventrículo izquierdo presentan RTG en el miocardio así como en una proporción no despreciables de sujetos con espesores normales del miocardio. La detección cardíaca precoz a través de las imágenes de RTG en la RMC podría seleccionar pacientes para un tratamiento precoz de la enfermedad de Fabry.

**0575 - ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ENDOCARDITIS DE BAJO RIESGO**

BRENNIA, Eduardo Javier | CONTRERAS, Alejandro Ernesto | AMUCHASTEGUI, Tomas | NUÑEZ, Renzo Walter | EGEA PERALTA, Nicolás Dante | AMUCHASTEGUI, Marcos / HOSPITAL PRIVADO - Centro Médico de Córdoba

Objetivos: La ecocardiografía constituye el método diagnóstico clave para el diagnóstico de endocarditis infecciosa (EI). El ecocardiograma transesofágico (ETE) permite la visualización de la vegetación con una sensibilidad entre el 90 y 100%, mucho mayor a la del ecocardiograma transtorácico (ETT). Su uso en pacientes de bajo riesgo es cada vez más frecuente y su valor ha sido poco estudiado. Materiales y Métodos: Se analizaron reportes de 424 ETE consecutivos identificándose 116 estudios solicitados por sospecha de EI. Se incluyeron 95 pacientes analizándose ETE positivo (vegetación o equivalente), diagnóstico de EI según criterios modificados de Duke (CMD), presentación clínica, antecedentes y status vital en función del riesgo clínico del paciente (bajo riesgo vs alto riesgo). Se definió como alto riesgo a aquellos con condiciones clínicas en las que debe sospecharse EI (Eur Heart J 2009;30:2369-413), a aquellos en los que el uso de ETE se considera apropiado (J Am Coll Cardiol 2011;57:1126-66) y pacientes en hemodiálisis. Materiales y Métodos: Se analizaron reportes de 424 ETE consecutivos identificándose 116 estudios solicitados por sospecha de EI. Se incluyeron 95 pacientes analizándose ETE positivo (vegetación o equivalente), diagnóstico de EI según criterios modificados de Duke (CMD), presentación clínica, antecedentes y status vital en función del riesgo clínico del paciente (bajo riesgo vs alto riesgo). Se definió como alto riesgo a aquellos con condiciones clínicas en las que debe sospecharse EI (Eur Heart J 2009;30:2369-413), a aquellos en los que el uso de ETE se considera apropiado (J Am Coll Cardiol 2011;57:1126-66) y pacientes en hemodiálisis. Resultados: Sobre los 95 pacientes estudiados, 39 pacientes (41%)

I. Criterios de uso apropiado del ecocardiograma transesofágico como estudio inicial o suplementario.

1. Evaluación de la estructura y la función valvular para evaluar la posibilidad, asistencia y planificación de una intervención.
2. Para diagnosticar endocarditis infecciosa en pacientes con una probabilidad pre-test moderada o alta (por ejemplo, bacteriemia por estafilococos, fungemia, válvula cardíaca protésica o dispositivo intracardíaco).

II. Situaciones clínicas en donde debe sospecharse endocarditis infecciosa.

1. Nuevo soplo cardíaco regurgitante
2. Eventos embólicos de origen desconocido
3. Sepsis de origen desconocido (especialmente si está asociada a un organismo causante de EI)
4. Fiebre asociada a:
 - a. Material protésico intracardíaco (p. ej., válvula protésica, marcapasos, desfibrilador implantable, guías quirúrgicas)
 - b. Antecedentes de EI
 - c. Enfermedad valvular o cardiopatía congénita previa
 - d. Otras predisposiciones a EI (estado inmunodeficente, drogadicción iv.)
 - e. Predisposición e intervención reciente con bacteriemia asociada
 - f. Evidencia de insuficiencia cardíaca congestiva
 - g. Nuevo trastorno de conducción
 - h. Hemocultivo positivo con típico organismo causante de EI o serología positiva para fiebre Q crónica
 - i. Fenómeno vascular o unisustentado: evento embólico, manchas de Roth, hemorragias en artilla, lesiones de Janeway, nódulos de Osler
 - j. Síntomas y signos neurológicos focales o no específicos
 - k. Evidencia de embolia/infiltración pulmonar (EI derecha)
 - l. Abscesos periféricos (renal, esplénico, cerebral, vertebral) de causa desconocida

Ecocardiograma transesofágico positivo y diagnóstico de endocarditis infecciosa según criterios de Duke modificados en pacientes de bajo riesgo vs alto riesgo

	Bajo riesgo (n:39)	Alto riesgo (n:56)	p:
ETE positivo - n (%)	0 (0.0)	16 (28.6)	<0.0001
EI Definitiva - n (%)	0 (0.0)	10 (17.9)	0.005
EI Posible - n (%)	2 (5.1)	27 (48.2)	<0.0001
EI Desestimada - n (%)	37 (94.9)	19 (33.9)	<0.0001
Necesidad de cirugía - n (%)	0 (0)	6 (10.7)	0.078
Mortalidad - n (%)	2 (5.1)	6 (10.7)	0.46

ETE: ecocardiograma transesofágico. EI: endocarditis infecciosa

fueron de bajo riesgo. Dieciséis pacientes presentaron ETE positivo, ninguno en el grupo de bajo riesgo (0% vs 28.6% en alto riesgo, $p < 0.0001$). Ningún paciente tuvo diagnóstico de El definitiva según CMD vs 10 pacientes en el grupo alto riesgo (0% vs 17.9%, $p = 0.005$). Los pacientes con diagnóstico de El posible fueron solo 2 en el grupo bajo riesgo vs 27 en el grupo alto riesgo (5.1% vs 48.2%, $p < 0.0001$). Aquellos con El rechazada fueron 37 de bajo riesgo y 19 pacientes de alto riesgo (94.9% vs 33.9%, $p < 0.0001$). Conclusiones: Cuatro de cada 10 ETE solicitados por sospecha de El se realizaron en pacientes de bajo riesgo. Dicha práctica no redujo significativamente en el diagnóstico de nuevos casos de endocarditis en comparación con la práctica realizada en pacientes de alto riesgo.

0141 - FIBRILACIÓN AURICULAR EN MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA. PREDICTORES DE SU DESARROLLO

AMETRANO, María Clara(1) | COSTABEL, Juan Pablo(1) | TERRICABAS, M(2) | VENTURINI, María Cristina(1) | RONDEROS, Ricardo(1) | EVANGELISTA, Arturo(3) | GALVE, E(4) | AVEGLIANO, Gustavo(1)

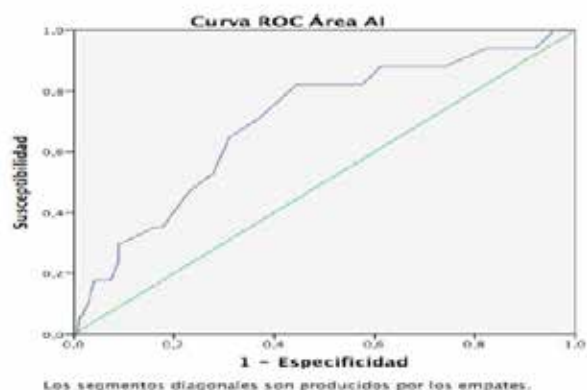
INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA (1); HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D' HEBRON (2); HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D' HEBRON (3); HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D' HEBRON (4)

Objetivos: La fibrilación auricular (FA) es una arritmia que se presenta en alrededor del 20-25 % de los pacientes con miocardiopatía hipertrófica (MCH). Su desarrollo conlleva riesgos cardioembólicos y de insuficiencia cardíaca que impactan en la morbilidad de los pacientes. El objetivo de este trabajo es identificar predictores del desarrollo de fibrilación auricular que permitan detectar tempranamente el desarrollo de arritmias. Materiales y Métodos: Se analizaron en manera conjunta 2 poblaciones de pacientes con MCH pertenecientes a un centro hospitalario privado de la ciudad de Buenos Aires y a un hospital de Barcelona. Se incluyeron un total de 351 pacientes con una mediana de tiempo de seguimiento de 3 años (1-10). La edad media fue de 54 ± 16 años, el 33 % eran formas obstructivas y el 94.2 % tenían función sistólica conservada. Resultados: 30 pacientes tenían FA al inicio del seguimiento por lo que no fueron tenidos en cuenta y 38 desarrollaron FA en el seguimiento, representando el 11.8 % de la población. En el análisis univariado los factores asociados al desarrollo de FA fueron la edad, el espesor miocárdico máximo, el área auricular, la relación $E/e' = 17$ y la presión sistólica pulmonar valorada por eco. En el análisis multivariado sólo la relación $E/e' = 17$ (HR 3,27 (1,10-9,27) $p = 0,033$) y el área auricular (HR 1,06 ((1,00-1,13) $p = 0,037$)) mostraron relación significativa. Conclusiones: En nuestro trabajo la relación $E/e' = 17$, como expresión de aumento de las presiones de llenado del VI, y el remodelado auricular con aumento del área representan fuertes predictores independientes de fibrilación auricular. Estas variables deben ser tenidas en cuenta para realizar un fuerte screening de FA en los pacientes que las posean.

Tabla 1. Características generales de la población.

Variable	Valor
Edad (años)	$54 \pm 16,8$
Sexo masculino (%)	67,2
HTA (%)	30,9
Muerte súbita	0,8
Síncope (%)	8,9
FA (%)	8,5
Forma (%)	
Apical	19,9
Septal Obstructiva	26,2
Septal no Obstructiva	25,9
Concéntrica	0,3
Medioventricular	1,1
Gradiente máximo (mmHg)	12 (10-44)
Ablación previa (%)	0,8
Clase funcional	
I	67
II	24
III-IV	9
FE _{yc} 50 % (%)	5,8
Espesor máximo	18 (16-20)
Diámetro AI	23 (20-28)
IM (%)	
Leve	34
Moderada	10,8
Severa	1,5
E/e	19 (8-15)
Comportamiento anormal de la TA (%)	2

Figura 2. Curva ROC para el área de la aurícula izquierda.



0207 - IMPACTO DE LA TROMBOLISIS SISTÉMICA SOBRE VARIABLES HEMODINÁMICAS Y BIOMARCADORES EN PACIENTES INTERNADOS POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE RIESGO INTERMEDIO.

SCATULARO, Cristhian Emmanuel | KLIN, Pablo Alejandro | ZAMBRANO, Carola | RODRIGUEZ, Andrés | CANEVA, Jorge | KLEIN, Francisco | FUNDACIÓN FAVALORO

Objetivos: La utilización de trombolíticos en el tromboembolismo pulmonar (TEP) de riesgo intermedio no ha demostrado disminuir la mortalidad, aunque sí la progresión del deterioro hemodinámico y su recurrencia. Existe controversia acerca del comportamiento de los parámetros hemodinámicos (presión sistólica estimada de arteria pulmonar: PSVDe) y biomarcadores en pacientes (P) internados con diagnóstico de TEP de riesgo intermedio tras la infusión de trombolíticos sistémicos. Nuestro objetivo fue evaluar el impacto de la infusión de trombolíticos en la hemodinamia y los biomarcadores en P internados por TEP de riesgo intermedio. Materiales y Métodos: Se analizaron en forma retrospectiva 30 P internados entre Marzo 2010 y Mayo 2016 con diagnóstico de TEP de riesgo intermedio, definido como aquel que no presentó hipotensión arterial, pero cursó con disfunción ventricular derecha y/o elevación de BNP. Se analizaron parámetros demográficos, clínicos, variables hemodinámicas medidas por ecocardiografía y biomarcadores al ingreso, luego de la trombolisis y al egreso. Se reporta la evolución durante la internación. Resultados: Sobre un total de 30 P, 12 (40%) fueron trombolizados, siendo 10 de ellos tratados con rt-PA (83%), mientras el resto recibió heparinización sistémica. La mediana de seguimiento fue de 1.9 (RIC 0.7-3) años. De los P que no fueron trombolizados, el 20% había recibido una intervención mayor y el 10% había presentado trauma de cráneo recientes. El diagnóstico de TEP se confirmó por angiografía en el 76% de los casos y por centellograma de ventilación/perfusión en 24%. El 42% de la población presentaba trombosis venosa profunda al momento del diagnóstico. No hubo diferencias en la edad según el tratamiento recibido (61 ± 19 vs 65 ± 14 años; $p = NS$). Si bien hubo un predominio de hombres en la población (60%), no hubo diferencias en el género en cuanto a la infusión de trombolíticos. En el 83% (24 P) el score PESI simplificado (PESIs) al ingreso fue < 2 ; no hubo diferencias en el PESIs al ingreso según la indicación de trombolíticos. La duración de internación fue 9 ± 4 días, sin diferencias según el tratamiento. La PSVDe al ingreso fue de 66 ± 13 mmHg. No se detectaron diferencias en las presiones pulmonares durante la internación. El BNP al ingreso fue de 335 ± 291 pg/ml, sin diferencias entre los grupos. Se registraron 3 eventos de sangrado en P que recibieron trombolíticos, mientras que ninguno ocurrió en P con tratamiento anticoagulante, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Se registraron 2 óbitos en los P que recibieron trombolíticos, mientras que 3 P fallecieron en el grupo de heparinización. Conclusiones: Del mismo modo que en los reportes previos, en el presente estudio la administración de trombolíticos no se relacionó con una reducción de la mortalidad en pacientes internados por TEP de riesgo intermedio. Asimismo no se registraron cambios significativos en el comportamiento hemodinámico ni de los biomarcadores. Su administración se asoció con complicaciones no fatales.

0273 - REVALIDACIÓN DE LAS GUÍAS Y CONSENSOS DE VALVULOPATÍAS EN MÉDICOS ARGENTINOS. ESTUDIO REVAL.

CANIGLIA, Cristian Carlos(1) | ROSENDE, Andres(1) | ZANOTTI, Silvia(1) | PORLEY, Carlos Sebastián(1) | PUENTE, Luciana Jimena(1) | SALVATORI, Carolina(1) | LOWENSTEIN HABER, Diego Maximiliano(1) | GAGLIARDI, Juan Alberto(2) | CONSEJO DE CARDIOLOGÍA CLÍNICA SAC (1); AREA DE INVESTIGACION SAC (2)

Objetivos: Valorar cual es el grado de acuerdo de los médicos argentinos con las recomendaciones elaboradas por las guías de práctica clínica y los consensos de enfermedad valvular. Materiales y Métodos: Se evaluó en médicos afiliados a la Sociedad Argentina de Cardiología el grado de acuerdo en la práctica clínica con las recomendaciones de la guía europea de valvulopatías ESC 2012, la guía americana de enfermedades valvulares AHA/ACC 2014 y el consenso argentino de valvulopatías SAC 2015 mediante una encuesta online. Se recabaron variables como sexo, edad y tipo de especialidad. La misma se conformó por 16 enunciados afirmativos y negativos sobre los cuales el encuestado estableció su grado de acuerdo mediante la utilización de la Escala de Likert. Esta escala planteó dos opciones que expresaban desacuerdo y otras 2 que expresaban acuerdo. Se estableció una quinta opción de opinión neutral que fue interpretada como desconocimiento del tema encuestado. De manera descriptiva se expresaron los datos correspondientes a las distintas opciones seleccionadas en cada enunciado mediante números y porcentajes. Se establecieron comparaciones por especialidad y grupo etario. Resultados: Respondieron la encuesta 214 médicos (166 hombres, 77.57%, edad promedio 47.25 ± 12.8 años): 143 cardiólogos generales (47.45 ± 12.2 años), 49 cardiólogos especialistas en imágenes (45.28 ± 13.3 años) y 22 de otras especialidades: cirujanos, hemodinamistas y clínicos (50.6 ± 14.8 años). El porcentaje global de acuerdo

RESUMENES DE TEMAS LIBRES

entre las conductas de todos los médicos participantes y las guías de práctica y consensos fue del $79.80\% \pm 12.2\%$. Dicho porcentaje fue mayor en el grupo de cardiólogos especialistas en imágenes ($83.59\% \pm 12.8\%$), seguido de cardiólogos generales ($78.3\% \pm 12.5\%$) ($p = 0.02$) y finalmente del grupo de otras especialidades ($75.5\% \pm 10.9\%$) ($p < 0.05$). Cuando se compararon por edad, no se encontraron diferencias estadísticas en los resultados. El porcentaje de acuerdo en cada valvulopatía en particular fue el siguiente: En valvulopatía aórtica fue del $81.6\% \pm 20.3\%$ en estenosis y en insuficiencia del $78.3\% \pm 31.2\%$. En enfermedad mitral fue de un $83.4\% \pm 20.9\%$ en estenosis y de un $77.82\% \pm 21.4\%$ en insuficiencia. En insuficiencia tricuspídea fue del $76.4\% \pm 42\%$. Respecto a las conductas vinculadas al seguimiento clínico de los pacientes (indicaciones de eco Doppler transtorácico, prueba ergométrica graduada, anticoagulación oral, profilaxis de endocarditis infecciosa, control en pacientes embarazadas), el porcentaje de acuerdo global fue del $82.35\% \pm 17.1\%$. Los porcentajes de acuerdo más bajos se dieron en la selección del tipo de prótesis en pacientes de entre 60 y 70 años ($51.7 \pm 42\%$), en la indicación de plástica mitral ($66.5\% \pm 47.1\%$) y en los médicos no especialistas en imágenes en las preguntas que incluían valores absolutos del eco Doppler transtorácico ($70.9\% \pm 27.9\%$). El porcentaje de acuerdo más alto se dio en la indicación de reemplazo valvular aórtico percutáneo en pacientes de alto riesgo quirúrgico ($94.5\% \pm 22.6\%$). Conclusiones: El grado de acuerdo entre las conductas de los médicos argentinos afiliados a la SAC y las recomendaciones establecidas por las guías de práctica y consensos de valvulopatías fue globalmente elevado, siendo mayor en los cardiólogos especialistas en imágenes, seguidos de los cardiólogos generales y finalmente por el grupo de otras especialidades. Es probable que los médicos que presentaron los puntos de menor coincidencia hayan sido influenciados por las características del centro asistencial al que pertenecen (disponibilidad de cirujanos con experiencia en plástica mitral, disponibilidad de equipamiento para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes o preferencia de determinados tipos de prótesis).

0431 - VALOR DE LA TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES/TOMOGRAFIA COMPUTADA EN EL DIAGNOSTICO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

ARMA, Josefa Irene | COLLAUD, Carlos | DE STEFANO, Luciano | HUMÉ, Isabel | JAGER, Victor | MOLLERACH, Ana | PÉREZ DE ARENAZA, Diego | CAGIDE, Arturo / HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Establecer el rol de la tomografía por emisión de positrones/tomografía computada (PET/TC) en la evaluación de endocarditis infecciosa (EI) posible dado el desafío diagnóstico y terapéutico que plantea. Materiales y Métodos: Se incluyeron 13 pacientes (ptes) que fueron derivados para efectuar un PET/TC por sospecha de EI entre agosto/2013 y diciembre/2015. Ningún pte cumplía con los criterios de Duke para el diagnóstico de endocarditis definitiva o rechazada. Doce pacientes tenían ecocardiograma transefágico negativo. 7 ptes con válvula protésica (5 aórticas, 1 de ellas en un paciente con marcapasos y 2 mitrales). 3 ptes con marcapasos (MP). El tiempo promedio transcurrido desde la cirugía de reemplazo valvular hasta la realización del PET/TC fue de 43.3 meses y el tiempo promedio transcurrido desde la colocación del MP hasta la realización del PET/TC fue de 45 meses. El diagnóstico de EI se estableció de acuerdo a la evolución clínica y la respuesta al tratamiento antibiótico. El PET/TC fue realizado con preparación para disminuir la captación miocárdica: ayuno de 12 horas y dieta libre de hidratos de carbono y rica en lípidos durante las 24 horas previas a realizar el estudio. Se efectuó una adquisición de cuerpo entero y otra centrada en la adquisición cardíaca con 15 minutos

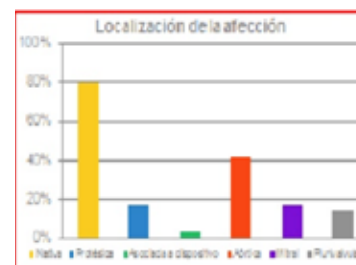
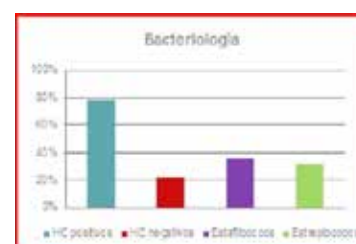
de camilla, con una dosis de 10 mCi. La glucemia fue menor a 160 mg/dl en todos los ptes. Resultados: El PET/TC fue positivo (+) en 7 ptes. en los que se confirmó el diagnóstico de EI. 4 ptes con válvula protésica, 2 válvulas nativas y 1 MP definitivo. Los 7 ptes con resultado (+) en el PET/TC recibieron tratamiento ATB completo para endocarditis (3 ptes iniciaron el tratamiento previo al PET/TC y 3 ptes luego del estudio), 1 de ellos supresivo. Un pte fue operado luego del resultado del PET con captación en la válvula aórtica, siendo sometido a reemplazo valvular aórtico. 6 ptes con estudio PET/TC negativo para EI (3 válvulas protésicas y 3 nativas). En 1 descartó el diagnóstico de endocarditis sin otro foco de infección y en 2 detectó otros focos de infección (bolsillo de MP y pulmón en pte EPOC). 3 ptes quedaron como endocarditis posible. PET/TC definió conducta en 7 de 13 ptes (54%). Si se incorporan los 3 ptes que ya se encontraban bajo tratamiento ATB sobre los que el PET/TC definió la duración del mismo, el cambio de conducta se eleva a 10 de 13 ptes (77%). Los valores de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo fueron: 86%, 83%, 86% y 83% respectivamente. Los valores de SUV a nivel de las válvulas en los estudios positivos para EI se encontraban en un rango entre 4.3 y 5.6, siendo de 6.8 en el paciente con estudio positivo en los cables del MP. Conclusiones: El PET/TC fue un método sensible y específico para la evaluación de pacientes con endocarditis posible, tanto en dispositivos protésicos como en válvulas nativas. La evaluación con PET/TC determinó un cambio de conducta en 54% de los pacientes, confirmando el diagnóstico de endocarditis en 4 ptes y descartándola en 3.

Válvulas protésicas (7)	Aórticas	Mitrales
Biológicas	3	1
Mecánicas	2	1

0546 - INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

GÓMEZ, Matías | AMÉNDOOLA, Flavia | BOZZA, Arturo Hipólito | ECHAZARRETA, Diego Federico | MANCINI, Leonardo | PORTIS, Marcelo Luis | PISANO, Oscar Eduardo | MARELLI, Roberto Daniel / HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO DE AGUDOS Y CRÓNICOS "SAN JUAN DE DIOS" DE LA PLATA

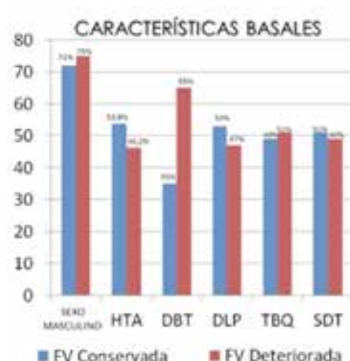
Objetivos: Realizar una descripción epidemiológica de los pacientes (p) con endocarditis infecciosa (EI) definitiva y cuadro clínico compatible con insuficiencia cardíaca aguda (ICA) ingresados en la Unidad Coronaria durante el período enero de 2010 – abril de 2016. Materiales y Métodos: Se evaluaron 74 p durante el período enero de 2010 – abril de 2016. Se utilizaron los criterios diagnósticos para EI de la Universidad de Duke (Durack 1994) con su antecedente inmediato de los propuestos por el Hospital San Juan de Dios de La Plata en 1991 (Corsiglia D, Sanchez R, Rev Fed Arg Cardiol 1991). Se registraron las variables en una plataforma Microsoft Excel 1997-2004. Se realizaron las correlaciones estadísticas mediante Test de Student y Chi Cuadrado considerando una $P < 0.05$ como significativa. Resultados: Se incluyeron en el análisis retrospectivo 74 p de los cuales 28 p (37,8%) presentaron ICA como forma clínica de presentación de la EI; dentro de este subgrupo, 6 p evolucionaron con shock séptico (21,4%). En este subgrupo 24 p fueron varones con una edad promedio de 45,8 años (DS 16). 22 p presentaron EI en válvula nativa (78%), 5 p EI de válvula protésica (17%) y 1 p EI asociada a marcapasos definitivo (3%). De las EI sobre válvula nativa, 12 fueron sobre válvula aórtica (42%), 5 sobre válvula mitral (17%), y 4 p presentaron afección de más de 1 válvula (14%). El 28 % se asoció a la presencia de válvula aórtica bicúspide. 25 p presentaron fiebre y/o equivalentes febriles al momento del diagnóstico (89%). 13 p presentaron fenómenos embólicos (46%). Los hemocultivos fueron positivos en 22 casos (78,5%), y los microorganismos más frecuentes fueron el estafilococo en 8 p (36%) y el estreptococo en 7 p (32%). 19 p (68%) fueron sometidos a tratamiento quirúrgico con una mortalidad del 42% (8 p). Globalmente se registraron 14 óbitos (50%). No se halló correlación estadísticamente significativa entre la mortalidad y presencia de: insuficiencia renal ($P: 0.796$, Chi2: 0.067), infección incontrolada y la EI protésica ($P: 0.119$, Chi2: 2.432). Conclusiones: Observamos, en concordancia con datos epidemiológicos previos, que la mayoría de los casos de EI ocurrieron en varones y se presentaron sobre válvula nativa, principalmente aórtica. La necesidad de resolución quirúrgica se evidenció en más de la mitad de los pacientes con diagnóstico establecido de EI, con una mortalidad operatoria elevada (42%) y una global del 50%. A pesar de los avances en los métodos diagnósticos y tratamiento, la mortalidad hospitalaria de la EI continúa siendo elevada.



0552 - PREDICTORES DE DETERIORO DE LA FUNCION VENTRICULAR LUEGO DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN PACIENTES SIN ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD CORONARIA PREVIA

PÉREZ, María Fernanda | BERENGUER DÍAZ, Raul Eduardo | DIONISIO, Gabriel Fernando | PUERTA, Leandro Gastón | VALVERDE, Tomás | GONZALEZ, Alejandra | STRUMINGER, Marcelo | KEVORKIAN, Ruben / HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DONACIÓN FRANCISCO SANTOJANNI

Objetivos: Identificar predictores de deterioro de la función ventricular (PDFV) luego de una angioplastia primaria (ATC 1°). Materiales y Métodos: Se incluyeron 297 pacientes (p) de una población de 473 tratados con ATC 1° durante el período octubre 2010 a abril 2016 internados en un Hospital Público de la ciudad de Buenos Aires. Fueron excluidos los que recibieron estrategia farmacoinvasiva, los que presentaban antecedentes de enfermedad coronaria y aquellos en los que no se pudo obtener el dato de Función Ventricular (FV). Se definieron como PDFV: IAM extenso (IAM anterior o combinado), Killip Kimball (KK) de ingreso, Tiempo puerta balón mayor a 90 minutos, ausencia de resolución del ST. Las variables continuas se expresaron como media $\pm$ desviación estándar y las categóricas, como frecuencias, siendo comparadas con prueba de la t o de chi cuadrado según correspondiera. Resultados: La población incluida era mayormente de género masculino (74%), con una media de edad del grupo (G) con FV Conservada (G 1) de 60 años (33-92) y de 59 (32-96) en el G con FV deprimida (G 2) ($p: ns$). No hubo diferencias en la distribución de los factores de riesgo cardiovascular (Hipertensión Arterial 52.5%, Tabaquismo: 51.5% Dislipemia: 23.5%, Sedentarismo: 56.2%; $p: ns$), a excepción de la Diabetes (G 1: 12.75% vs G 2: 23.65%, $p: 0.016$). No se detectaron diferencias significativas en relación al Tiempo puerta balón mayor a 90 minutos (G 1, 85p (54.84%) G 2, 70p (45.16%) $p: ns$). En el análisis multivariado una mayor extensión del infarto se relacionó con FV deprimida (OR 2,77; $p: 0.0001$). Conclusiones: La extensión del infarto presentó una fuerte asociación con FV alterada luego de una ATC 1°. Pudo detectarse una mayor frecuencia de Diabetes en este grupo de pacientes.



0075 - EVALUACIÓN MULTICÉNTRICA DE LA DOSIS DE HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR AJUSTADA POR EL PESO ESTIMADO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN ARGENTINA

CELANO, Leonardo | CAZAÑAS, Dario | DI TORO, Dario Carlos | HADID, Claudio Leon | ANTEZANA CHAVEZ, Edgar | INGINO, Carlos A. | GALLINO, Sebastian | LABADET, Carlos David / HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH

Objetivos: La utilidad de las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) ha sido demostrada en extensos ensayos randomizados, particularmente en fibrilación auricular, tromboembolismo de pulmón, trombosis venosa profunda y síndromes coronarios agudos, entre otros. La eficacia demostrada se encuentra ajustada a una dosis adecuada dependiente del peso del paciente. Para conocer su utilidad, se ha realizado un análisis de pacientes con indicación de HBPM comparando la dosis indicada según el peso estimado versus la dosis según el peso real del paciente. Se tomó como rango adecuado ± 10 kg del peso estimado en relación al peso real. Materiales y Métodos: Se relevaron datos de manera retrospectiva (previo al alta), de pacientes internados en Servicios de Cardiología de alta complejidad, público y privados con residencia, con alguna patología que requiera HBPM. Se evaluó la indicación de la dosis administrada y su relación con el peso estimado por el médico interviniente, y luego se midió el peso a los pacientes. Los pacientes con contraindicación, clearance de Cr menor a 30 ml/min o que pesaran más de 100 kg fueron excluidos. Resultados: Se incluyeron 102 pacientes con una edad media de 68 años, 33 fueron mujeres; La causa de anticoagulación fue 1 trombo en ventrículo izquierdo, 11 pacientes con válvula mecánica, 19 síndromes coronarios agudos, 27 TVP/TEP y 43 pacientes con AA/FA. La media de clearance de Cr (Cockcroft-Gault) fue de 89,18 ml/min y la heparina utilizada en todos los pacientes fue enoxaparina. Luego de ajustar por el peso real la dosis de HBPM (1mg/kg peso cada 12 hs) se observó que el 62,75% de los pacientes se encontraban anticoagulados incorrectamente. De los pacientes anticoagulados con la dosis inadecuada, 95,16% se encontraban en rango subterapéutico y 4,83% con una dosis superior a la normal. Conclusiones: La anticoagulación con HBPM basada en la estimación del peso conlleva una inadecuada dosis de heparina, generalmente por una infraestimación del peso. La determinación del peso real es indispensable para una correcta terapéutica anticoagulante.

Pacientes (n)	102
Masculinos (%)	67,6
Edad media (años)	68 $\pm$ 12
Causa de anticoagulación (n)	
*Fibrilación/aleteo auricular	43
*TVP/TEP	27
*SCA	19
*Válvula mecánica	11
*Trombo VI	1
Clearance Cr (media ml/min)	89,1 $\pm$ 56
Peso medio (Kg)	77,7 $\pm$ 13
Rango subterapéutico (%)	95,1
Enoxaparina (%)	100

0081 - CONSULTA MÉDICA PREVIA AL INICIO DE ACTIVIDAD DEPORTIVA EN UNA POBLACIÓN SANA

MACIEZRYNSKI, Lorena Elisa | PERESSOTTI, Bruno | PELLIZZI, Mauricio | ISHINO, Koji | BAÑOS, Nicolás | LÓPEZ DIEZ, Juan Cruz | ANDREATTA, María Florencia | CUROTTO GRASIOSI, Jorge L. / HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: en la última década hemos observado un incremento en la cantidad de controles médicos deportivos para la prevención de la muerte súbita de origen cardiovascular asociada con el ejercicio físico. El objetivo de nuestro estudio fue conocer si una población de individuos aparentemente sana había realizado algún tipo de valoración cardiológica previa a la iniciación de la actividad deportiva. Materiales y Métodos: se analizaron 340 individuos desde enero a diciembre de 2015 que hicieron una consulta para realizar actividad física, la edad media era de 39 $\pm$ 15 años y contestaron a una encuesta de salud cardiovascular. Se preguntó por: síntomas cardiológicos de esfuerzo, consulta médico-deportiva previa y pruebas complementarias realizadas con anterioridad. Resultados: el 82% de los ptes dijo que ya se encontraba realizando actividad física y el 18% iba a iniciarla. El 46% de los encuestados refirió no haber realizado nunca un reconocimiento médico para la práctica deportiva; de los que lo habían realizado, el 28% había sido en el último año, 43% entre 1 y 5 años y el 29% hace más de 5 años. El 9% de ellos dijo no haberse realizado nunca un electrocardiograma (ECG), un 36% lo había realizado en el último año, el 30% entre 1 y 5 años y el 25% hacía más de 5 años. Un 61% no había realizado nunca una prueba de esfuerzo, un 8% la había realizado en el último año, un 14% entre 1 y 5 años y un 17% hacía más de 5 años. El 69% no se había realizado nunca un ecocardiograma, el 8% lo había hecho en el último año, el 12% entre 1 y 5 años y el 11% hacía más de 5 años. 108 individuos (32%) dijeron haber presentado en alguna ocasión durante el ejercicio dolor torácico, palpitaciones, mareo intenso o pérdida de consciencia. De ellos, el 68% nunca se había realizado un reconocimiento para la práctica deportiva, un 16% no se había realizado nunca un ECG, un 61% no se había realizado nunca una prueba de esfuerzo ni un ecocardiograma. Conclusiones: casi la mitad de los individuos participantes en el estudio nunca se han realizado un reconocimiento previo al inicio de la práctica deportiva. El ECG es el estudio que se realiza con más frecuencia. El ecocardiograma y la prueba de esfuerzo son estudios poco solicitados. La presencia de síntomas cardiovasculares es relativamente frecuente, pero ello no implica que consulten a una valoración médico-deportiva.

0188 - PERFIL CLÍNICO Y EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA SEGÚN LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN DE PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

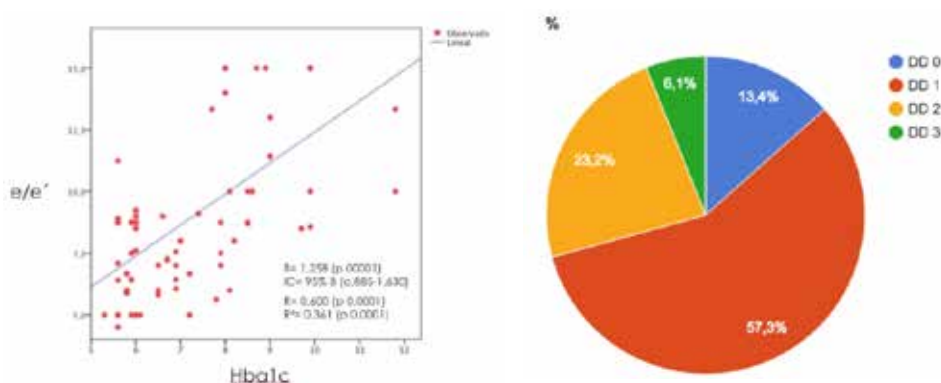
TALAVERA, María Luján(1) | ORTEGO, Javier(2) | ACOSTA, Adriana(1) | CHILIC, Ivan(1) | TRIVI, Marcelo(1) | DIEZ, Mirta(1) / INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA (1); HOSPITAL CENTRAL (2)

Objetivos: Evaluar el perfil clínico y la evolución intrahospitalaria de los ptes ingresados por ICD según la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). Materiales y Métodos: Se incluyeron prospectivamente 133 pacientes admitidos por ICD entre el periodo de octubre-2015 a marzo-2016. Se definió ICD con FEVI deteriorada (FEVI-D) a un valor < 45%, el resto se definió como FEVI preservada (FEVI-P). Se analizaron las características de la población según la FEVI y su evolución intrahospitalaria. Se definió evento a la ocurrencia de muerte y/o trasplante, a procedimientos invasivos como la necesidad de: ECMO, balón, diálisis o inotrópicos y/o vasopresores. Se consideró un valor de P < 0.05 como estadísticamente significativa. Resultados: El 67.7% (90 pts) eran de género masculino con un promedio de edad de 73 $\pm$ 12 años, el 51% (68 ptes) tenía una FEVI-D; la tasa de eventos fue del 10,5% (14 ptes). La forma de presentación en bajo gasto o shock fue más frecuente en ptes con FEVI-D (17% versus 3%, p = 0.0062) con niveles al ingreso de creatinina más elevados (mediana 1,39 IIC 25-75: 1,22-1,87 versus mediana 1,29 IIC25-75 1-1,58, p = 0.0150) y de valores de bilirrubina también más altos (mediana 1,29, IIC25-75: 0,29-1,98 versus mediana 0,86 IIC25-75: 0,63-1,27, p = 0.0008). Los pts con FEVI-D requirieron más procedimientos invasivos (34% versus 17%, p = 0.025) aunque no hubo diferencias significativas en los tratamientos invasivos (10% versus 6%, p = 0.3862) y los días de internación entre ambos grupos fueron similares (mediana 7 IIC25-75 5-12 versus mediana 6 IIC 25-75: 4-12 días, p = NS). Los pacientes con FEVI-D presentaron más tasa de eventos con respecto a los con FEVI-P (16% versus 4,6%, p = 0.0299). Conclusiones: La población de pacientes con FEVI-D presentó un perfil clínico al ingreso de mayor riesgo por presentación en bajo gasto o shock y por más evidencia de falla multiorgánica en los parámetros de laboratorio. Durante la internación, requirieron más procedimientos invasivos aunque ambas poblaciones, tanto la de FEVI-D como la de FEVI-P, fueron sometidos a tratamientos invasivos en porcentaje similar y la estadía hospitalaria promedio tampoco difirió entre ambos grupos. La mortalidad intrahospitalaria fue significativamente mayor en la población con FEVI-D.

0219 - PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN DIASTÓLICA E IMPACTO DEL CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 ASINTOMÁTICOS SIN EVENTOS CARDIOVASCULARES PREVIOS.

CHILLIK, Ivan Ezequiel | ORDOÑEZ, Santiago | VERA, María Ines | AVEGLIANO, Gustavo | RONDEROS, Ricardo | SINAY, Isaac | FORTI, Luján | SANABRIA, Hugo / INSTITUTO CARDIOVASCULAR BUENOS AIRES

Objetivos: Evaluar la prevalencia de disfunción diastólica (DD) en pacientes con diabetes tipo 2 (DBT II) asintomáticos sin enfermedad cardiovascular clínicamente establecida, y la asociación del control metabólico con la estimación de las presiones de llenado del ventrículo izquierdo. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo, retrospectivo en el que se incluyeron 82 pacientes con DBT II entre 18 y 60 años de edad que consultaron en forma ambulatoria a la Unidad de diabetes y a los cuales se les efectuó un ecocardiograma doppler color transtorácico. Se excluyeron pacientes con enfermedad cardiovascular clínicamente establecida, insuficiencia cardíaca previa, hipertensos no controlados, valvulopatías moderadas a severas, fibrilación auricular, clearance de creatinina (Cr) menor a 60 ml/min, anemia o síndrome de apnea del sueño. El diagnóstico y severidad de la DD se midieron según las guías de la asociación de Ecocardiografía e Imagen Cardiovascular de la Sociedad Interamericana de Cardiología. Se consideró el valor de hemoglobina glicosilada (HbA1c) dentro de los tres meses previos a la fecha del ecocardiograma para evaluar el control metabólico, y se midió la relación e/e' para estimar la presión de llenado del ventrículo izquierdo. Resultados: La edad promedio de la población fue de 54,6 años ($\pm$ 5,4 a). El 50,6% fueron hombres. La mediana de tiempo de evolución de la diabetes fue de 5 años con un promedio de HbA1c de 7,2% ($\pm$ 1,5 %). El 5,9% de los pacientes utilizaba insulina. La prevalencia de DD en la población fue de 76,6%. El 57,3% presentó DD grado 1, 23,3% presentó DD grado 2, y 6,1% presentó DD grado 3. El promedio de la relación e/e' fue de 8,9 ($\pm$ 3,3). Se halló una correlación significativa entre la HbA1c y la relación e/e' (R = 0,600; p = 0,0001), con un valor de R² = 0,361 (p = 0,0001). La relación entre ambas variables fue directamente proporcional (B = 1,258; p = 0,0001). En un análisis de regresión multivariado, al ajustar la HbA1c por edad, LDL colesterol, presión arterial diastólica, Cr y hemoglobina; se mantuvo dicha asociación lineal. Conclusiones: La diabetes se asocia a una elevada prevalencia de DD moderada a severa en una población menor de 60 años sin eventos cardiovasculares previos. El inadecuado control glucémico se asocia directamente con el aumento de presiones de llenado ventriculares. Nuestros resultados amplían observaciones previas y pueden ser relevantes al momento de seleccionar tratamientos antidiabéticos y establecer estrategias para prevenir el desarrollo de insuficiencia cardíaca.



0251 - PRESENTACIÓN CLÍNICA, ELECTROCARDIOGRÁFICA Y EPIDEMIOLOGICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA EN SEIS PROVINCIAS DEL NORTE ARGENTINO

HERNANDEZ, Daniel Osvaldo | HORAK, Francisco | GONZALEZ, Gustavo | HAIQUEL, Tamara Daniela | RUIZ MORENO, Camila / UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE

Objetivos: Determinar las características clínicas y electrocardiográficas en un contexto epidemiológico, con alta endemicidad de la enfermedad de Chagas en provincias del norte argentino. Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio prospectivo y observacional en pacientes diagnosticados con Enfermedad de Chagas en las provincias de Corrientes, Chaco, Formosa, Santiago del Estero, Salta y Jujuy, todas ellas situadas en el norte argentino. El estudio se realizó a desde enero del año 2008 hasta septiembre del 2015. Se consideraron como positivos o reactivos aquellos pacientes con dos serologías distintas. Utilizamos la clasificación del Consenso Internacional de Chagas, realizada en Buenos Aires en el año 2010 y el sistema de estadificación SPSS para determinar la significación estadística $p < 0.05$. A todos los pacientes se le confeccionó una historia clínica, un electrocardiograma de 12 derivaciones y pruebas disautonomías. Resultados: Se han evaluado 3695 pacientes, de los cuales 2018 fueron mujeres y 1677 hombres. 1486 pacientes presentaron chagas crónico con patología demostrada (Ch.Cr.CPD) (40.2%); y 2209 chagas crónico sin patología demostrada (Ch.Cr.SP) (59.8%). El hallazgo de alteraciones eléctricas fue las más observado. Conclusiones: Esta investigación demuestra una significación estadística de presencia femenina. La diferencia de edad ha demostrado diferentes tipos de diagnósticos patológicos, con un aumento de la prevalencia de Extrasístoles ventriculares y Hemibloqueo anterior izquierdo.

	Cantidad de ptes	Porcentaje (%)	Edad (años)	P
Analisis de rutina	2201	59.56	42,1	0,001
Presencia de sinomas	642	17,3	45,1	0,001
Embarazo	232	6,2	36,7	NS
Extrasístoles V.	251	16,75	48,3	0,001
HBAI	244	16,28	44,9	0,001
BIRD/HBAI	168	11,21	44,92	0,001

0293 - EVOLUCION CLINICA Y PRONOSTICO DE PACIENTES INTERNADOS CON DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA

LOPEZ MARINARO, Pedro Esteban | ZADERENKO, Nicolas | GIULIANI, Carlos Maximiliano | ISA, Maria Amelia | QUIROGA, Walter | ZELAYA, Felix | CONCI, Eduardo Conrado | SALA, Jose Pablo / INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGIA PRIVADO S.R.L.

Objetivos: En este trabajo se plantea describir una cohorte de pacientes de una población ingresada en una clínica de alta complejidad en la provincia de Córdoba con diagnóstico de insuficiencia cardiaca aguda descompensada (ICAD); describiendo así, las características de los mismos al ingreso, los diferentes tratamientos recibidos durante la internación y valorar el impacto de la disfunción renal sobre la evolución clínica de los pacientes. Materiales y Métodos: Se estudió de manera retrospectiva las historias clínicas un grupo de pacientes con ICAD desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2013. Se analizaron características demográficas, medicación, evolución clínica, complicaciones, muerte intrahospitalaria y se realizó un registro de reinternaciones. Se emplearon modelos bivariados para evaluar la asociación de reinternaciones con las variables clínicas de los pacientes, como el grado de disfunción renal según estadios K/DOQI. La significación estadística se estableció en un valor de $p < 0.05$ utilizando el test de chi-cuadrado. En las variables continuas se utilizó la comparación de la media T de Student. Resultados: Se analizó la muestra de los 79 pacientes y como resultados se obtuvo que la media de edad general fue de 72 ± 11 años, un 69% eran hombres $p=0,01$. La prevalencia de HTA y DBT fue de 81% y 35,44%. El 92% de los pacientes tenía diagnóstico previo de insuficiencia cardiaca. La clase funcional (CF) al ingreso en los varones fue de 38,2% en la CF II, 34,5% CF III y 20% CF IV. En las mujeres la CF más prevalente en cambio fue la CF II 45,8%. La FA estaba presente en 30,4%, la insuficiencia mitral era la valvulopatía más frecuente en el 14% de los pacientes. La media de días de internación fue de 7,15. El 39% de los pacientes tuvo empeoramiento de la ICAD durante la internación. La función renal empeoró en un 36,7% de los pacientes. Luego del alta se registraron reinternaciones en 26 pacientes (33%), de estos pacientes el 82,35% presentaba un estadio K/DOQI 3 al alta. La mortalidad hospitalaria fue del orden del 6,33%. Del total de pacientes el 39,2% presentó empeoramiento de la ICAD y el 36,7% empeoramiento de la función renal. Al alta el 67% presentó estadio K/DOQI 3. Se observaron en total 68 reinternaciones por ICAD que involucraron al 33% de los pacientes, así también 10,29% óbitos en las reinternaciones. Diferenciando los pacientes según su estadio K/DOQI al alta (tabla IX) y al observar las diferencias según cada estadio observamos que a medida que progresan los estadios de disfunción renal aumentan, el empeoramiento de la ICAD en la internación así como profundización de la disfunción renal, complicaciones, óbitos y futuras reinternaciones por ICAD, con diferencias significativas. Al analizar variables clínicas entre los pacientes que se reinternaron y los que no (tabla X), se encontraron diferencias significativas ($p=0,05$) en los pacientes que se reinternaron en comparación al estadio K/DOQI al alta en donde se puede determinar que presentar disfunción renal al alta determina un riesgo de reinternación. También fueron significativas ($p=0,048$) las diferencias entre los pacientes que empeoraron la ICAD en la internación y sufrieron futuras reinternaciones versus los que no lo hicieron en relación al estadio K/DOQI. Conclusiones: Encontramos diferencias entre el grupo etario de pacientes en relación al sexo. A partir de las reinternaciones se observó que la disfunción renal es un predictor de un manejo complejo del paciente en la internación y un factor independiente de futuras reinternaciones. Proponemos identificar pacientes con disfunción renal, poner mayor énfasis en su control, durante la internación y al alta, con un seguimiento cercano previniendo complicaciones y reinternaciones.

TABLA IX: Estadios clínicos en la según estadios K/DOQI al alta

Variables (V)	TODOS		1		2		3		4		5		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Empeoramiento de la ICAD en internación	31	39,2	0	0,0	5	19,3	19	61,3	4	13	2	6,4	$P=0,04$
Empeoramiento FR internación	29	36,7	0	0,0	1	3,4	22	75,8	4	13,8	2	6,9	$P=0,006$
COMPLICACIONES	37	46,8	0	0,0	8	21,6	24	64,8	3	8,1	2	5,4	No signif.
DÍAS INTERNACION													
Media		7,15		4		7,5		6,7		11,2		8	
Desvío Standard		5,21				4,8		5,6		8,2		1,20	
Óbito	3	6,33	0	0,0	0	0,0	2	4,0	2	4,0	1	2,0	$P=0,03$
Reinternaciones por ICAD a nov 2015	68	N/A	1	1,5	8	11,8	56	82,3	0	0	3	4,4	
Óbito en reinternaciones	7	10,3	0	0,0	0	0,0	7	100	0	0	0	0	

Los valores de las columnas correspondientes a la corresponden a las frecuencias absolutas observadas, los porcentajes (%) corresponden a los porcentajes correspondientes a la fa observada del total de pacientes estudiados.

TABLA X: Análisis de estadios clínicos de los pacientes que sufrieron reinternaciones versus no reinternados

	CON REINTERNACIONES				SIN REINTERNACIONES				P
	FA	%	FA	%	FA	%	FA	%	
ANEMIA AL INGRESO	15	57,69	11	42,31	21	39,62	21	39,63	No Signif.
ESTADIO K/DOQI AL ALTA									$P=0,05$
1	1	3,84			0	0			
2	3	11,53			15	28,3			
3	21	80,77			32	60,38			
4	0	0			4	7,4			
5	1	3,84			2	3,77			
EMPEORAMIENTO ICAD INTERNACION	16	38,46	16	61,54	21	39,62	21	39,6	$P=0,048$
EMPEORAMIENTO FR INTERNACION	12	46,15	14	53,85	17	32,08	17	32,07	No Signif.

Los valores de las columnas correspondientes a fa corresponden a las frecuencias absolutas observadas, los porcentajes (%) corresponden a los porcentajes correspondientes a la fa observada del total de pacientes estudiados.

0110 - SEGUIMIENTO CON MONITOREO REMOTO. UTILIDAD DEL CARDIODESFIBRILADOR MODO VDD EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE ARRITMIAS AURICULARES PARA LA TOMA DE DECISIONES TERAPÉUTICAS.

MYSTUTA, Mauricio Andres | GALIZIO, Dr Nestor | CARNERO, Guillermo | TRONCONI, Alejo | ROBLES, Dr. Federico | PALAZZO, Dr. Alejandro | FRAGUAS, Dr.Hugo | GONZALEZ, Dr. José Luis / HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN FAVALORO

Objetivos: Evaluar la detección precoz de arritmias supraventriculares, evitar choques inapropiados y tomar conductas terapéuticas en pacientes portadores de cardioresfibriladores (CDI) modo VDD. Materiales y Métodos: De un total de 125 pacientes (pts) que fueron implantados con dispositivos electrónicos implantables (DEI) entre noviembre de 2009 y mayo del 2016 (edad 54 ± 18 años, 58,5% hombres) se realizó un análisis prospectivo de una cohorte de 20 pts portadores de CDI unicameral modo VDD para evaluar la utilidad del catéter pentapolar en la detección de arritmias supraventriculares. Todos fueron implantados en carácter de prevención primaria y el seguimiento se realizó mediante MR. La media de seguimiento fue 567 días (rango 27 -1370). Se evaluaron las alertas recibidas mediante el análisis de histogramas, electrogramas intracavitarios, curvas de tendencia y trazados de los eventos suministrados por el MR. Los pts fueron citados a la brevedad para la toma de conductas terapéuticas. Resultados: Tiempo medio a la alerta fue de 187 días (rango 80-348 días). Se recibieron 212 alertas en 13 pts de los 20 pts con CDI-VDD: 5 pts emitieron 17 alertas de taquicardia auricular/fibrilación auricular (TA-FA). Dos de ellos presentaron fibrilación auricular (FA) paroxística nueva y asintomática, 2 pts con doble conteo auriculoventricular (Doble AV) y 1 pt taquicardia sinusal (TS). La mediana de días ganados al control programado fue de 75 días. Conducta terapéutica: 1- En 2 pts con FA se inicio drogas antiarrítmicas y anticoagulación. 2- En los 2 pts que tuvieron Doble A-V se realizó reprogramación en el tiempo de detección de zona de TV/FV (NID 30/40) y cambio en el sentido auricular. 3- En el pt con TS se aumento el tiempo de detección en zona de TV/FV. La detección de electrogramas auriculares mediante el dipolo auricular y el algoritmo de discriminación entre taquicardia supraventricular/ventricular, permitió que ninguno de los 5 pts reciba choques inapropiados. Conclusiones: En el presente estudio los CDI-VDD permitieron realizar una detección precoz de las arritmias supraventriculares, evitar choques inapropiados y tomar conductas terapéuticas apropiadas para cada caso en particular



0209 - ESTUDIO GENETICO EN PACIENTES CON CARDIOPATIAS HEREDITARIAS. SERIE DE CASOS.

GUERCHICOFF LEMCKE, Marianna Silvia(1) | ALEJANDRA, Guerchicoff(2) | ANTELEVICH, Charles(3) | POLLEVICK, Matias(4) | MARANTZ, Pablo(1) | SCEGATA, Alberto M.(1) / HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (1); MOUNT SINAI MEDICAL CENTER (2); MASONIC MEDICAL RESEARCH LABORATORY (3); NEW YORK UNIVERSITY (4)

Objetivos: En individuos jóvenes la muerte súbita cardíaca (MSC) es frecuentemente causada por miocardiopatías y canalopatías hereditarias. El impacto del estudio genético (EG) en el diagnóstico y manejo de estas enfermedades es cada vez más relevante. Si una mutación patogénica es identificada en el caso índice (CI) el EG puede identificar a los familiares que heredaron la mutación aunque estén asintomáticos. A los que no heredaron la mutación se les puede asegurar que no tienen la enfermedad ni riesgo de transmitirla a su descendencia. Nuestro objetivo fue describir nuestra experiencia con EG en cardiopatías hereditarias en una serie de casos de pacientes (ptes) pediátricos y/o sus familiares. Materiales y Métodos: Estudio de serie de casos. Se incluyeron todos los pacientes que se realizaron EG y sus familiares derivados a la clínica de cardiología genética entre los años 2005-2015. En todos se realizó una consulta de consejo genético antes, durante y posterior al resultado del EG. Los datos se obtuvieron de la historia clínica y de los informes de los laboratorios que realizaron los EG. Las variables cuantitativas se expresaron en media desvío standard o mediana y rango intercuartil según distribución de datos. Las variables categóricas se expresaron en porcentajes. Para el análisis estadístico se utilizó el software STATA 14. Resultados: Se realizaron 41 EG. La edad media fue de 26,52 años (59-0,4) 26 fueron varones. El 46% (19/41) fue considerado CI. La edad media fue 26,17 años y 15 fueron varones. Los diagnósticos fueron: 12 ptes (63%) síndrome de QTL congénito (SQTL); 4 miocardiopatías: 2 hipertrófica; 1 dilatada y 1 displasia arritmogénica del ventrículo derecho (DAVD); 2 Brugada; 1 Marfan. El 63% de los CI tenían síntomas y el ECG fue anormal en el 63 % de los familiares el 90% estaban sintomáticos y 60% tenían estudios complementarios normales. El EG fue positivo en el 68% de los CI y en el 63% de los familiares. En los CI SQTL el EG fue positivo en el 70 %. En los 2 ptes con Brugada fue positivo. En los 2 casos de miocardiopatía hipertrófica 1 pte fue positivo; el pte con dilatada fue positivo y el

pte con DAVD negativo. De los 13 EG positivos en los CI, 6 fueron mutaciones patogénicas y 7 variantes de significado incierto (VSI) Con respecto al impacto sobre el tratamiento en los CI fue útil en 3 ptes con SQT en quienes la subclasificación orientó las indicaciones farmacológicas. En 3 CI con EG positivo 4 familiares tenían EG negativo por lo que en ellos se descartó la presencia de enfermedad. En 9 ptes familiares con EG positivo y CI (6 ptes) positivo se indicaron medidas ya sea modificación del estilo de vida o tratamiento farmacológico preventivo Conclusiones: En nuestra serie de casos la mayoría de los ptes que se realizaron EG correspondieron a SQT y en ellos el EG fue positivo en el 70 % lo cual concuerda con los datos de la literatura. Hubo muy pocos ptes con miocardiopatías lo cual es una limitación del estudio. La mayoría de los familiares de los CI no presentaban síntomas ni estudios complementarios anormales mientras que el EG "predictivo" fue positivo. Esto refuerza el concepto de la importancia de los EG en el estudio familiar identificando individuos susceptibles de padecer MSC en estadios pre-clínicos, en especial desde la significativa reducción de los costos de los EG a partir del 2005. Finalmente el consejo genético para médicos y pacientes explicando la compleja información genética en un lenguaje simple es crucial para entender lo que un EG puede ofrecer en cada patología y transmitir a profesionales y ptes los resultados a veces ambiguos de un EG con la esperanza de que la identificación de las bases genéticas de estas enfermedades ayuden a un mejor y personalizado cuidado de los ptes en riesgo y sus familias.

0211 - COMPARACION DE DISTINTAS VARIABLES PARA PREDECIR FALLAS EN PACIENTES IMPANTADOS CON CATETERES RIATA (SJM).

ORTEGA, Daniel(1) | BARRIA, Luis Dante(2) | LOGARZO, Emilio(2) | PAOLUCCI, Analía(2) | MANGANI, Nicolas(3) / CLINICA SAN CAMILO (1); HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL (2); FIBA (3)

Objetivos: el motivo del presente estudio es analizar si los hallazgos radiográficos, radioscopia, cambios de la impedancia y episodios de ruido pueden predecir la falla en el catéter de desfibrilación riata. Materiales y métodos: se analizaron 30 pacientes portadores de desfibriladores saint jude y cateter riata. En todos ellos se realizaron mediciones de impedancia, análisis de ruido, análisis de shock espureos, imágenes radiológicas y en 6 de ellos radioscopias de alta resolución. Resultados: todos los pacientes en el seguimiento presentaron múltiples episodios de ruido en el electrograma almacenado. La medición de impedancia fue anormal en un solo paciente que presentó múltiples choques espureos. A 6 pacientes se les realizó radioscopia de alta resolución encontrándose en 3 de ellos anomalías en la estructura del cateter. Y un paciente presentó falla total del sistema de estimulación y desfibrilación sin telemetría conclusiones: la presencia de múltiples episodios de ruido es un hallazgo común en pacientes con cateter riata. Las imágenes radiográficas convencionales no predicen deterioro de cateter. Las impedancias anormales son un hallazgo frecuente cuando el cateter ya está roto. La radioscopia de alta resolución muestra deterioro del cateter antes de la comprobación de otras fallas, por lo que debería ser el método de screening periódico en pacientes con este tipo de dispositivo.

0255 - ELECTROFISIOLOGÍA INVASIVA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL NORTE ARGENTINO. EXPERIENCIA INICIAL EN UN CENTRO DE REFERENCIA.

SALICA, Gabriel | BONACINA, Javier | DE LA PEÑA, José | NAVARRO ZAVALIA, Alberto | RODRIGUEZ, Fernando | RODRIGUEZ, Susana | LULUAGA, Silvia | ALONSO, Enrique / HOSPITAL ANGEL C. PADILLA

Objetivos: El objetivo de este trabajo es describir nuestra experiencia inicial como hospital público de referencia del norte argentino en el cual se realizan estudios electrofisiológicos y ablaciones con catéter por radiofrecuencia a una vasta población. Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional de nuestra base de datos de aquellos (p) referidos a nuestro hospital entre el 2013 e el 2015. Se identificaron los datos demográficos y motivo del EEF y en los pacientes sometidos a ARF se estableció además el sustrato abordado, tiempo de procedimiento, tiempo de radioscopia, resultado final y evolución a los 30 días y a los 6 meses post-procedimiento. Resultados: Se realizaron un total 112 procedimientos, 55 EEF y 57 ARF. EEF: 60 % hombres, edades promedio de 57,9 años, 31 (p) fueron estudiados por síncope constatándose un intervalo HV prolongado en un 55%, 11 % de inducción de arritmia ventricular y un 34% negativos. 17 (p) fueron estudiados por sospecha de disfunción sinusal confirmándose el diagnóstico en el 79 % de ellos. Por clínica de taquicardia supraventricular no documentada se estudiaron a 7 pacientes de los cuales sólo se indujo TPS en uno de ellos. El tiempo de radioscopia promedio utilizada fue de 10,3 min y el tiempo promedio de procedimiento fue 50 min. ARF: 65 % mujeres, edades promedio de 29,3 años. El 5,2 % fueron menores de 16 años. Tratamiento farmacológico previo: 30% no recibía tratamiento; un 34% betabloqueantes, verapamil un 16%, 9% con flecaína, 6% recibía diltiazem y un 5% recibía amiodarona. Tiempo promedio de radioscopia: 27,3 minutos. Sustratos: Izquierdos: 10 con vías manifestadas, 7 vías ocultas y 2 TV. Derechos: 19 con taquicardia intranodal común, 6 con VM, 2 con VO, 2 taquicardias auriculares, 9 pacientes tenían aleteo auricular común y 2 pacientes con taquicardia del tracto de salida del ventrículo derecho. Tasa de éxito por sustrato: aleteo auricular 90% de éxito, taquicardia intranodal 90,4%, taquicardia auricular derecha y taquicardia ventricular del tracto de salida de ventrículo derecho 100%, vías accesorias ocultas y manifestadas fue del 89,8% y 50% en las TV de VI. No se presentaron complicaciones. En el seguimiento a 30 días y 6 meses se observó la recurrencia de 7 %. Conclusiones: En cuanto a la ARF la tasa de éxito general ronda al 90%. El sustrato abordado con más frecuencia fue la taquicardia intranodal común. No se presentaron complicaciones durante el procedimiento ni en el seguimiento posterior. Debemos sortear obstáculos técnicos para mejorar los resultados.

0380 - RESULTADOS DEL PRIMER REGISTRO NACIONAL DE IMPLANTE DE CARDIODESFIBRILADORES Y RESINCRONIZADORES, SAC (RENCARE)

EIDELMAN, Gabriel(1) | PIAZZA, Valeria(2) | CARO, María de los Milagros(3) | MOCCIA, Micaela(4) | CELANO, Leonardo(5) | GANT LÓPEZ, José(6) | ALONSO, Karina(7) | DI TORO, Dario(5) / HOSPITAL CENTRAL DE SAN ISIDRO (1); HOSPITAL CHURRUCA VISCA (2); ICBA (3); HOSPITAL DE MALVINAS ARGENTINAS, POLO SANITARIO (4); HOSPITAL ARGERICH (5); HOSPITAL ALEMÁN (6); SANATORIO FRANCHINI (7)

Objetivos: La prevención primaria y secundaria de la muerte súbita y el tratamiento de la insuficiencia cardíaca son temas de gran importancia sanitaria y en la actualidad es conocido que este tipo de síndromes clínicos se benefician en algunas circunstancias con el implante de Cardiodesfibriladores (CDI) y Cardioresincronizadores (CRT). El objetivo de este trabajo es la obtención de información actualizada acerca de la cantidad de procedimientos de implante que se realizan en nuestro país. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, multicéntrico en 81 establecimientos asistenciales públicos y privados con la capacidad de implantar cardiodesfibriladores y/o resincronizadores cardíacos. Se incluyeron a todos los paciente a los que se le realizó un implante de CDI y CRT a partir de Enero del 2016. Se recolectaron datos epidemiológicos, a través de la página de la SAC, de los pacientes tratados, complicaciones intrahospitalarias, tipo de dispositivos utilizados e indicación de dichos dispositivos y se planeó un seguimiento de 12 meses en una segunda etapa. Resultados: Se incluyeron 97 pacientes (p). La edad promedio de la población era 65 ± 15 años. El 70,5% de los pacientes eran de sexo masculino. La etiología subyacente era isquémica en el 43,1%, Dilatada 24,2%, Chagásica en el 14,7% e Hipertrofia en el 5,2%. El 67,3% de los implantes fueron CDI mientras que el 31,7% restantes fueron CRT. El 88% de los implantes fueron primoimplantes y el restante por recambio de generador. El 63% de los p presentaban menos de 35% de Fey. El motivo más frecuente del implante fue por prevención primaria de muerte súbita que se observó en el 62,6%, el resto fue por prevención secundaria. La arritmia que provocó más frecuentemente la indicación en prevención secundaria fue la taquicardia ventricular sostenida en un 54,7%. Se realizó inducción durante el implante en el 14,5% de los implantes, no se encontró relación entre la inducción y la indicación del implante. El 71 % de los implantes se realizó en quirófano aunque solo en 60% de los implantes fue realizado por cirujanos. La tasa de complicaciones menores fue del 2,4% y fueron relacionadas con el catéter, no se reportaron complicaciones mayores. Conclusiones: En el siguiente registro de implantes de CDI y CRT se evidenció que la mayor indicación de implantes es en p con cardiopatía isquémica. Se observó una gran proporción de indicación primaria de prevención muerte súbita con una tasa de complicaciones similar a la reportada internacionalmente.

0404 - SEGUIMIENTO DE PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS CON FIBRILACIÓN AURICULAR ANTICOAGULADOS CON ACENOCUMAROL Y DABIGATRAN SOMETIDOS A CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO.

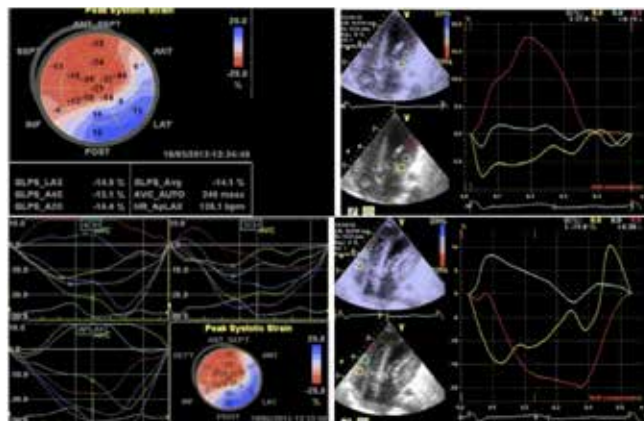
CHIRINO NAVARTE, Daniel Agustín | PALACIOS, Rolando Jesús | LEONARDI, Mariela | TREJO, Graciela | TELECHEA, Francisco | RODRIGUEZ VAZQUEZ, María Luisa | DIZEO, Claudio / UNIDAD ASISTENCIAL POR MAS SALUD DR. CESAR MILSTEIN

Objetivos: Analizar la presencia de eventos tromboembólicos y hemorrágicos en el seguimiento de pacientes sometidos a cardioversión eléctrica anticoagulados con acenocumarol (AC) y dabigatran (DAB). Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional donde se incluyeron pacientes con edad mayor o igual a 65 años con FA persistente en plan de CVE que se encontraban en tratamiento con DAB (dosis 110 mg o 150 mg dos veces día en $\geq 0 < 75$ años, respectivamente) o AC. A todos se les realizó ecocardiograma transesofágico (ETE) en busca de trombo en aurícula izquierda (TAI), aquellos que no presentaron trombo se les realizó cardioversión eléctrica. Se realizó seguimiento al mes y alejado para evaluar tromboembolias cerebral o sistémica y hemorragia mayor (Según la clasificación de BARC 3 y 5) Resultados: Se incluyeron 101 pacientes, 45 recibían DAB (23 con dosis 110 mg y 22 con dosis 150 mg) y 56 AC. La edad fue de 75 ± 6 años, 41,7% mujeres. Se encontró TAI en el 14,8% (15 pacientes) sin diferencias entre los grupos DAB y AC (8,9% versus 19,6%, p=0,08). Se realizó CVE a 86 pacientes, siendo esta exitosa en el 90,7% (78 pacientes). En el seguimiento al mes, todos los pacientes recibían el tratamiento anticoagulante previo a la CVE. Se registraron 2 embolias, ambas en el grupo AC (p=0,3) y 4 hemorragias mayores (dos en cada grupo, p=0,4). Luego se realizó seguimiento con una mediana 354 (rango intercuartilo de 220 – 412) días, se constató que el 10% de los pacientes abandonaron el tratamiento (4 en el grupo AC y 6 en el grupo DAB, p=NS), además el 25% del grupo DAB el tratamiento fue rotado a AC. Se constataron en total 4 eventos embólicos (dos en el grupo AC, 1 en el grupo DAB y uno que abandonó tratamiento) y 5 hemorragias mayores (dos en el grupo AC y 3 en el grupo DAB, p=0,5). Conclusiones: En nuestra población de mayores de 65 años, el grupo tratado con DAB presentó similar tasa de TAI que el grupo AC. En el seguimiento hubo un importante entrecruzamiento del tratamiento con DAB hacia el tratamiento con AC y una alta tasa de abandono de tratamiento anticoagulante. La tasa de eventos embólicos y hemorrágicos fue similar con ambos tratamientos. La gran mayoría de los eventos ocurrió dentro del primer mes luego de la CVE.

0012 - UTILIZACION DE NUEVAS TECNICAS ECOCARDIOGRAFICAS EN LA VALORACION DE PACIENTES CON MIOCARDIOPATIAS

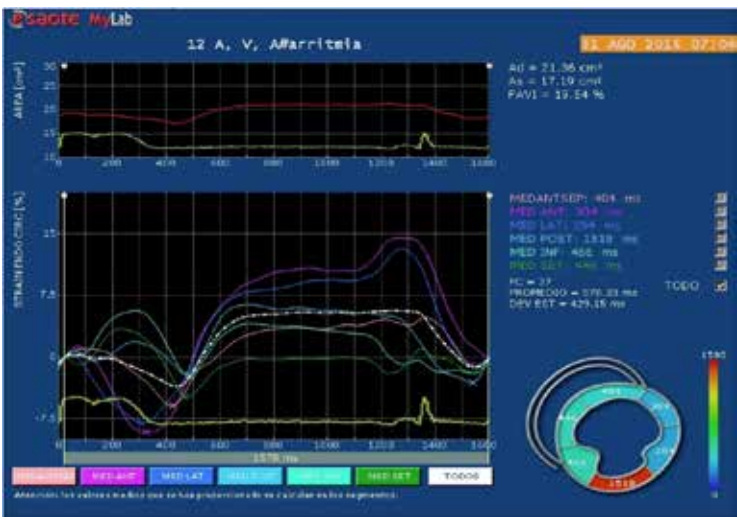
DE DIOS, Ana María Susana | BIANCOLINI, María Fernanda | BIANCOLINI, Julio | DAMSKY BARBOSA, Jesus Maria / HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

Objetivos: Valorar la utilidad de las nuevas técnicas ecocardiográficas en la evaluación de la función ventricular en los pacientes con miocardiopatías; DOPPLER TISULAR, TISSUE TRACKING (desplazamiento longitudinal miocárdico), 2DSTD (imagen automática de la deformación miocárdica bidimensional global), STRAIN regional (deformación miocárdica), STRAIN RATE (SR) regional (velocidad en la cual ocurre la deformación). Materiales y Métodos: Edad media de la población X: 6 ± 2a, superficie corporal X: 0,5 ± 0,29. 69 pacientes (p) pediátricos con diagnóstico de miocardiopatía (MCP) fueron valorados mediante Eco 2D, modo M, Doppler tisular color (TDI), Strain bidimensional (2DSTD) desplazamiento longitudinal (TT), Strain regional, y Strain Rate. Los resultados fueron comparados con un grupo control de 45 niños sanos, previamente evaluados con las mismas técnicas para semejante superficie corporal. 26p MCP dilatadas, 18 p con MCP no compactado, 16p MCP hipertroficas, y 9p MCP restrictivas. Los valores fueron expresados como media ± desvío estándar, siendo estadísticamente significativos valores de p < 0,05. Resultados: Los pacientes con miocardiopatías dilatadas graves presentaron un strain global promedio inferior al



RESUMENES DE TEMAS LIBRES

14%, y disfunciones severas en el TT, TDI, Strain regional y S.Rate. Las miocardiopatías espongiiformes evidenciaron disfunción variable, dependiendo de las zonas afectadas. El TDI tisular permitió la localización de las disfunciones regionales, que fueron más frecuentes en pared libre de VI y punta, mientras que el 2DSTD, permitió evaluar la disfunción sistólica global. El Strain, SR contribuye a reconocer las disfunciones regionales. En las formas más extensas se identifica disfunción en ambos ventrículos. En las MCP hipertróficas se vio inversión del patrón de llenado en el Doppler tisular y disminución de la onda sistólica. El TT evidenció disminución del desplazamiento longitudinal, con strain deprimido y SR opoente en pared lateral (formas simétricas) y septal dominante (en las asimétricas) del VI. En las MCP restrictivas de los pacientes severamente afectados, el 2D STD se deprime en forma más difusa y extensa. Conclusiones: En las MCP dilatadas graves: el 2DSTD promedio fue inferior al 14%, el Doppler tisular reveló cambio en las ondas S' y el IVA en m/s2 que disminuyó significativamente; debido a alteración de la geometría VI y cambios en las propiedades intrínsecas del miocardio ventricular. En las MCP espongiiformes la disfunción global o regional dependió de la extensión del miocardio afectado, en pacientes con moderada afectación el strain regional identifica la alteración en la deformación miocárdica regional, acompañado de alteración en la velocidad de deformación (SR), lo que permite estimar la severidad de la afectación y su extensión. En MCP hipertróficas se demuestra strain regional y SR opoentes en pared lateral (formas simétricas) y septal dominante (en las asimétricas) del VI, fue útil en el seguimiento evolutivo de estos pacientes y para valorar la respuesta al tratamiento.



0018 - TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO E INVASIVO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TAQUICARDIA VENTRICULAR FASCICULAR POSTERIOR. RESULTADOS A LARGO PLAZO.

MALDONADO, Sebastian | BENJAMIN, Monica | HUANCA ALVAREZ, Yolanda | LONGARINI, Diego | LA FUENTE, Victoria | SCIEGATA, Alberto | HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

Objetivos: La mayoría de los registros de pacientes (P) con taquicardia ventricular fascicular posterior (TVFP) son mayores de 18 años, en nuestro trabajo evaluamos las distintas estrategias farmacológicas y de ablación utilizadas en una población pediátrica para el tratamiento de la TVFP y sus resultados a largo plazo. Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma consecutiva a todos los pacientes menores de 18 años con diagnóstico de TVFP, a quienes se les haya realizado un procedimiento de ablación por radiofrecuencia entre los años 2009 y 2016 inclusive. Se analizaron variables clínicas y terapéuticas, incluyendo el tratamiento farmacológico previo a la ablación, como así también las distintas estrategias de ablación utilizadas. Se realizó un seguimiento a largo plazo con HOLTER al mes, 6 meses y luego anualmente y ergometría en cinta al mes y anualmente. Resultados: Se incluyeron 10 pacientes con las siguientes características: edad al diagnóstico: 13.1 años (± 2.5), sexo masculino 6 P (60%), peso: 58 Kg (P25-75%: 44-60), edad a la ablación: 15 años (± 2.4). Un solo P se manifestó clínicamente con síncope y 2 P con taquimiocardiopatía. Todos los pacientes presentaron corazones sin alteraciones estructurales. En ninguno se observó falso tendón posterior. En relación al tratamiento farmacológico previo a la ablación, en 5 P (50%) se indicó atenolol, 3 P con bloqueantes cálcicos, 1 P con amiodarona (10%) y un P con propafenona. Durante 18.6 meses (P25-75%: 1.4-22.1) recibieron tratamiento farmacológico. El 100% de los P con bloqueantes cálcicos y el 80% de los P con atenolol no presentaron recurrencia de TVFP, mientras que los 2 P con amiodarona y propafenona tuvieron recidiva de la arritmia. El eje eléctrico previo a la ablación fue $+60^\circ$ (P25-75%: 60-90). La duración del QRS en taquicardia fue 118 ms (± 19.3). En la tabla 1 se muestra las características del estudio electrofisiológico y las distintas estrategias de ablación utilizadas. En 8 P (80%) se realizó anestesia general. Un solo P presentó como complicación una fístula AV transitoria que resolvió en forma espontánea. Se realizó un seguimiento con una mediana de 22.4 meses (P25-75%: 4.4-36.5). La tasa de éxito primario y a largo plazo fue del 100%. Conclusiones: La ablación por radiofrecuencia de la TVFP en pacientes en edad pediátrica es segura y presenta una elevada tasa de éxito. El tratamiento farmacológico previo a la ablación resultó más eficaz con el uso de bloqueantes cálcicos y betabloqueantes.

Pctes	Mapado 3D	Induc. desde Aur	Induc. desde Ventr	Induc. con Isopro	Protocolo de inducción	Precoxia d en TV	Precoxia ad (ms)	Aplicac en TV	Tiempo de termin. TV desde la aplic. (seg)	Aplic en PP	Aplic en Pacemap	Concord 11/12	Linea medioseptal	Eje eléctrico postabl
1	NO	No	No	No		No		No		Si	No	Si	Si	100
2	Si	No	Si	Si	600/400/340 Asinc	Si	20	No		Si	No	No	Si	100
3	Si	No	Si	Si	Alisc 290	No		No		Si	Si	No	Si	120
4	No	Si	No	No	Alisc 350	No		No		Si	No	No	Si	110
5	Si	No	Si	Si	400/280/200	Si	21	Si	2.8	Si	No	No	No	90
6	No	No	Si	Si	600/290	Si	15	Si	8	Si	No	No	No	90
7	No	No	Si	Si	Asinc 340	Si	8	Si	4.5	Si	No	No	No	60
8	No	No	No	No		No		No		Si	No	Si	No	60
9	Si	No	Si	Si	Asinc 340	Si	15	Si	4	Si	No	No	No	120
10	No	No	No	No	Espontanea	Si	10	Si	10	No	No	Si	No	60
	40%	10%	60%	60%		60%		50%		90%	10%	30%	100%	40%

0019 - REGISTRO UNICÉNTRICO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE "DEFICIT PROGRESIVO EN LA CONDUCCIÓN CARDÍACA AISLADA Y ARRITMIA VENTRICULAR"

MALDONADO, Sebastian | LA FUENTE, Victoria | BENJAMIN, Monica | HUANCA ALVAREZ, Yolanda | LONGARINI, Diego | SCIEGATA, Alberto | HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

Objetivos: La entidad clínica conocida con el nombre de "Deficit progresivo en la conducción cardíaca aislada" (DPCCA) se caracteriza por presentar en el ECG distintos grados de afectación en la conducción eléctrica tanto a nivel supra como infrahisiano que con el tiempo empeoran hasta llegar en muchos casos al bloqueo AV de 2° patológico o completo. Recientemente se ha comenzado al estudio genético de estos pacientes, detectando mutaciones en el gen SCN5a y en el gen TRPM4 en pacientes con estas manifestaciones. El compromiso del gen SCN5a también se observa en pacientes con diagnóstico de sme de Brugada y QT prolongado tipo III, ambas con elevado riesgo de presentar taquicardia ventricular polimorfa o fibrilación ventricular. El objetivo de nuestro trabajo es describir las características clínicas y terapéuticas en una población pediátrica con diagnóstico presuntivo de DPCCA. Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma consecutiva a todos los pacientes (P) menores de 18 años con diagnóstico de DPCCA evaluados en un hospital nacional entre los años 1991 y 2016 inclusive. Se consideró como diagnóstico probable de DPCCA a pacientes con alteraciones en la conducción eléctrica primaria en las ramas con o sin afectación del nodo AV, asociado a taquiarritmias auriculares y/o ventriculares sostenidas. Se analizaron variables clínicas, terapéuticas y la mortalidad a largo plazo. Resultados: Se analizaron 6 P con DPCCA. El 100% fueron del sexo masculino, la edad media al diagnóstico fue 6,22 $\pm$ 5,84 años, 1 P se manifestó con síncope, 3 P con muerte súbita resucitada, 1 P con aleteo ventricular con descompensación hemodinámica y el último con taquicardia ventricular monomorfa sostenida estable. Todos los pacientes tuvieron ecocardiogramas doppler sin cardiopatía estructural. En la tabla se muestra las características eléctricas y los tratamientos indicados. La patente electrocardiográfica

Pcte	Amp p (mV)	QRS dur (ms)	PR (ms)	QTc (seg)	ENS	BRD/BIRD	HBA	BAV 1*	BAV 2*	TVS/TV	TA
1	1.8	100	180	0.38	0	1	1	1	0	1	1
2	1.8	100	160	0.44	1	1	1	1	0	1	1
3	1	90	240	0.38	0	1	1	1	0	1	1
4	1.5	140	220	0.42	0	1	1	1	0	1	0
5	1.5	100	180	0.43	0	1	1	1	0	0	1
6	1.5	160	160	0.52	0	1	1	1	0	1	0
		100 (P25-75%: 100-140)	180 (P25-75%: 160-220)	0.42 (P25-75%: 0.38-0.44)	16.6%	100%	100%	100%	0%	83.3%	66.6%

más frecuente fue la asociación de bloqueo AV de 1°, hemibloqueo anterior, bloqueo de rama derecha completo o incompleto, taquicardia ventricular monomorfa sostenida y taquicardia auricular. En 1 p se realizó test genético que mostró una mutación en el gen SCN5a, permitiendo el diagnóstico etiológico de un hermano. En 2 p se realizó test de ajmalina siendo positivo para el ensanchamiento del QRS y el desarrollo de taquiarritmias auriculares. A 4 P se les indicó un cardiodesfibrilador implantable como prevención secundaria y a 1 P un marcapasos endocavitario VVI por pausas sinusales. Se realizó un seguimiento con una mediana de 72,8 meses (P25-75%: 22,5-139,7). 1 P con marcapasos falleció de muerte súbita con el marcapasos normofuncionante. De los 4 pacientes con cardiodesfibrilador, ninguno presentó choques apropiados, y 3 P (75%) tuvieron un choque inapropiado: 1 p por taquicardia auricular y 2 P por sobresensado de la onda T secundaria. En relación al tratamiento farmacológico 2 P fueron medicados solo con atenolol, 3 P con atenolol asociado a amiodarona y un P recibió transitoriamente quinidina. Conclusiones: La entidad clínica "DPCCA" se caracterizó por presentar más comúnmente BAV 1°, bloqueo de rama derecha completo o no, taquicardia auricular y taquicardia ventricular monomorfa sostenida con descompensación hemodinámica. En los pacientes que requirieron implante de un cardiodesfibrilador la tasa de choque apropiado fue elevada, mientras con el tratamiento farmacológico no se observó choque apropiados en el seguimiento alejado.

0021 - SIMPATICECTOMÍA CARDÍACA IZQUIERDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CANALOPATÍAS

MALDONADO, Sebastian | LAFUENTE, Victoria | BENJAMIN, Mónica | HUANCA ALVAREZ, Yolanda | LONGARINI, Diego | SCIEGALTA, Alberto / HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

Objetivos: La simpaticectomía cardíaca izquierda (SCI) surgió como alternativa terapéutica en pacientes con canalopatías refractarias al tratamiento con betabloqueantes en quienes el incremento del tono adrenérgico juega un rol en el gatillo de taquiarritmias ventriculares. Dentro de las patologías más frecuente se encuentran la taquicardia ventricular polimorfa catecolaminérgica (TVPC) y el sme de QT prolongado tipo I y en menor medida el tipo II. El objetivo de nuestro trabajo es describir las indicaciones y los resultados de la SCI en una población pediátrica con sme de QT prolongado y TVPC. Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma consecutiva a todos los pacientes (P) menores de 18 años con diagnóstico de sme QT prolongado y TVPC en quienes se les realizó una SCI en un hospital nacional entre los años 2008 y 2016 inclusive. La SCI se realizó por videotoracoscopia izquierda, y se procedió a la resección de la mitad inferior del gallojo estrellado y dede la segunda hasta la quinta cadena simpática izquierda. Se analizaron variables clínicas y terapéuticas, incluyendo el control arritmico a largo plazo luego de realizada la SCI. Resultados: Se analizaron 8 P con canalopatías y SCI, 2 P con sme QT prolongado tipo I, 3 P on QT prolongado tipo II y 3 P con TVPC. 4 P (50%) fueron varones, 5 P (75%) tenían antecedentes familiares de muerte súbita. Todos los pacientes presentaron función sistólica del VI conservada, sin alteraciones estructurales en el ecocardiograma doppler. A 5 P (62,5%) se les implantó un cardiodesfibrilador implantable, todos ellos por prevención secundaria. En relación al tratamiento farmacológico previo a la SCI: 4 p (50%) recibieron atenolol, 3 p (37,5%) Nadolol y 1 P (12,5%) Propanolol. En 6 P la indicación de la SCI fue la refractariedad al tratamiento farmacológico, 4 de ellos con choques apropiados por el cardiodesfibrilador, los 2 P restantes fueron 2 hermanas con problemas socio-familiares, quienes no recibían el tratamiento farmacológico por parte de sus padres con recurrencia de síncope en una de ellas y choque apropiado en la otra. La mediana de la edad de la SC fue 7,78 años (P25-75%4,9-10,9). Todos los pacientes presentaron como complicación ptosis leve y miosis leve del ojo izquierdo. El tratamiento farmacológico pos SCI fue atenolol en 5 p, propanolol en 2 p y en un p nadolol. Tras un seguimiento medio de 44,8 meses $\pm$ 22,6, 6 p (75%) no presentaron recurrencia de taquicardia o fibrilación ventricular. Las 2 hermanas con incumplimiento del tratamiento farmacológico murieron en forma súbita una al año y medio de SCI y la otra a los 3 años. Conclusiones: La SCI es una alternativa terapéutica eficaz segura en centros quirúrgicos con experiencia en la técnica, en pacientes con canalopatías refractarias al tratamiento farmacológico, ya sea para reducir la tasa de choques apropiados en pacientes con cardiodesfibrilador o como puente al cardiodesfibrilador en pacientes pequeños en quienes el implante del mismo se asocia a una mayor de complicaciones.

0245 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUTIVAS DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CARDIODESFIBRILADORES IMPLANTABLES

BENJAMIN, Monica N. | MALDONADO, Sebastian | LONGARINI, Diego | HUANCA, Yolanda | GARCIA DELUCIS, Pablo | SCIEGATA, Alberto / HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

Objetivos: Describir las características clínicas y evolutivas de una población de pacientes pediátricos portadores de cardiodesfibriladores implantables. Materiales y Métodos: Estudio unicentrico retrospectivo-prospectivo, observacional de cohortes, de una población de pacientes pediátricos (p) portadores de cardiodesfibriladores implantables (CDI) de un registro de electrofisiología pediátrica. Se incluyeron aquellos p portadores de CDI derivados a nuestro hospital sea para implante del dispositivo y/o seguimiento de su patología desde junio de 2007 a abril de 2016 inclusive. Se consideraron edad al momento del implante, sexo, diagnóstico, presencia de cardiopatía estructural asociada, fracción de acortamiento del ventrículo izquierdo medida por ecocardiograma Doppler color, indicación de prevención primaria o secundaria de muerte súbita, tipo de CDI y vía de abordaje, complicaciones del implante, choques apropiados, tratamiento farmacológico, evolución clínica y tiempo de seguimiento. Resultados: Se registraron un total de 31 p portadores de CDI. La media de edad al momento del implante fue de 12,4 años (rango 1- 19), 22 fueron varones, los diagnósticos fueron síndrome de QT largo 9p (29%), enfermedad progresiva del sistema de conducción y TVP 4p (12,9%), taquicardia ventricular monomorfa sostenida (TVMS) y cardiopatía estructural 5p (16,5%), miocardiopatía hipertrófica 4p (12,9%), síndrome de Brugada 2 p (6,45%), fibrilación ventricular primaria 2p (6,45%), glucogenosis tipo III y fibrilación ventricular 1p (3,23%), 1p (3,23%) bloqueo AV completo congénito (BAVCC) y taquicardia ventricular polimórfica (TVP), displasia arritmogénica del ventrículo derecho 1p (3,23%). Las cardiopatías estructurales fueron displasia arritmogénica del ventrículo derecho 1p, doble salida del ventrículo derecho 3p, D- transposición de los grandes vasos con cirugía de Rastelli 1p y tetralogía de Fallot 1p. Todos los pacientes tenían fracción de acortamiento del ventrículo izquierdo mayor a 33% en el ecocardiograma Doppler color. En 26 p (87%) la indicación fue prevención secundaria de muerte súbita. En 19 p el CDI fue (61,2%)bicausal y en 12 p (38,8%)unicameral. En 30p (97,7%) el sistema fue endocavitario. 2p (6,4%) presentaron complicaciones relacionadas al implante, 1p bacteriemia y 1p desplazamiento del catéter. Durante una media de seguimiento de 43,5 meses (rango 8-107,9) 2p con QT largo bajo tratamiento antiarrítmico fallecieron por tormenta eléctrica, 9p (29%) tuvieron choques apropiados y 7p (22,5%) choques inapropiados. Todos los pacientes se encuentran bajo tratamiento antiarrítmico. Conclusiones: La terapia con CDI en p pediátricos representa una alternativa segura y eficaz para el tratamiento de arritmias potencialmente letales en esta población. Presentan una baja tasa de complicaciones en el implante y durante el seguimiento bajo el cuidado de equipos médicos preparados para tal fin.

0296 - TUMORES CARDÍACOS EN EL FETO Y EL RECIÉN NACIDO NUESTRA EXPERIENCIA

SAENZ TEJERA, Casa | GRINENCO, Sofia | NAPOLI, Natalia | CORDOBA, Antonela | MARANTZ, Pablo / HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Describir nuestra experiencia en el diagnóstico y manejo de tumores cardíacos en el feto y recién nacido sus asociaciones y evolución. Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo entre en el año 2010-2016. Resultados: Se presentaron 23 pacientes, 18 con diagnóstico prenatal y 5 postnatal. El motivo de consulta fue Observación directa de los tumores (14) Distorsión transitoria del recién nacido (1) Derrame pericárdico (2) hidrops (1) Arritmia (3) Soplo (1) Antecedente familiar (1) Se presentaron 3 fibromas, 2 teratomas y 18 rabdomiomas (2 únicos y 16 múltiples) De los pacientes con diagnóstico de rabdomiomas múltiples no hubo complicaciones cardíacas. Los fibromas se diagnosticaron en el período postnatal y evolucionaron con complicaciones 1 falleció muerte súbita y 2 TV reciben medicación antiarrítmica Conclusiones: La prevalencia de los tumores en nuestro hospital fue del 0.05 % No hubo muertes fetales. Los pacientes con fibromas presentaron el mayor número de complicaciones



0014 - CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES AMBULATORIOS CON HIPERTENSIÓN ESENCIAL. REGISTRO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA COMARCA ANDINA DEL PARALELO 42 (REHTACAP 42).

BERENSTEIN, Cesar Damian / INSTITUTO MÉDICO DE LA COMUNIDAD DE EL BOLSÓN

Objetivos: Conocer los niveles de control de la presión arterial y su relación con la adherencia al tratamiento farmacológico en una población de pacientes hipertensos ambulatorios. No hay datos previos sobre esta problemática en la Comarca Andina del Paralelo 42. Materiales y Métodos: Se realizó un registro de pacientes hipertensos consecutivos ambulatorios bajo tratamiento farmacológico por al menos 6 meses en forma prospectiva entre los meses de mayo de 2015 y abril de 2016, primera consulta en dos consultorios del medio privado de la ciudad de El Bolsón y un consultorio en la localidad de Epuyén. Se incluyeron pacientes entre 20 y 80 años y se excluyeron embarazadas, hipertensos de causa secundaria y negativa a firmar el consentimiento informado. Se consignaron datos demográficos, valor de la tensión arterial (TA), tratamiento farmacológico y nivel de adherencia según una traducción al español del test de 8 ítems de Morisky, considerándose muy adherente al que obtuvo 8 puntos, moderada adherencia 6 y 7 puntos y no adherente $\cdot$ ó = a 5 puntos. Se investigó sobre el cumplimiento del horario de las tomas y si habían visto al médico que controla su hipertensión arterial (HTA) en el último año. Se realizó test chi cuadrado para valorar la asociación entre control de la presión arterial y adherencia (alta o moderada) y T de Student o Mann Whitney test según correspondiera para los registros de TA sistólica y diastólica, considerándose significativo $p < 0,05$. Resultados: Se registraron 164 pacientes, con edad de 65,1 ($\pm 10,1$) años, sexo femenino 62,2%, el 63,4% no completó el estudio secundario, el 1,4% no tenían cobertura médica. El 50,0% presentaba antecedente de dislipemia, el 18,9% de diabetes, 13,4% de tabaquismo, de obesidad el 50,0%, 13,4% de enfermedad coronaria, de insuficiencia cardíaca el 3,7%, de fibrilación auricular el 5,5%. El motivo de consulta fue HTA en 62 pacientes (37,8%), evaluación prequirúrgica en 45 (27,4%) y otros en 57 (34,8%). La mediana de tensión arterial (TA) sistólica fue de 150,0 (intervalo intercuartil 136-164) mm Hg y de TA diastólica 80,0 (73-88) mm Hg. El 70,7% de los pacientes tenían TA $\cdot$ ó = a 140/90, el 36,6% HTA de grado II o III. Los años de tratamiento antihipertensivo fue de 10,2 ($\pm 9,3$) años, el 89,0% usan una o dos pastillas para la HTA, el 90,8% uno o dos fármacos antihipertensivos y un total de 3,7 ($\pm 2,3$) pastillas promedio por paciente. La media de puntaje del test de Morisky fue de 6,1 ($\pm 1,9$), no fueron adherentes el 38,4%,

RESUMENES DE TEMAS LIBRES

con moderada adherencia el 28,1% y alta el 33,5%. El 26,4% refiere no tomar la medicación en el horario prescripto y el 32,3% no consultó al médico que maneja su HTA en el último año. La causa de no adherencia más frecuente fue olvido en el 54,0% de los casos, por que se sienten bien 28,6% y porque se sienten mal al tomar la medicación 12,7%. No hubo diferencia en el control de HTA según la adherencia a fármacos ($p = 0,1172$), ni entre los valores de TA diastólica ($p = 0,0727$), pero sí en los niveles de TA sistólica ($p = 0,0416$). Conclusiones: Hubo escaso control de la HTA, con un aceptable nivel de adherencia al tratamiento antihipertensivo. No se halló asociación entre la adherencia y el control de la HTA en el grupo investigado, pero sí en los valores de TA sistólica.

0122 - EL EJERCICIO SALUDABLE DE LA PROFESIÓN: ¿CUÁN LEJOS ESTÁN LOS CARDIÓLOGOS?

CARRERO, María Celeste(1) | RATTÓ, Roxana(2) | PERALTA, Sebastian Pablo(3) | SECCO, Lucrecia(4) | DIAZ BABIO, Gonzalo(4) | DUCZINSKY, Paula(2) | FABREGUES, Guillermo(2) / INSTITUTO CARDIOVASCULAR SAN ISIDRO. SANATORIO LAS LOMAS (1); FUNDACIÓN FAVALORO (2); CLÍNICA SAN CAMILO (3); HOSPITAL CHURRUCÁ VISCA (4)

Objetivos: - Background: Tomamos como punto de partida el conocimiento de un problema en el ejercicio actual de la medicina, que incluye el empeoramiento de las condiciones laborales en los médicos, el cansancio emocional, así como la despersonalización de la práctica y la falta de realización profesional. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal a través de una encuesta voluntaria y anónima, realizada con un formulario electrónico como elemento de recolección de datos. El mismo constó con 15 preguntas de respuesta predefinida y 2 preguntas con respuesta espontánea acerca de características laborales, sociales y emocionales de la práctica cotidiana. La difusión se realizó a través de una página web institucional, newsletter y redes sociales durante 45 días. La encuesta fue completada por 160 cardiólogos menores de 40 años. Resultados: Fueron encuestados 160 cardiólogos (62,5% hombres, $35,2 \pm 3,7$ años). El 46% de ellos, cardiólogos clínicos, el 27,5% del área de imágenes cardiovasculares, el 10,6% intervencionistas y el 4,3% cardiólogos de cuidados críticos. El 55% de los encuestados tiene 3 o más trabajos y solamente el 26,8% se encuentra en relación de dependencia. El 75,5% de los encuestados trabaja más de 40 horas semanales, el 51,9% realiza guardia de 24 h y solo el 18,5% tiene descanso después de las mismas (sin diferencias significativas entre sexo, ni subespecialidades). En cuanto a los ingresos, el 42,5% recibe mensualmente entre \$15000 y \$30000 y solo el 39% está conforme con su remuneración. El 75,6% de los encuestados realiza la consulta ambulatoria en <10 minutos y el 58,1% se encuentra disconforme con la atención que brinda a sus pacientes. Conclusiones: Se evaluaron diferentes parámetros de la situación laboral de los cardiólogos jóvenes en nuestro país, observando que existen condiciones laborales precarias en la mayoría de los casos, con alta exigencia horaria, multiplicidad laboral y escasa sensación de conformidad con la práctica profesional de los encuestados.

	Todos	Cardiología Clínica	Imágenes	Hemodinamia / EEF	Cuidados Críticos
	n=160	n=74	n=44	n=17	n=7
Edad	$35,2 \pm 3,7$	$34,8 \pm 3,8$	$35,5 \pm 3,1$	$35,5 \pm 3,5$	$36,2 \pm 2,01$
Sexo masculino	61,8%	54,0%	68,5%	88,2%	85,7%
3 o más trabajos	55,0%	54,0%	62,0%	47,0%	71,3%
Guardia 24 h	51,9%	57,5%	43,0%	47,0%	85,7%
Descanso post-guardia	18,5%	21,2%	19,0%	8,3%	14,2%
Situación laboral					
1: Rel dep	26,8%	31,0%	15,9%	29,4%	42,8%
2: Autónomo	30,6%	23,0%	31,8%	47,1%	28,5%
Ingresos					
\$15000-\$30000	42,5%	45,2%	34,1%	52,9%	57,1%
\$30000-\$45000	33,1%	30,1%	40,9%	29,4%	14,3%
>\$45000	23,7%	23,2%	25,0%	17,6%	28,6%
Tiempo consulta					
10 min o menos	75,6%	70,5%	79,0%	64,0%	85,7%
Conforme remuneración	39,3%	38,0%	15,0%	22,0%	14,8%
Disconforme con atención	58,1%	54,8%	36,0%	64,7%	42,8%
Horas trabajo semanal					
Entre 41 y 60	48,0%	46,5%	45,5%	58,8%	28,6%
Más de 60	27,5%	27,3%	27,2%	23,5%	57,1%

0246 - SEGUIMIENTO CLÍNICO DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES ADULTOS CON COARTACIÓN DE AORTA EN UNA UNIDAD DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS DEL ADULTO.

BENJAMIN, Monica N. | RISNYK, Laura | DE LUCA, Ignacio | SCIANCALEPORE, Agustina | CURA, Fernando | HENESTROSA, German | ZAEFFERER, Patricio | ELIZARI, Amalia / INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA

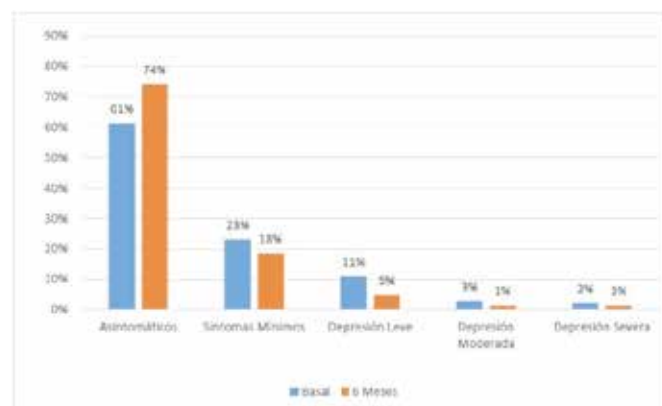
Objetivos: Describir las características clínicas y evolutivas de una población de pacientes adultos con cardiopatías congénitas seguidos en una unidad de cardiopatías congénitas del adulto. Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo-prospectivo, observacional de cohortes, de una población de pacientes (p) adultos con diagnóstico de coartación de aorta (CoAo) de un registro de p adultos con cardiopatía congénita (ACC) y de p derivados al servicio de hemodinamia ya sea para diagnóstico y/o tratamiento. De un total de 350 p ACC se incluyeron aquellos con diagnóstico de CoAo, se excluyeron aquellos que tenían una cardiopatía congénita compleja asociada. Se consideraron edad, sexo, anomalías asociadas, tipo de tratamiento, complicaciones, porcentaje de recoartación según el tratamiento y presencia de hipertensión arterial (HTA). Resultados: La prevalencia de CoAo fue 10,5 % (37 p), media de edad 38,5 años (rango 21-64), 25 hombres (67,5%), las anomalías asociadas fueron válvula aórtica bicúspide 13p (35%), dilatación de aorta ascendente 5p (13,5%), comunicación interventricular 2p (5,5%) y patología de la válvula mitral 2p (5,5%). Fueron sometidos a tratamiento quirúrgico 22p (59,5%), a angioplastia mediante cateterismo intervencionista 7p (19%) de los cuales a 4p (11%) se les realizó angioplastia con stent y 3p (8%) con balón. Ninguno presentó complicaciones relacionadas al procedimiento. Finalmente 8p (21,5%) se presentaron sin tratamiento previo. Del grupo quirúrgico 9p (41%) presentaron recoartación y requirieron nueva intervención, en este grupo 3p requirieron tratamiento quirúrgico en la válvula aórtica por presentar válvula aórtica bicúspide y 2p (9%) presentaron HTA posterior al tratamiento. En el grupo tratado mediante cateterismo intervencionista 3p (42%) presentaron recoartación, 2 de ellos fueron tratados inicialmente con angioplastia con balón y 1p con stent, 3p (43%) se encuentran en espera de cirugía para tratamiento por lesión valvular secundaria a válvula aórtica bicúspide y 4p (57%) presentaron HTA que resolvió posterior al tratamiento de la recoartación en 3p. En el grupo de las CoAo nativas 6p (75%) presentó como anomalía asociada válvula aórtica bicúspide. Todos los p fueron tratados mediante cateterismo intervencionista y no presentaron complicaciones en el procedimiento. 2p presentaron recoartación aórtica y están a la espera de un segundo procedimiento. Todos los p con CoAo nativa presentaba HTA previo al tratamiento y 5p persisten con HTA y se encuentran bajo tratamiento farmacológico. Conclusiones: La CoAo representó el 10,5 % de nuestra población en seguimiento de ACC. La anomalía asociada más frecuente fue la presencia de válvula aórtica bicúspide, la cual en la evolución representa una causa de tratamiento por sí misma. La recoartación se presentó en un 37% del total, sin diferencia significativa respecto al tipo de tratamiento previo. La HTA se presentó como síntoma en aquellos p con CoAo nativa sin tratamiento y en aquellos con recoartación. En p adultos con CoAo nativa el cateterismo intervencionista representa una alternativa de tratamiento segura y eficaz.

0384 - IMPACTO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CORONARIA Y DEPRESIÓN.

ZEBALLOS, Cecilia | VITAGLIANO, Laura Elena | BOZZO, Raul Alberto | ACUÑA, Luciano | TRICERRI, Gabriela | MANENTE, Diego | GUILLERMO | MILLAVACA, Fernando | REY, Ricardo Horacio / INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA

Objetivos: Primario: Evaluar el impacto de un programa de RHCv sobre los diferentes grados de depresión en pacientes coronarios utilizando el cuestionario PHQ9. Secundario: completar la validación final del cuestionario PHQ9 en nuestra población con ECV. Materiales y Métodos: Para evaluar el grado de depresión se administró a todos los pacientes el cuestionario PHQ9 a su ingreso y a los 3 meses luego de comenzar rehabilitación cardiovascular. El cuestionario consta de 9 preguntas simples de diferentes situaciones diarias con puntaje de 0 (nunca) a 3 (casi todos los días). El impacto de la rehabilitación se analizó a través de la mejoría en el puntaje del cuestionario (mediana e intervalo inter cuartil Q1-Q3) antes y después de la RHCv. La validación se completó a través de la sensibilidad al cambio, consistencia interna (alfa de Cronbach) y factibilidad (porcentaje de preguntas respondidas) pre y post rehabilitación. Resultados: Se evaluaron 147 pacientes (17,7 % sexo femenino y 82,3 % sexo masculino) con ECV (44% con Infarto previo, 54% con angioplastia y 27% con cirugía de revascularización miocárdica) en 1 centro de RHCv de Buenos Aires. Los cambios producidos sobre los diferentes grados de depresión se muestran en el gráfico. El puntaje total del cuestionario mejoró de una mediana de 3 (Q1-Q3: 2-7) a un puntaje de 2 (Q1-Q3: 1-5; $p < 0,001$), en las etapas pre y post rehabilitación respectivamente. El cuestionario demostró una elevada consistencia interna evaluado por el alfa de cronbach (0,86 y 0,86) y factibilidad (95% y 94%) en las etapas pre y post rehabilitación respectivamente.

Conclusiones: El presente estudio demuestra que participar de un programa integral de RHCv luego de un evento coronario mejora en forma significativa los síntomas de depresión, además se demostró que el cuestionario PHQ tiene sensibilidad al cambio con elevada consistencia interna y factibilidad para ser realizado en nuestra población.



0399 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE TETRALOGÍA DE FALLOT

CHILLIK, Dr Iván | RISNYK, Dra. Laura | BENJAMIN, Monica N. | CASTRO, Dra. Florencia | BANCO, Dra. Pamela | TALAVERA, Dra Lujan | ELIZARI, Maria Amalia / INSTITUTO CARDIOVASCULAR BUENOS AIRES

Objetivos: Describir características clínicas, tipos de reintervención y complicaciones en pacientes (p) adultos operados de Td F. Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, de registro de p > de 18 años con diagnóstico de Td F reparada, evaluados desde enero 2015 a mayo 2016. Se consideraron edad y tipo de reparación, tratamiento paliativo previo (tpp), número y tipo de reintervenciones. Se evaluaron complicaciones: muerte, endocarditis, insuficiencia cardíaca, arritmias con tratamiento (tto), clase funcional (CF) en la última evaluación y lesiones residuales detectadas por ecocardiograma y/o resonancia magnética cardíaca focalizando el dato de la fracción de eyección (FEy) de ambos ventrículos y el grado de insuficiencia pulmonar. Resultados: Se registraron un total de 32 p, 16 (50%) eran mujeres. La edad media fue 40 ± 11 años (rango: 21 a 64) Ocho p (25%) tenían tpp. La reparación quirúrgica fue realizada a los $4,7 \pm 3$ años, y en el 50% la reparación fue tardía (> 4 años). En 14 p (40 %) se realizaron 18 reintervenciones quirúrgicas (3 en 1, 2 en 2 p): 15 reemplazos pulmonares a los 27 ± 7 años desde la reparación (homoinjertos 8 p y

biológicas 7 p) de los cuales 2 p requirieron recambio en 2 oportunidades por disfunción protésica biológica. Las 3 reintervenciones restantes, realizadas en las primeras etapas de la cirugía de la Td F, fueron por estenosis infundibular en 2 p y en uno cierre de la comunicación interventricular. Murieron en el seguimiento 3 p: 1 por insuficiencia cardíaca terminal, 1 endocarditis sin acceso a cirugía y 1 con neoplasia terminal a edades de 58, 48 y 51 años respectivamente. Otra p presentó endocarditis y requirió remplazo pulmonar por segunda vez. En 12 p (37%) se registraron arritmias que requirieron tto: fibrilación ventricular en 2 p en quienes se implantó cardioresfibrilador; bloqueo aurículoventricular completo en 1 con implante de marcapasos; taquicardias ventriculares sostenidas sintomáticas en 4 p: ablación se realizó en 1 p, 2 esperan estudio electrofisiológico y otro mejoró síntomas medicado con amiodarona. Se observaron arritmias auriculares en 6 p: fibrilación auricular en 3 (crónica en 2 p y en uno paroxística) y aleteo auricular y taquicardia auricular en otros 3 p que fueron ablacionados por radiofrecuencia. En la evaluación clínica de los 29 p que sobrevivieron, 12 tienen remplazo pulmonar y se encuentran en CF I: 8 homoinjertos pulmonares (con estenosis y reflujo leves) y en 4 prótesis biológica con disfunción moderada en 3. De los 17 p restantes sin remplazo pulmonar, 6 presentan insuficiencia pulmonar severa y se encuentran asintomáticos. En 7, la insuficiencia pulmonar es moderada, y uno presenta insuficiencia tricuspídea severa. Dos p en CF II esperan reintervención (remplazo pulmonar por insuficiencia severa y estenosis severa por fibrosis del parche ventricular). La Fey del ventrículo izquierdo muestra disfunción severa en 1 p, moderada en 2 y conservada en el resto. La Fey del ventrículo derecho es severa en 3 p y moderada en 4. Conclusiones: Los pacientes adultos ya operados de Td F, alcanzan una buena sobrevida, pero las complicaciones durante el seguimiento en este grupo superaron el 50%. Hubo 2 muertes súbitas resucitadas y un alto número de reintervenciones quirúrgicas. Los pacientes con homoinjerto pulmonar presentaron menor disfunción comparada con la prótesis biológica pulmonar. La detección, control y manejo de las complicaciones de estos pacientes es de vital importancia.

0544- ENCUESTA SAC JOVEN 2016: ¿SE CUIDAN LOS QUE CUIDAN?

PERALTA, Sebastian Pablo(1) | CARRERO, Maria Celeste(2) | RATTI, Roxana(3) | SECCO, Lucrecia(4) | DIAZ BABIO, Gonzalo(2) | DUCZINSKY, Paula(3) | FABREGUES, Guillermo(3) / CLINICA SAN CAMILO (1); INSTITUTO CARDIOVASCULAR SAN ISIDRO. SANATORIO LAS LOMAS (2); FUNDACIÓN FAVALORO (3); HOSPITAL CHURRUSCA VISCA (4)

Objetivos: Background: Tomamos como punto de partida el conocimiento de un problema en el ejercicio actual de la medicina, que incluye el cansancio emocional, así como la despersonalización de la práctica y la falta de realización profesional. Uno de los objetivos de SAC Joven ha sido crear un espacio dentro de la Sociedad para la reflexión de la vincularidad profesional-paciente y de la práctica profesional. Como paso inicial realizamos una encuesta para evaluar los factores (sociales, laborales y afectivos) que influyen en la práctica cotidiana de la profesión en los cardiólogos menores de 40 años. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal a través de una encuesta voluntaria y anónima, realizada con un formulario electrónico como método de recolección de datos. Constó con 15 preguntas de respuesta predeterminada acerca de características laborales, sociales y afectivas sobre la práctica profesional cotidiana y las redes de contención laborales. La difusión de la encuesta se realizó a través de la página web de la SAC, de newsletters y de las redes sociales de SAC Joven, durante 45 días. La encuesta fue completada por 160 cardiólogos menores de 40 años. Resultados: Fueron encuestados 160 cardiólogos argentinos menores de 40 años (62,5% hombres, $35,2 \pm 3,7$ años). Del total de los encuestados, el 55% tiene al menos 3 trabajos y el 75,5% trabaja más de 40 horas semanales. El 39% está conforme con la remuneración que recibe, el 58,1% está conforme con la atención que brinda a sus pacientes en la consulta ambulatoria. Las mujeres encuestadas estuvieron significativamente más disconformes con la atención brindada que los hombres (74,6% vs. 48,5%, $p=0,0006$). El 64,8% ha tenido necesidad de expresar emociones en su ámbito laboral ante el manejo de algunos pacientes, pero un 18% nunca tuvo la oportunidad de hacerlo y un 16,2% en contadas ocasiones. El 1,8% de los casos había tenido alguna vez la oportunidad de participar en un grupo BALINT y solo el 11,8% conocía de su existencia o sabía lo que era. El 48,7% de los encuestados manifestó que podría dedicar un tiempo dentro de su semana laboral a la reflexión de la práctica profesional y del vínculo profesional-paciente. Conclusiones: Los datos de la encuesta revelaron un alto grado de insatisfacción con la remuneración y con la calidad de atención brindada a los pacientes de los médicos encuestados. Se evidenciaron necesidades de expresión de emociones por parte de los profesionales con pocas oportunidades de hacerlo en el ámbito laboral y casi sin espacios de trabajo tipo grupo BALINT. Sin embargo, poco menos de la mitad de los profesionales encuestados brindaría tiempo a la reflexión de la práctica laboral y su problemática con otros colegas y con personal capacitado para tal fin.

	Todos	Cardiología Clínica	Imágenes	Hemodinamia / EEF	Cuidados Críticos
	n=160	n=74	n=44	n=17	n=7
Edad	$35,2 \pm 3,7$	$34,8 \pm 3,8$	$35,5 \pm 3,1$	$35,5 \pm 3,5$	$36,2 \pm 2,01$
Sexo masculino	61,8%	54,0%	68,5%	88,2%	85,7%
3 o más trabajos	55,0%	54,0%	62,0%	47,0%	71,3%
Guardia 24 h	51,9%	57,5%	43,0%	47,0%	85,7%
Tiempo consulta					
10 min o menos	75,6%	70,5%	79,0%	64,0%	85,7%
Conforme remuneración	39,3%	38,0%	15,0%	22,0%	14,8%
Disconforme con atención	58,1%	54,8%	36,0%	64,7%	42,8%
Podría dedicar tiempo a la reflexión?	48,7%	54,8%	45,5%	35,4%	42,8%
Experiencia BALINT	1,9%	1,3%	2,3%	5,8%	0,0%
Oportunidad expresar emociones					
Muy pocas veces	36,2%	59,8%	61,1%	70,5%	71,0%
Muchas veces	22,0%	23,0%	18,2%	5,9%	28,0%
Nunca	41,8%	15,0%	20,0%	17,3%	1,0%
Sabe lo que es Grupo BALINT?	11,8%	9,0%	9,0%	29,0%	0,0%

0097- NUEVO CONCEPTO EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL. EXPERIENCIA INICIAL

ZAEFFERER, Patricia | CHIKIAR, Dario Simon | PFUND, Guillermo | DE LUCA, Ignacio | CASTELLI, Mariano | PADILLA, Juan | SOCIAS, Paula | GILLEN, Pablo / INSTITUTO CARDIOVASCULAR BUENOS AIRES

Objetivos: Analizar la experiencia inicial en el tratamiento del aneurisma de aorta abdominal (AAA) con el Sistema Endovascular de Sellado Aneurismático (EVA). Materiales y Métodos: Desde junio de 2015 a marzo de 2016 se intervinieron siete (n7) pacientes con AAA utilizando el sistema EVA. El criterio de inclusión de los pacientes fue aneurismas con anatomías difíciles y contraindicación para el uso de prótesis convencionales por las instrucciones de uso. Los pacientes fueron estudiados mediante angiotomografía, se realizó análisis computarizado mediante el programa Endosize. Resultados: Todos los pacientes presentaban criterios anatómicos de cuello difícil. Seis (n:6) presentaban cuello cónico, 3 cuello corto menor a 6 mm y 4 menor a 15 mm. Cuatro pacientes tenían aneurismas ilíacos. Un paciente presentaba aneurisma de aorta roto por endofuga complicada al año de tratamiento endovascular con una endoprotésis aorto-aortica previa. Se realizó control tomográfico al mes en todos los casos no evidenciándose complicaciones, cuatro (n:4) pacientes tienen control a los 6 meses sin evidencias de endofugas. Conclusiones: El nuevo concepto de sellado del aneurisma como terapéutica endovascular es factible, demostró, inicialmente, ser una alternativa eficaz para casos difíciles, aneurismas ilíacos y probablemente para aneurismas rotos. Mayores estudios deberán efectuarse y a mediano y largo plazo para poder demostrar con mayor precisión las indicaciones de EVAS.



0106- LA ANEMIA PERIOPERATORIA EN CIRUGÍA CARDÍACA, ¿PREDICE FIBRILACIÓN AURICULAR?

SEDAÑE, Leonardo Adrian | ESPINOSA, Juan | KOROLOV, Yevgeniy | CAMPOROTONDO, Mariano | VRANCIC, Mariano | PICCINI, Fernando | NAVIA, Daniel | BENZADÓN, Mariano / INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA

Objetivos: La fibrilación auricular (FA) es la complicación arrítmica más frecuente en cirugía cardíaca. Entre sus desencadenantes se suelen enunciar múltiples factores, como la anemia, aunque no hay evidencia clara que demuestre dicha asociación. El objetivo de este trabajo es determinar si la anemia previa o del postoperatorio inmediato predice FA en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. Materiales y Métodos: Se analizó en forma retrospectiva la base de datos informatizada del servicio de Cirugía Cardíaca, completada prospectivamente. Se incluyeron de manera consecutiva todos los pacientes operados en ritmo sinusal, sin antecedentes de FA previa, a los que se les realizó cirugía cardíaca en el período comprendido entre 2010 y 2015. Se dividió la muestra en 2 grupos, según la incidencia de FA, y se analizó en cada uno el hematócrito prequirúrgico (HTO pre), el correspondiente al ingreso a terapia (HTO 1), y el de la mañana siguiente a la cirugía (HTO 2). Se utilizó la prueba de la t de Student para comparar ambos grupos. Se elaboró un modelo de regresión logística para ajustar a distintas variables. Resultados: Se incluyeron 2784 pacientes sometidos a cirugía cardíaca (25,9% cirugía de revascularización miocárdica, 25,5% cirugía valvular, 24% cirugía combinada, 24,6% otras). La media de edad fue de 66,1 años (DE:11,9), y la mayoría

RESUMENES DE TEMAS LIBRES

fueron de sexo masculino (75,4%). La FA postoperatoria se observó en 590 pacientes (21,2%). Respecto a las diferencias entre ambos grupos, la población con FA fue significativamente más añosa, con más antecedentes de patología respiratoria, insuficiencia renal previa, disfunción ventricular severa, y presentaron además mayor tiempo de circulación extracorpórea. La media de HTO pre fue significativamente menor en el grupo con FA (33,78, DE:12,4 vs 35,04, DE: 12,2; p: 0,029). Respecto al Hto 1 y al Hto 2, no hubo diferencias entre ambos grupos (Tabla 1). Sin embargo, al realizar un modelo de regresión logística, el HTO pre no fue predictor independiente de FA. Las únicas variables que se asociaron a mayor incidencia de FA fueron la edad, el antecedente de enfermedad pulmonar previa, la disfunción ventricular severa, el uso de bomba de circulación extracorpórea y la no utilización de estatinas previas. (Tabla 2)Conclusiones: La anemia prequirúrgica, o en el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca no se asoció a mayor incidencia de fibrilación auricular.

Hematocritos	Sin FA (n: 2194)	Con FA (n: 590)	p
HTO pre, % (DE)	35,04 (12,2)	33,78 (12,4)	0,029
HTO 1, % (DE)	28,30 (20,1)	27,19 (16,7)	0,219
HTO 2 % (DE)	27,63 (17,4)	27,45 (13,4)	0,822

Variables	OR	IC 95%	p
Edad (por año)	1,06	1,05 - 1,07	0,001
Patología respiratoria	1,47	1,03 - 2,10	0,033
Circulación extracorpórea	1,70	1,37 - 2,10	0,001
Disfunción ventricular severa	1,39	1,07 - 1,82	0,012
Estatinas prequirúrgica	0,75	0,61 - 0,92	0,006
HTO previo (por punto)	0,99	0,98 - 1,01	0,512

0158 - AMPLIACIÓN DEL ANILLO AÓRTICO VS. CIRUGÍA CONVENCIONAL EN PACIENTES CON ANILLO PEQUEÑO SOMETIDOS A REEMPLAZO VALVULAR AÓRTICO.

STÖGER, Guillermo | MARENCHINO, Ricardo | ROSSI, Emiliano | DOMENECH, Alberto | OBERTI, Pablo | KOTOWICZ, Vadim / HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Valorar la evolución clínica de aquellos pacientes con anillo aórtico pequeño con y sin utilización de técnicas de ampliación del anillo sometidos a reemplazo valvular aórtico. **Primario:** Comparar la reducción de los gradientes transvalvulares al año de seguimiento. **Secundarios:** Evaluar la mejoría en la clase funcional postoperatoria, las reinternaciones por insuficiencia cardíaca y la mortalidad en ambos grupos. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva con inclusión consecutiva desde enero 2011 hasta diciembre 2015 de pacientes sometidos a reemplazo valvular aórtico con anillo pequeño (<= 19 mm). Los criterios de inclusión fueron los siguientes: reemplazo valvular aórtico aislado, asociado a CABG y anillo menor o igual a 19 mm. Se excluyeron: doble reemplazo valvular, reemplazo de raíz aórtica y aorta ascendente. Se seleccionaron dos grupos de pacientes, el primero (Grupo AAA) en donde fue necesario ampliar al anillo aórtico (49 casos - 9,2%) y un segundo grupo (Grupo RVA19) donde se colocó una prótesis valvular aórtica de 19 mm por anillo chico (24 casos - 4,5%). Se evaluaron las siguientes variables independientes: edad, sexo, superficie corporal, clase funcional pre y postquirúrgica, gradientes aórticos medios, máximos y FSVI pre y postquirúrgicos. Los tiempos de CEC y de clampeo fueron registrados en ambos grupos. Se calculó el riesgo quirúrgico predictivo utilizando el EuroScore II. Puntos finales a evaluar: 1. Primario = Gradientes transvalvulares al año, 2. Secundarios = Clase funcional, reinternación por insuficiencia cardíaca y mortalidad. **Resultados:** La edad promedio en el grupo RVA19 fue de 77,5 años y 75 años en el grupo de AAA. En ambos grupos predominó el sexo femenino. Los pacientes del grupo AAA tuvieron mayor superficie corporal (1.81 m2 vs 1.56 m2; p = 0.0001). Sobre las técnicas empleadas para ampliar el anillo aórtico, la técnica de Manouguian fue la más utilizada (75,6%). El tiempo de CEC y Clampeo en el grupo RVA19 fue de 129/91 minutos y en el grupo de AAA fue de 150/119 minutos. Se evidenció aumento en 21 minutos (p= 0.0380) de CEC en el grupo AAA. Se utilizaron prótesis biológicas en la mayoría de los casos en ambos grupos. En ambos grupos se registraron complicaciones postoperatorias (FAARV, sme, febril e intubación prolongada) sin diferencias significativas. Días promedio de internación postoperatorios fueron de 7 días (6-11) en RVA19 y de 6 días (5-8) en AAA. Los gradientes postoperatorios (3 y 12 meses) fueron significativamente menores en el grupo AAA (ver tabla 2). La clase funcional baja (III-IV) no se encontró durante el seguimiento a 12 meses en el grupo AAA. No hubo ningún óbito a los 12 meses en ambos grupos. En el grupo RVA19 se evidenció un porcentaje de reinternación por ICC de 7,14% vs 15,7% en el grupo AAA (p=0.383). **Conclusiones:** La ampliación del anillo aórtico es una técnica segura, reproducible y eficaz para evitar la presencia de disociación paciente-prótesis en el postoperatorio de un reemplazo valvular aórtico. El incremento de 21 minutos de CEC no hay sido un factor de morbilidad independiente. La ampliación del anillo mejora los gradientes transvalvulares en el postoperatorio. Dicho procedimiento no incrementa la mortalidad a corto y mediano plazo. Si bien no podemos afirmar que exista una mejoría en la mortalidad a largo plazo, estudios controlados, randomizados y prospectivos serán necesarios para evaluar los resultados.

Tabla 1. Características prequirúrgicas.

	RVA19 (n=24)	AAA (n=49)	P valor
Edad, años (mediana-IC)	77.5 (71-80.5)	75 (67-78)	0.215
Superficie Corporal, m2 (media-DS)	1.56 (0.16)	1.81 (0.20)	0.0001
Sexo femenino, %	90	85.3	0.253
Clase funcional III-IV, %	50	48.7	0.929
Fracción de eyección VL, %			0.943
Normal	90	87	
Deterioro leve	5	4.8	
Deterioro moderado	5	7.3	
Gradiente Máximo, mmHg (media e IC)	78.95 (64.4 - 93.4)	83.31 (75.02 - 91.6)	0.716
Gradiente Medio, mmHg (media e IC)	48.85 (38.4 - 59.2)	51.39 (44.9 - 57.8)	0.672
EuroScore II (mediana-IC)	2.06 (1.62-3.99)	2.94 (2.01-4.25)	0.222
RVA Aislado, %	60	73.1	0.297
Técnica de ampliación, %			
Manouguian		75.6%	
Nicks		17.07%	
Nicks-Núñez		7.32%	

RVA: reemplazo valvular aórtico AAA: ampliación del anillo aórtico

Tabla 2. Resultados quirúrgicos y seguimiento al año.

	RVA19 (n=24)	AAA (n=49)	p valor
Tiempo CEC, min (mediana-IC)	129 (105.5-152.5)	150 (127-163)	0.038
Tiempo Clampeo, min (mediana-IC)	91 (72-113)	119 (105-135)	0.0002
Tipo de Válvula, %			0.009
Mecánica	30	14.6	
Biológica	70	85.3	
Número Prótesis, %			
19	100	17.32	
21	-	70.73	
23	-	11.95	
RVA Combinada, %	40	26.8	0.297
Complicaciones Pop, %**	42.1	46.1	0.771
Días de Internación (mediana-IC)	7 (6-11)	6 (5-8)	0.144
Óbito intraoperatorio, %	15	7.32	0.801
Primer seguimiento postoperatorio			
Gradiente Máximo, mmHg (media e IC)	34 (27.6 - 40.3)	25.94 (22.2 - 29.6)	0.001
Gradiente Medio, mmHg (media e IC)	19.81 (15.3 - 24.2)	14.02 (11.8 - 16.1)	0.004
Fracción de eyección VL, %			0.182
Normal	77.7	92.3	
Deterioro leve	16.6	7.69	
Deterioro moderado	5.5	0	
Segundo seguimiento a los 12 meses postoperatorio			
Gradiente Máximo, mmHg (media e IC)	38.18 (25.4-50.9)	29.23 (23.3-35.1)	0.004
Clase Funcional III-IV, %	6.67	0%	0.313

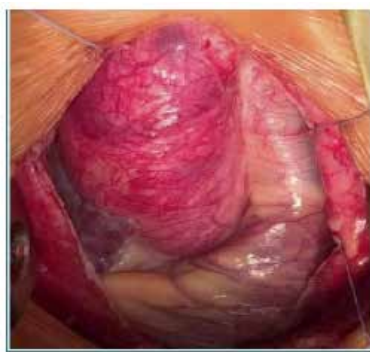
** Complicaciones POP: episodios de FAARV, sd febril e AVM prolongada.

0373 - CIRUGÍA DE TIRONE DAVID EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

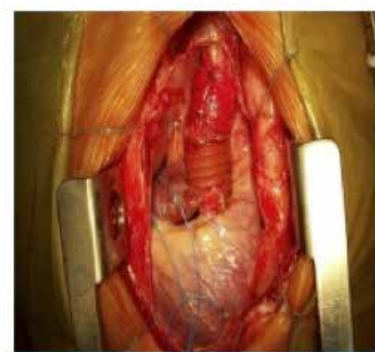
TORRILLAS, Juan Manuel | MONTEL, Juan Pablo | SEPULVEDA, Sandra Elena | CORNELIS, Javier | GARCÍA DELUCIS, Pablo / HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

Objetivos: * La dilatación progresiva de la raíz aórtica aumenta el riesgo de desarrollar insuficiencia valvular aórtica, disección, ruptura y muerte. * La cirugía T. David consiste en el reemplazo de la raíz y aorta ascendente con preservación valvular, proporcionando una válvula competente, con durabilidad y funcionalidad nativa, evitando la anticoagulación y la incidencia de tromboembolismos. * Hay que tener en cuenta que la dilatación de la Raíz Aórtica en pediatría es poco frecuente, con lo que la experiencia de esta técnica en este grupo estario no es mucha y muchos autores refieren que es irreproducible. Por lo que el objetivo de nuestro trabajo es demostrar que es posible, mostrando los resultados obtenidos a corto y mediano plazo con la Cirugía de T. David en pacientes pediátricos. **Materiales y Métodos:** * Entre Abril del 2002 y Abril de 2016 * 14 pacientes: - 6 Sme Marfan, - 2 Sme de Loey-Dietz, 1fallot operado, 1 Atresia pulmonar operada, 4 alvulopatía aórtica **Edad media:** 11.9 +/- 7 años (5-19 años). * **Sexo:** - 8 M, 6 F * **Diametro medio de Raíz Ao:** 42,61 * **Diametro medio del anillo Ao:** 25,41 * **Diametro medio de UST:** 34,53 * **Procedimientos Asociados:** * 1 pte: -Plástica válvula mitral (anuloplastia posterior con pericardio autólogo tratado). * 1 pte: -Reemplazo cayado aórtico + 1/3 proximal aorta descendente. * 2 pte: -Recambio de HIP * En todos los pacientes se realizó Ecografía transesofágica pre y post quirúrgico inmediato, lo cual es muy importante para reducir el fallo precoz de la válvula aórtica, realizando ajustes para el óptimo funcionamiento de la válvula. Es importante evaluar el nivel de coaptación de las valvas Aórticas, ya que es un elemento importante en la durabilidad de esta reparación. **Control:** cada 6 meses con ECO.

* Tiempo medio de seguimiento: 51,6 +/- 28,31 meses 1 paciente se perdió en el seguimiento. Resultados: * Días de Internación: 8,09 +/- 4,27 días * Días de ARM: 1,29 +/- 1,19 días * Tiempo de CEC: 149,45 +/- 97,65 min * Tiempo de clampeo: 125,81 +/- 73,07 min * Ritmo Cardíaco: Sinusal en todos los pacientes. * Cirugía electiva: 100% * Mortalidad postquirúrgica inmediata: 0. * Mortalidad alejada: 1 paciente, secundario a cuadro respiratorio. * Libre de eventos tromboembólicos. * Reoperaciones: 2. Un paciente durante la internación por absceso del anillo aórtico. El otro paciente 8 años después de la cirugía de Tirone David, que evolucionó con insuficiencia Aórtica severa por lo que se le realizó cirugía de Bentall. * Insuficiencia aórtica POP: -leve (2 pacientes), leve-moderada (1 paciente), moderada + (1 paciente) Conclusiones: * La cirugía del reemplazo de la raíz aórtica con preservación valvular en pacientes pediátricos continúa generando buenas expectativas, con baja morbilidad. * Evita el riesgo de anticoagulación y contribuye a la elección de este procedimiento en niños con dilatación de la raíz aórtica con válvula funcionalmente normal. * También es importante destacar que es importante realizar la cirugía lo más precoz posible, para evitar la dilatación y consecuente disfunción del ventrículo izquierdo. * Se destaca que todos los pacientes se operaron de forma electiva, y no de urgencia, lo que es un factor que disminuye la morbilidad. * El tamaño del tubo debe ser lo suficiente para evitar comprometer la coaptación de las válvulas. El mismo es en función del tamaño de las cúspides Ao. Hay que tener en cuenta que en pacientes con válvulas Aórticas bicuspidales las valvas son mas grandes que lo normal, por lo que el anillo será mas grande naturalmente. * Estos resultados nos impulsan a la elección de esta técnica en pacientes operados de cardiopatías congénitas que presentan a largo plazo dilatación e insuficiencia valvular aórtica.



Dilatación de Raíz Ao



Cirugía de Tirone David

0378-FIBROELASTOMA PAPILAR CARDÍACO:PRESENTACIÓN CLÍNICA, ECOCARDIOGRÁFICA, RESULTADOS QUIRÚRGICOS, ANATOMOPATOLÓGICOS Y SEGUIMIENTO A MEDIANO PLAZO.

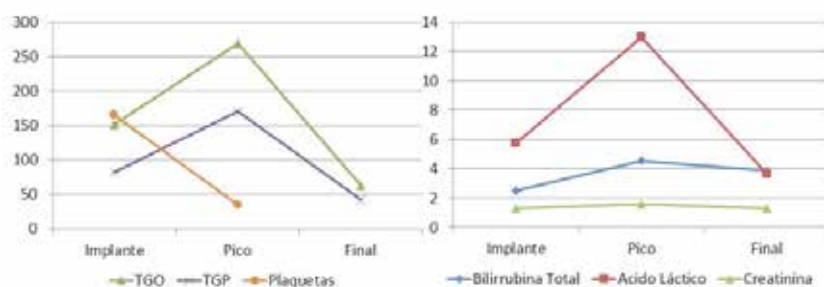
BOBADILLA JACOB, Pamela | VIGILIANO, Carlos | CASABÉ, José Horacio | GUEVARA, Eduardo | SALMO, José Fabian | ABUD, José | DULBECCO, Eduardo | FAVALORO, Roberto / FUNDACIÓN FAVALORO

Objetivos: Describir las características clínicas, ecocardiográficas, anatomopatológicas y los resultados quirúrgicos y el pronóstico de los pacientes sometidos a la extirpación del fibroelastoma papilar cardíaco (FPC). Materiales y Métodos: Se revisaron los protocolos anatomopatológicos de los pacientes operados por un tumor cardíaco en nuestro Hospital Universitario identificándose a los pacientes portadores de FPC. Se analizaron las características clínicas, los hallazgos ecocardiográficos, el protocolo quirúrgico y la evolución posterior. Para los hallazgos ecocardiográficos transtorácicos (ETT) y transesofágicos (ETE) se utilizaron las características publicadas del FPC: una pequeña masa móvil adherida a una superficie endocárdica con movimiento independiente y un borde punteado reluciente. La masa tumoral obtenida durante el acto operatorio fue fijada en formol buffer e incluida en parafina y coloreada con hematoxilina eosina. Mediante un panel de inmunohistoquímica se caracterizó la estirpe tumoral según la clasificación histológica de tumores cardíacos de la WHO. Se identificó al FPC desde el punto de vista histológico como estructuras avasculares compuestas por tejido fibroelástico y rodeadas por endocardio. Resultados: Entre Junio de 1992 y Abril de 2016 se intervinieron quirúrgicamente 106 tumores cardíacos en nuestro Hospital. Según la caracterización inmunohistoquímica e histológica 79 pacientes (p) presentaron un mixoma (74,5%), 11 p tumores malignos de diferente estirpe (10,4%) y 16 pacientes un FPC (15,1 %). Estos últimos son los descritos en la presente comunicación. La edad media de la población fue de 53,93 (34-77); 9 p (56%) eran mujeres. Dos de ellos (12,5%) habían presentado un accidente cerebrovascular (ACV), ambos en posición aórtica; los restantes eran asintomáticos y se realizó el diagnóstico por ecocardiografía en exámenes de cribado cardiovascular. A todos los p se les efectuó ETT y ETE. El tamaño por ETE (diámetro mayor) fue de 23,47 mm promedio (8-40). La localización fue en válvula aórtica 4 p, válvula mitral 4 p, válvula tricúspide 3 p, pared de aurícula derecha 2, músculo papilar de ventrículo izquierdo 2 p y 1 p presentaba un FPC múltiple en válvula aórtica, mitral y en el endocardio del septum interventricular. En ningún caso con compromiso valvular existió disfunción significativa. Todos los tumores eran móviles. Se pudo efectuar la resección total a todos los p; en 7 p además existió otro procedimiento quirúrgico asociado (plástica mitral 2, plástica tricúspide 2, cierre de CIA 1, cierre FOP 1, CRM y reemplazo aorta ascendente 1, reemplazo valvular aórtico 1, reemplazo valvular mitral 1). No hubo mortalidad operatoria. El diagnóstico se confirmó por anatomía patológica típica en todos los casos. En un seguimiento promedio de 2,6 años, no hubo recidiva tumoral ni muerte de causa cardiovascular; un paciente falleció por otra causa. Conclusiones: Los FPC representaron un porcentaje importante de los tumores cardíacos resecados en nuestro Hospital. Se manifestaron en un porcentaje bajo con ACV previo; la mayoría fueron asintomáticos, pequeños y móviles. Fueron extirpados sin mortalidad quirúrgica y la mayoría con preservación de la válvula comprometida. El diagnóstico se confirmó por una anatomía patológica característica. A mediano plazo no existió recidiva tumoral.

0443 - ASISTENCIA VENTRICULAR DE CORTO PLAZO CON ECMO, EXPERIENCIA INICIAL

ARNEDO, Nicolás | VRANCIC, Juan Mariano | DIEZ, Mirta | BENAVIDES, Julian | GARCIA, Walter | RAMÍREZ HOYOS, Dina | BARRETO, Claudia | NAVIA, Daniel / ICBA

Objetivos: Evaluar la experiencia inicial de asistencia ventricular con ECMO, la evolución clínica y de laboratorio de los pacientes así como sus complicaciones y mortalidad. Materiales y Métodos: Desde febrero 2014 hasta mayo 2016, se implantaron 12 asistencias de corto plazo con ECMO arterio venoso. Se evaluaron características de los pacientes, indicación de la asistencia, evolución de variables de laboratorio relacionadas con la misma (ácido láctico, TGO, TGP, bilirrubina total, creatinina y plaquetas), morbilidad y mortalidad. Se utilizó el Test de T de Student y ANOVA para muestras repetidas para el análisis en el tiempo. Resultados: La mediana de edad fue de 59 ± 13,98 años, 8 pacientes fueron hombres. 5 pacientes recibieron asistencia postcardiotomía, 8 como puente al trasplante cardíaco y 1 paciente fue asistido como recuperación posttrasplante (fallo primaria del injerto). La mediana de asistencia fue de 5,5 ± 2,31 días. Siete pacientes (58,3%) pudieron ser desconectados del ECMO con éxito y a 4 (33,3%) de ellos se les otorgó el alta sanitaria. Ocurrieron 3 isquemias arteriales que requirieron reintervención (25%), 2 hemorragias del sitio de canulación (16,6%), una de ellas reintervenida y 2 pacientes presentaron linforragia que se autolimitó (16,6%). En los gráficos 1 y 2 se muestra la evolución de valores de laboratorio. En los mismos no se obtuvo diferencia estadísticamente significativa (p ANOVA: 0,065) Conclusiones: La utilización de ECMO en este grupo de pacientes críticos permitió su estabilización como puente a trasplante o a la recuperación. La mortalidad es alta, similar a la publicada.



0041 - TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE MIEMBROS INFERIORES: PRESENTACIÓN Y RESULTADOS SEGÚN SEXO.

COSTANTINI, Ricardo Andrés | TELAYNA, Juan Manuel | TRENTACOSTE, Juan | PADÍN, Carlos | TELAYNA, Juan Manuel / HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Objetivos: Introducción: la trombosis venosa profunda es una entidad frecuente (1/1000) asociada con menor sobrevida y elevada morbilidad. La recurrencia parecería estar determinada según el nivel de la oclusión trombótica y si el volumen del trombo ocluye total o parcialmente la luz del vaso. La presentación depende de la interacción de los componentes de hipercoagulabilidad, estasis venosa y daño endotelial (triada de Virchow) que combinados producen un medioambiente propicio que promueve la formación de trombos donde la genética juega su rol que puede verse expresado a través del género. Objetivo: evaluar relación del género en enfermedad trombótica venosa aguda en miembros inferiores y los resultados clínicos del procedimiento endovascular. Materiales y Métodos: Material y métodos: Se analizaron 16 intervenciones en 14 pacientes con síndrome clínico compatible con trombosis venosa profunda aguda. Los grupos se dividieron según género Grupo A = Mujeres (n=8) vs Grupo B = varones (n=6). Las características basales fueron grupo A y B respectivamente: edad promedio 42,5±8 vs 39±14,6 años; antecedentes hereditarios 0 vs 1; tabaquistas 0 vs 2; tratamiento hormonal 3 vs 0; trombosis venosa profunda y embolia pulmonar mayor 2 vs 1; cáncer concomitante 4 vs 2; compromiso en venas ilíacas unilaterales 7 vs 1 (p=0,02); venas ilíacas bilaterales 0 vs 1; vena cava inferior 0 vs 2; venas ilíacas y cava inferior 1 vs 3 (p=0,02); venas femorales 4 vs 2; implante previo de filtro de vena cava 7 vs 5; trombotismos sistémicos 2 vs 2, trombotismos locales prolongados 2 vs 1, trombotismos zonales 6 vs 4, implante de stent 3 vs 2. Resultados: Se definió como éxito técnico al procedimiento de tromboaspiración con adyuvancia de angioplastia venosa con o sin implante de stents para restablecer flujo y obtener menos de 50% de lesión residual final. Grupo A y B respectivamente: éxito técnico 8 vs 6, reintervención dentro de 7 días 0 vs 1, reintervención dentro de 12 meses 1 vs 0, muerte (no vascular) 1 vs 0, síndrome posttrombótico 0 vs 1. Conclusiones: Se evidenció un mayor compromiso trombotico simultáneo de vena cava junto con venas ilíacas en varones e ilíaco unilateral en mujeres sin diferencias respecto del género en cuanto a resultados del procedimiento tempranos o alejados. Estos resultados alientan a continuar con el tratamiento endovascular "agresivo" de esta patología de alta morbilidad.

0050 - TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DEL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL. ES HOY LA PRIMERA OPCION.

Ferreira, Luis Mariano | ESCORDAMAGLIA, Sergio | CARNERO VIDAL, Lisandro | ZAMBRANO, Angel | LA MURA, Ricardo / CLINICA LA SAGRADA FAMILIA

Objetivos: Evaluar los resultados a mediano y largo plazo del tratamiento endovascular de los aneurismas de aorta, siguiendo un algoritmo diagnóstico y terapéutico estricto, utilizando tecnología de última generación. Este trabajo sintetiza nuestra práctica de los últimos ocho años. Su metaobjetivo es mostrar una casuística nacional que justifique la necesidad de una campaña para la detección precoz del aneurisma de aorta. Materiales y Métodos: Registro retrospectivo en el tratamiento endovascular de los aneurismas de aorta recogiendo datos sobre los factores demográficos y de riesgo, con resultados a 8 años englobando 403 pacientes. Los datos fueron volcados en una base de datos (Microsoft Excel 97) y luego fueron analizados empleando el paquete estadístico (SPSS 19 y Medcalc 16.4). Para todas las variables se estableció su distribución de frecuencias y/o porcentajes en relación con el total de casos. Para aquellas medidas en escala ordinal

RESUMENES DE TEMAS LIBRES

o superior, se computaron las siguientes estadísticas: número de casos, valor mínimo hallado, valor máximo hallado, mediana, media aritmética, desvío típico. Resultados: La tasa de éxito técnico primario fue de 99,5%, mortalidad perioperatoria fue de 0,5%, endofuga fue del 16,5% (endofuga tipo I 4p), con una tasa de supervivencia global actuarial fue 96,3%, 71,2% y 53,5% al 1, 3 y 5 año de seguimiento. Tasa de supervivencia relacionada al aneurisma fue de 100%, 97,5% y 95,6% respectivamente siendo la endofuga tipo IB la causa principal de mortalidad relacionada en el seguimiento. La supervivencia libre de re-intervención fue 92,7%, 85,8% y 79,3% a 1, 3 y 5 año. La reintervención por el contrario fue relacionada en mayor medida a endofuga tipo II y de causa lumbar. La tasa de endofuga de cualquier tipo y observado luego de 30 días después del implante fue documentado en 26 pacientes (16,5%). Con el método de Kaplan-Meier, la supervivencia libre de endofuga al año, 2 años y 5 años fue 75,6%, y 72,78% y 70,94% respectivamente. Conclusiones: La resolución endovascular de la patología aneurismática hoy en día es la mejor opción terapéutica. La tendencia es reemplazar a la cirugía abierta, gracias a su baja tasa de morbilidad, con alta eficacia a corto y largo plazo. Los avances tecnológicos nos permiten hoy tratar incluso pacientes con anatomía más compleja.

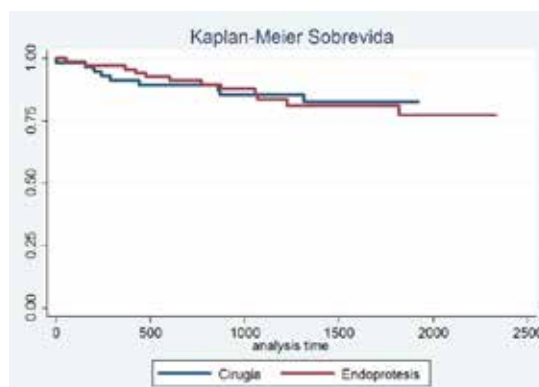


0069 - RESULTADO A 4 AÑOS DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES INTERVENIDOS POR ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFRA-RENAL EN FORMA ELECTIVA

BLURO, Ignacio Martín | LEYENDECKER, Vanina Del Valle | IACINO, Mercedes Del Pilar | GARAGOLI, Fernando Damian | MARENCHINO, Ricardo Gustavo | RABELLINO, José Martín | KOTOWICZ, Vadim | BELZITI, Cesar Antonio / HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES
Objetivos: Conocer los resultados alejados de los pacientes intervenidos por Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA) infrarenal en forma electiva. Materiales y Métodos: Se revisaron 157 historias clínicas correspondientes a pacientes intervenidos por AAA entre Enero de 2011 y Marzo de 2014. Se excluyeron del análisis 22 pacientes que se intervinieron por AAA rotos, 2 pacientes que presentaban AAA suprarrenal y 2 pacientes con AAA inflamatorios y desnutrición extrema. Dos pacientes se excluyeron del análisis debido a que no contamos con datos en el seguimiento de los mismos. Se realizó un análisis por intención de tratamiento. Se realizó un análisis de sobrevida y un análisis uni y multivariado a fin de identificar predictores de mortalidad. Las variables continuas se analizaron con el test de Student y las dicotómicas con Test de Chi o de Fisher según corresponda. Resultados: Se analizaron 129 pacientes de los cuales 60 (46.5%) fueron intervenidos en forma quirúrgica y 69 (53.5%) en forma endovascular. Los pacientes intervenidos en forma endovascular resultaron significativamente más ancianos que los operados (78 vs 72 años; $p=0.0001$). Las mujeres se trataron más precozmente que los hombres, siendo el diámetro medio en las mujeres 52 ± 1.1 mm y 59 ± 1.4 mm entre los hombres ($p=0.02$). Dos pacientes tratados en forma endovascular fueron convertidos a cirugía por cuestiones técnicas. La mortalidad a 30 días fue 0% en los pacientes intervenidos en forma endovascular y 1.6% (1 paciente) entre los operados ($p=0.44$). La estancia hospitalaria fue significativamente menor en los pacientes tratados en forma endovascular (6.6 ± 2.5 vs 3.2 ± 2.5 días, $p<0.0001$). La media de seguimiento fue 3.45 años (min 2 días, máximo 6.4 años) La incidencia de mortalidad fue 4.6%/año entre los operados y 5.3%/año entre los tratados en forma endovascular ($p=0.74$). La edad resultó el único predictor independiente de mortalidad (RR 1.09; IC95 1.02-1.17; $p=0.01$). Los pacientes tratados en forma endovascular debieron ser sometidos a más reintervenciones que los operados (11 vs 0, $p=0.001$). Al considerar un punto final combinado (PFC) de sobrevida libre de reintervención se observó una tendencia no significativa a favor de la cirugía convencional con una incidencia del PFC de 4.6 %por año para los pacientes operados y 9.7% por año para los pacientes intervenidos en forma endovascular ($p=0.054$). Conclusiones: La mortalidad alejada de los pacientes tratados por AAA en forma quirúrgica o endovascular fue similar. Los pacientes tratados en forma endovascular debieron ser sometidos a una mayor cantidad de reintervenciones. Los resultados observados se encuentran dentro de los estándares internacionales.

	Cirugía		Endovascular		
	n	%	n	%	p
Masculino	52	(86)	52	(75)	0.10
Edad (media±DS)	72.2 ± 8.4		78 ± 8.3		0.0001
Diabetes	8	(13)	11	(16)	0.67
Tabaquismo	41	(68)	35	(51)	0.043
HTA	49	(82)	58	(84)	0.71
IRC	10	(17)	13	(19)	0.75
EPOC	12	(20)	9	(13)	0.28
IAM previo	13	(22)	18	(26)	0.55
VIMS	2	(3.3)	3	(4.5)	0.70

HTA: Hipertensión, IRC: Insuficiencia renal crónica (crea ≥ 1.4 mg/dl), VIMS: deterioro moderado o severo de la función ventricular izquierda.



0070 - RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE DE PACIENTES SOMETIDOS A ENDARTERECTOMÍA CAROTÍDEA.

BLURO, Ignacio Martín | ZURRÚ, María Cristina | PIGRETTI, Santiago | DE LA ROSA, María Jose | MARCOS, Federico | RODRIGUEZ AMAGUAY, Andy | MARENCHINO, Ricardo Gustavo | CAGIDE, Arturo Miguel / HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: La endarterectomía carotídea es una cirugía de riesgo intermedio en la cual el beneficio de la intervención depende de la tasa de complicaciones del equipo tratante. La tasa de complicaciones (eventos cardiovasculares y/o muerte) aceptada debe ser menor al 6% en pacientes con estenosis carotídea sintomáticas y menor al 3% para pacientes asintomáticos. El objetivo del presente trabajo es evaluar los resultados de pacientes sometidos a endarterectomía carotídea (EC). Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo y descriptivo de pacientes tratados con EC. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a EC desde Enero de 2010 a Diciembre de 2015. Las variables continuas se analizaron con el test de Student o Wilcoxon y las dicotómicas con Test de Chi o de Fisher según corresponda. Se realizó un análisis de sobrevida y un análisis uni y multivariado a fin de identificar predictores de eventos en el seguimiento. Resultados: Se intervinieron 99 pacientes, las características de la población se resumen en la Tabla 1. El 85% de los pacientes se operó a causa de una estenosis carotídea sintomática, siendo la mediana de los síntomas neurológicos a la internación de 5 días (IQ25-75: 0-40 días) y de los síntomas a la intervención 10 días (IQ25-75: 5-41 días) En el post operatorio inmediato se registraron 3 (3%) eventos cardiovasculares mayores, 2 pacientes presentaron un accidente cerebrovascular (ACV) periprocedimiento y 1 paciente presentó un síndrome coronario (SCA) sin supradesnivel del segmento ST. Todos los eventos cardiovasculares se registraron en pacientes que habían presentado

síntomas neurológicos previos. No se registraron eventos entre los pacientes asintomáticos. De esta forma la incidencia de complicaciones mayores de la endarterectomía fueron 3.5% en los pacientes intervenidos por estenosis carotídea sintomática y 0% en los asintomáticos ($p=0.63$). Otras complicaciones menores fueron 7 pacientes presentaron episodios de fibrilación auricular post operatorio, 5 pacientes presentaron lesiones de pares craneales y 2 pacientes presentaron hematomas asociada la herida quirúrgica. La estancia media post operatoria fue 3.6 ± 2.5 días. Al alta el 94% de los pacientes fue dado de alta tratado con aspirina, 32% bajo tratamiento con clopidogrel, 9% con dicumarínicos, 98% con tratamiento con estatinas, 74% con inhibidores del sistema renina angiotensina aldosterona y 61% con beta bloqueantes. Se siguió a los pacientes por una media de 750 días (rango 1-2271 días) En el seguimiento se registraron 8 óbitos, 6 ACV, 3 SCA y 8 pacientes fueron sometidos a procedimientos de revascularización coronaria. La incidencia de eventos cardiovasculares mayores en el seguimiento entre los pacientes que fueron intervenidos por estenosis asintomática fue 5.02 eventos cada 100 pacientes años, mientras que en los sintomáticos fue 8.86 eventos cada 100 pacientes años ($p=0.27$). No se identificaron predictores clínicos de eventos en el seguimiento. Conclusiones: Los resultados observados en pacientes sometidos a EC ya sean sintomáticos o asintomáticos se encuentran dentro de los estándares internacionales.

Tabla 1	Total		Sintomáticos		Asintomáticos		p
	n	%	n	%	n	%	
Masculino	72	(72)	63	(74)	9	(64)	0.44
Edad (media±DS)	72 ± 8		73 ± 9		71 ± 9		0.61
Diabetes	34	(34)	28	(32)	5	(35)	0.8
Tabaco	65	(65)	55	(72)	6	(75)	0.95
HTA	96	(96)	80	(85)	14	(15)	0.35
DLP	80	(80)	68	(80)	11	(78)	0.9
IRC	16	(16)	13	(15)	2	(14)	0.64
FA	4	(4)	4	(5)	0	-	0.40
Claudicación	20	(20)	4	(28)	15	(17)	0.33
IAM previo	23	(23)	17	(20)	5	(35)	0.19
CRM	11	(11)	7	(8)	3	(21)	0.13
ATC	15	(15)	11	(13)	4	(28)	0.13

Tabaco: tabaquismo o ex tabaquismo. HTA: Hipertensión, IRC: Insuficiencia renal crónica (crea ≥ 1.4 mg/dl), FA: fibrilación auricular, CRM: cirugía de revascularización miocárdica, ATC: angioplastia coronaria.

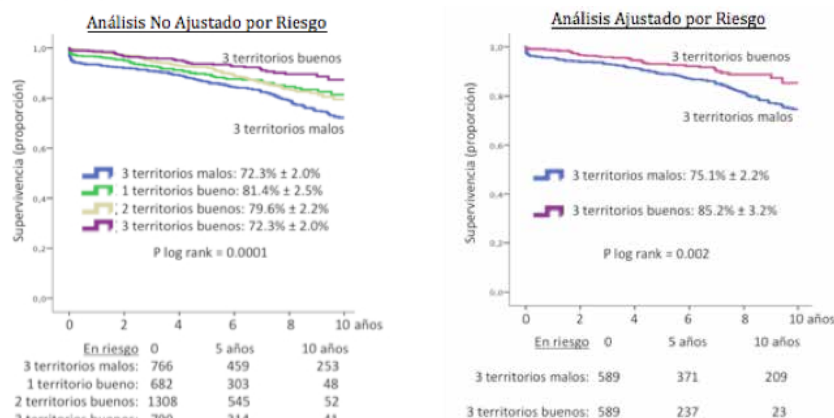
0168 - REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA : PUEDE EL OJO CLÍNICO DEL CIRUJANO PREDECIR MORTALIDAD A 10 AÑOS?

ESPINOZA, Juan Carlos | CAMPORROTONDO, Mariano | VRANCIC, Mariano | PICCININI, Fernando | CAMOU, Juan | GUTIERREZ, Guillermo | HUARTE, Leandro | NAVIA, Daniel / INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA

Objetivos: Evaluar si la apreciación del cirujano sobre la anatomía coronaria quirúrgica tiene impacto en la sobrevida alejada. Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo comparativo sobre una base de datos cuya información fue recolectada en forma prospectiva desde Enero 2003 - Marzo 2016. Se incluyeron 3546 pacientes revascularizados quirúrgicamente en forma aislada y consecutiva en un único centro. Se estratificaron según la anatomía coronaria en 0,1,2,3 vasos de 'buena calidad'. Se definió de buena calidad en base a un consenso entre al menos 2

cirujanos al momento de la revascularización en base a criterios pre-establecidos. Debido a la presencia de diferencias significativas en las características basales entre ambos grupos, se realizó un análisis ajustado por riesgo (propensity score) apareando 1:1 (según el método de nearest neighbor) identificando un total 1178 pacientes comparables, mediante un algoritmo de regresión logística. Se analizaron los resultados perioratorios (mortalidad, ACV, diálisis, reoperación por sangrado, IAM posoperatorio) y la supervivencia alejada a 10 años (muerte de cualquier causa). Finalmente se realizó un análisis uni y multivariado para identificar predictores independientes de sobrevida alejada. Se utilizó la prueba exacta de Fisher, la t de student, la U de Mann-Whitney, modelos de regresión logística, y análisis de sobrevida por Kaplan Meier y regresión proporcional de Cox. Resultados: La mortalidad hospitalaria global fue 2.4% (n=84). Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos a favor de 3 territorios buenos en cuanto a mortalidad hospitalaria ($p < 0.001$) y sobrevida a 10 años ($p \log \text{rank} = 0.0001$). En el análisis ajustado por riesgo el hallazgo de 3 territorios buenos se asoció con mayor sobrevida a 10 años en relación a 3 territorios malos ($85.2\% \pm 3.2\%$ vs $75.1\% \pm 2.2\%$, $p=0.002$). El análisis uni y multivariado (regresión de Cox) identificó a la presencia de 3 territorios buenos como un predictor independiente de sobrevida a 10 años (HR 0,60; IC 95% 0,44-0,83; $p=0,002$). Conclusiones: El hallazgo intraoperatorio de buenos lechos coronarios valorado por el cirujano tiene impacto favorable en cuanto a sobrevida alejada a 10 años.

Figura 1. Sobrevida alejada a 10 años según un análisis ajustado y no ajustado por riesgo



0511 - REGISTRO DE SÍNDROMES AÓRTICOS EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD DE DERIVACIÓN NACIONAL

D'IMPERIO, Heraldo | MARIANI, Javier | GONZALEZ VILLA MONTE, Gabriel Alejo | POMARES, Gonzalo Sebastian | SCAGLIA, Juan Andres | SARMIENTO, Ricardo Aquiles | MACHAIN, Hector Alejandro | TAJER, Carlos D. / HOSPITAL EL CRUCE

Objetivos: Describir la evolución con Síndromes Aórticos Agudos (SAA) internados en un servicio de unidad coronaria con Cirugía Cardiovascular. Materiales y Métodos: el hospital cubre una red de 6 hospitales públicos de la zona sur del conurbano bonaerense y además recibe derivaciones a nivel nacional. La institución cuenta con un registro continuo de SAA iniciado en 2011. Se presentan los casos ingresados hasta mayo de 2016. Resultados: Se incorporaron un total de 93 casos (1,7% del total de pacientes internados), 76 pacientes de sexo masculino (82%), 61 hipertensos (66%), 33 tabaquistas (35%), 4 diabéticos (4,35%) y 8 síndrome de Marfan (9%). La media de edad fue de 52,3 ($\pm$ 12 años), el 37% de los casos fueron derivados de la red. El 74% fueron disecciones tipo A, el 24% disecciones tipo B, 1% de hematoma aórtico y 1% de úlcera penetrante de aorta. De las disecciones tipo B el 17% fueron complicados. El 52% del total de pacientes presentaron compromiso visceral isquémico de al menos un órgano en el evento agudo. La Tomografía Axial Computada (TAC) fue utilizada como método diagnóstico en el 84% de los casos y el Ecocardiograma Transtorácico (ETT) en el 11%. El 90% de las disecciones tipo A fueron intervenidas quirúrgicamente y en el 39% de las tipo B se colocó endoprótesis aórtica durante la internación. La mortalidad global intrahospitalaria fue del 44%. En las disecciones tipo A, la mortalidad fue del 57% y en las tipo B 9%. En el 27% de los casos el diagnóstico inicial en el centro derivador no fue SAA y el 9% no presentó síntomas ni signos típicos (dolor, hipertensión arterial, compromiso isquémico visceral, disnea o falla cardíaca). La mediana de tiempo desde el ingreso a la institución derivadora hasta la intervención quirúrgica de los SAA tipo A fue de 20 hs (RIC 11-32 hs). En los pacientes con SAA tipo A derivados de la red el tiempo desde el ingreso a otra institución hasta la cirugía en nuestro centro fue menor que aquellos derivados de otras instituciones con mediana 17 hs (RIC 8-20 hs) vs 25 hs (RIC 16-48 hs), $p = 0.03$. En el análisis de Regresión Logística Multivariable las variables independientes asociadas a mortalidad son la edad, el tipo de disección aórtica y el retraso a la intervención quirúrgica. Conclusiones: Nuestro registro muestra la realidad de los SAA de un hospital público que cubre una extensa zona de la provincia de Buenos Aires. La edad de nuestra población es menor que otros registros. Existe un alto grado de compromiso de órganos vitales al momento de arribo a nuestra institución. La técnica de imagen más utilizada fue la TAC. El retraso a la intervención quirúrgica que constatamos, pudo ser responsable de un mayor porcentaje de compromiso de órganos vitales y de mayor mortalidad.

0269 - COLESTEROL TOTAL AL INGRESO EN SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS

TRIVI, Marcelo Sergio | CONDE, Diego | COSTABEL, Juan Pablo | MANENTE, Diego | HEREDIA, Pablo | SEBASTIAN, Alberto | LALOR, Nicolás | REY, Ricardo / INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA

Objetivos: Desde hace unos años, se recomendó la medición del colesterol total sérico al ingreso en los Síndromes Coronarios Agudos (SCA), para tener un valor previo a la esperada reducción del colesterol asociada con el IAM, atribuida a inflamación. Se supone que el colesterol total al ingreso debiera ser menor en el IAM con elevación del segmento ST (IAMEST), con mayor inflamación, que en el IAM sin elevación del ST (IAMsT) y en la Angina Inestable (AI). Asimismo, en IAM de mayor tamaño el colesterol debiera ser menor. Se buscó comparar el colesterol total al ingreso en las distintas formas de presentación del SCA y buscar una correlación entre niveles de colesterol total y pico de troponina T ultrasensible. Materiales y Métodos: Se incluyeron desde 2011 hasta el presente 1214 pacientes internados de urgencia por SCA con medición de colesterol total sérico dentro de las 24 horas del ingreso (en ayunas, la mañana siguiente al ingreso): 335 IAMEST, 417 IAMsT y 462 AI. La edad media era 68 $\pm$ 12 años (mediana 68) y 74% eran varones. En un subgrupo de 334 pacientes (131 IAMEST y 204 IAMsT) se comparó el colesterol total al ingreso (mg/dl) con el último dosaje (pico) de Troponina T ultrasensible (ng/L, Elecsys Roche) durante la internación. Los valores se expresan como media $\pm$ desvío estándar y mediana y fueron comparados por las pruebas "z" o Mann Whitney según corresponda a la distribución. Resultados: * $p < 0.0001$ IAMEST vs. IAMsT y/o AI. No se observó ninguna correlación entre colesterol total y pico de Troponina T en el IAM, tanto en el IAMEST como en el IAMsT. Conclusiones: El colesterol total sérico al ingreso fue significativamente mayor en el IAM con elevación del segmento ST que en otras formas de SCA, como IAM sin elevación del ST o angina inestable. Además, el colesterol total al ingreso no parece guardar relación con el tamaño del IAM, medido a través del pico de troponina T ultrasensible.

	Colesterol total media	mediana	Troponina T media	mediana
IAMEST	198 $\pm$ 53 *	196	2412 $\pm$ 2399 *	1627
IAMsT	179 $\pm$ 48	175	555 $\pm$ 1078	151
AI	178 $\pm$ 53	176		

0298 - SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON SUPRADESIVEL DEL ST EN OCTOGENARIOS: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN Y RESULTADOS A UN AÑO DE SEGUIMIENTO

COHEN, Fernando | SEROPIAN, Ignacio | LEITE VINCENTI, Fernando | VALLE RALEIGH, Juan | AGATIello, Carla | FERNANDEZ, Alejandro | ROJAS MATAS, Carlos | BERROCAL, Daniel / HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Objetivos: Describir las características de los octogenarios internados con diagnóstico de síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCAEST), las características del tratamiento recibido y la evolución de los mismos en la internación y en el seguimiento. Materiales y Métodos: estudio observacional prospectivo que incluyó a todos los pacientes internados con diagnóstico de SCAEST en un hospital polivalente entre junio de 2014 y noviembre de 2015 en quienes se decidió una estrategia invasiva inicial. Se evaluaron las características clínicas de la población de acuerdo a su edad (mayor o igual a 80 años y menores de 80 años), las estrategias terapéuticas elegidas y se analizaron puntos finales clínicos (muerte, sangrado, accidente cerebrovascular y reinfarto) durante la internación y en el seguimiento. Para analizar el sangrado se utilizó la escala del Bleeding Academic Research Consortium (BARC). Los datos categóricos se reportaron como frecuencias, mientras que los continuos fueron descriptos a través de su media o mediana. Los datos categóricos fueron comparados a través de la utilización del test de chi²; los datos continuos fueron comparados a través del test de t de Student. Resultados: Se analizaron 163 pacientes consecutivos internados con diagnóstico de SCAEST. El grupo de octogenarios representó el 23.9% del total (39 pacientes). Comparado con los pacientes menores de 80 años, el sexo masculino fue menor en los octogenarios (41% vs 72.6%, $p=0.0003$), con más antecedentes de HTA (84.6% vs 66.9%, $p=0.033$), enfermedad vascular periférica (41% vs 20.1%, $p=0.0096$), y con menor historia de tabaquismo (30.7% vs 66.1%, $p < 0.001$). En los pacientes menores de 80 años se utilizaron más stents (1,6 $\pm$ 1.3 vs 1,12 $\pm$ 1,2 $p=0.05$), siendo más frecuente la utilización de stents convencionales en los octogenarios ($p=0.0019$). Durante la internación, los octogenarios presentaron mayor tasa de sangrado ($p=0.005$), con un score CRUSADE significativamente mayor [41,5 (RIC 33-52) vs 28 (RIC 21-38), $p=0.0004$]. En los pacientes octogenarios, el acceso radial presentó una tendencia a menor tasa de sangrado (34,4% vs 71,4%, $p=0,07$), sin diferencias significativas en el sangrado mayor. La mortalidad durante la internación en los pacientes sin insuficiencia cardíaca fue significativamente mayor en los octogenarios (11,54% vs 1,11% $p=0,01$). En el seguimiento a 3 meses se observó mayor tasa de sangrado mayor en el grupo de octogenarios (7,14% vs 0%, $p=0,007$). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a mortalidad, tasa de ACV y reinfarto en el seguimiento a 1 año. Conclusiones: Los octogenarios representan un porcentaje importante de los pacientes internados con diagnóstico de SCAEST. Son una población con más comorbilidades y esto impacta en la mortalidad intrahospitalaria y en la tasa de sangrado en el seguimiento.

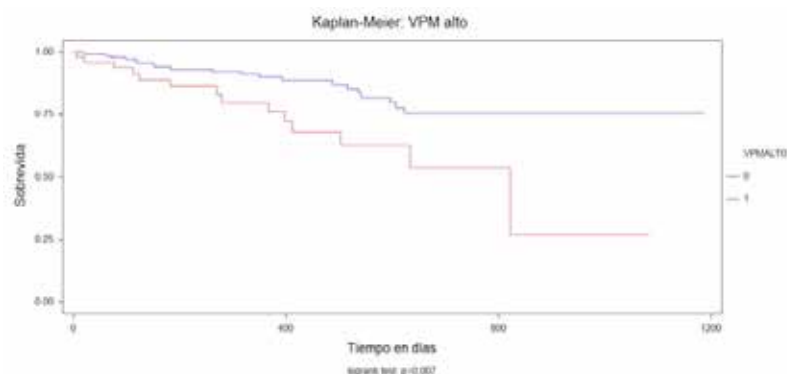
0406 - EL VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO COMO MARCADOR PRONÓSTICO EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST DE MODERADO RIESGO SEGÚN EL SCORE GRACE

CHIRINO NAVARTA, Daniel Agustín | PALACIOS, Rolando | LEONARDI, Mariela | TREJO, Graciela | RODRIGUEZ VAZQUEZ, Maria Luisa | TELECHEA, Francisco | DIZEO, Claudio / UNIDAD ASISTENCIAL POR MAS SALUD DR. CESAR MILSTEIN

Objetivos: Evaluar si el Volumen Plaquetario Medio (VPM) es predictor de eventos en el seguimiento de pacientes ancianos con SCAEST de moderado riesgo por score GRACE. Materiales y Métodos: Se incluyeron en forma prospectiva pacientes mayores de 65 años que ingresaron a unidad coronaria con diagnóstico de SCAEST y que presentaron un score GRACE < 140 . Se analizaron datos clínicos, electrocardiograma y de laboratorio, midiéndose el VPM dentro de las 24 horas de ingreso. Además se calculó el score TIMI y PURSUIT. Se realizó seguimiento luego del

RESUMENES DE TEMAS LIBRES

alta considerando el punto combinado de muerte de cualquier causa y reinternación cardiovascular (por SCA, insuficiencia cardíaca, stroke o arritmias). En el seguimiento se realizó análisis univariado y multivariado por regresión Cox. Se utilizó el área bajo la curva (ABC) ROC para establecer el poder de discriminación del VPM. El análisis de sobrevida libre de eventos se realizó por el método de Kaplan-meier. Resultados: De 277 pacientes ingresados con SCASEST, se incluyeron 203 pacientes con GRACE < 140, con una edad de 72 ± 7 años, 43% mujeres. El GRACE fue de 118 ± 18 y el VPM fue de $10,6 \pm 0,1$ fl. El 25% presentó elevación de troponina, el 16% infradesnivel del ST y el 22% cambios en la onda T en el electrocardiograma. Respecto al resto de los scores, el promedio fue PURSUIT fue de $12,1 \pm 1,4$, mientras que el 78% presentó TIMI entre 2 y 4. Con una mediana de seguimiento de 354 días (rango intercuartilo 154 – 590) el punto combinado se presentó en el 17% de los pacientes, con una mortalidad del 3% (6 pacientes). En el análisis univariado la elevación de troponina y el VPM fueron predictores del punto combinado, mientras que en el multivariado sólo el VPM se comportó como predictor independiente del punto combinado con un OR 1,04 (IC95% 1,01 – 1,07), $p=0,01$. El VPM presentó un ABC de 0,66 (IC95% 0,54 – 0,81) y se estableció como punto de corte un VPM $\geq 10,8$ fl (OR 2,61 (IC95% 1,32 – 5,19), $p=0,006$). Conclusiones: Nuestra población de mayores de 65 años de



moderado riesgo por GRACE presentó una importante tasa de eventos a un año de seguimiento. La elevación de troponina y el VPM fueron predictores en el univariado, mientras que sólo el VPM fue predictor independiente del punto combinado, con un regular poder de discriminación.

0433 - MORTALIDAD EN EL INFARTO CON ELEVACIÓN DEL ST DURANTE LA INTERNA-CIÓN Y EN EL SEGUIMIENTO AL AÑO.

NAU, Gerardo (h) | LALOR, Nicolas | RODRIGUEZ, Leandro Diego | LIVOV, Javier David | HERRERO, Leandro Miguel | CORTE, Juan Ignacio | CURA, Fernando Adrián | TRIVI, Marcelo Sergio | ICBA

Objetivos: Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo desarrollado. Mejorar la calidad de atención en el infarto con elevación del ST (IAMST), sobre todo el tratamiento de reperusión precoz permitiría reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida. Materiales y Métodos: Se incluyeron consecutivamente todos los P con diagnóstico de IAMST. Se analizaron las características de los P y las variables asociadas al tratamiento que se relacionaron con mayor mortalidad. Resultados: En el período desde enero de 2012 a mayo de 2016 se incluyeron 410 en 2 centros. La mortalidad hospitalaria fue de 3,4% (14 pacientes) y al año 3,4% (12/349). En total al año la mortalidad fue de 6,3% (26/410). Las características de los pacientes se detallan en la tabla 1. Conclusiones: La mortalidad del infarto de miocardio en nuestro medio fue de solo 3,4%. Sin embargo, se duplica durante el año que sigue al evento. Tanto la edad, la TA baja al ingreso, como el retraso en el tiempo puerta balón fueron predictores independientes de riesgo.

Características	Obitos	Sobrevivientes	P
Edad	69 +/-10	58 +/- 10	0,001
DBT	28%	16,9%	0,15
TBQ	28%	42%	0,37
TAS de ingreso	118mmHg	132mmHg	0,04
Cr de ingreso	1,38 mg/dl	1 mg/dl	0,02
Tiempo puerta-balón	101 min (+/-24)	67 min (+/- 9,5)	<0,001

0445 - INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACION DEL SEGMENTO ST EN PACIENTES JOVENES TRATADOS CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA COMPARADOS CON AÑOSOS.

SANCHEZ LASTRA, Lucas Ruben Gabriel | FARIAS, Mariela | AGUIERO, Pablo | SONNENBERG, Marcos | PRUM, Natalia | PULMARI, Camilo | DALLASTA, Gonzalo | VAZQUEZ, Norberto | CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD CARDIOVASCULAR JUAN DOMINGO PERON

Objetivos: Analizar las diferencias entre pacientes mayores y menores de 50 años de edad con respecto a características demográficas, presentación clínica, evolución, tratamiento, complicaciones y mortalidad en contexto de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST tratados con angioplastia primaria. Materiales y Métodos: Estudio observacional, de corte transversal, analítico, unicéntrico, con inclusión consecutiva de 101 pacientes con diagnóstico de IAM con elevación del ST tratados con ATC primaria, en el período comprendido entre octubre de 2013 y septiembre de 2015. Para análisis estadístico se utilizó el Software SPSS 2.0 de IBM, considerando como valor significativo un valor de $P < 0,05$. Resultados: Sobre un total de 101 pacientes, el 29% pertenecían al grupo de jóvenes con predominancia del género masculino en ambos grupos. Dentro de los factores de riesgo, el consumo de tabaco fue mayor en jóvenes. Lo mismo sucedió con el consumo de cocaína y los antecedentes hereditarios. El K & K tanto de

Factores de riesgo y antecedentes cardiovasculares	menores o iguales a 50 años (n:30)	mayores a 50 años (n:71)	p
edad	42,7 (+/-5,87)	64,51 (+/-7,39)	
sexo masculino	86,7% (26)	78,9% (56)	NS
sexo femenino	13,3% (4)	21,1% (15)	NS
tabaquismo	70% (21)	39,4% (28)	0,005
extabaquismo	3,3% (1)	21,1% (15)	0,034
hipercolesterolemia	23,3% (7)	26,8% (19)	NS
Hipertensión arterial	43,3% (13)	59,2% (42)	NS
diabetes	13,3% (4)	18,3% (13)	NS
cocaína	13,3% (4)	0% (0)	0,007
antecedentes hereditarios	13,3% (4)	0% (0)	0,007
Claudicación intermitente	3,3% (1)	4,2% (3)	NS
angina previa	3,3% (1)	12,7% (9)	NS
IAM previo	13,3% (4)	7% (5)	NS
ACV previo	0% (0)	7% (5)	NS
ATC previa	13,3% (4)	9,9% (7)	NS
CRM previa	0% (0)	0% (0)	0

Grupo etarios	menores o iguales a 50 años (n:31)	mayores a 50 años (n:71)	p
mortalidad	3,3% (1)	9,9% (7)	NS
complicaciones electricas/mecanicas			
TV	6,7% (2)	5,6% (4)	NS
FV	0% (0)	2,8% (2)	NS
bloqueo AV completo	0% (0)	2,8% (2)	NS
ruptura de pared libre	10% (3)	4,2% (3)	NS
ruptura de musculo papilar	0% (0)	1,4% (1)	NS
KK de ingreso	93,3%	73,2%	NS
KK no A	6,7%	26,8%	0,023
KK C y D	3,3% (1)	18,3% (13)	0,053
VD clinico	3,3% (1)	6,3% (8)	NS
sngrado mayor	0% (0)	1,4% (1)	NS
Deterioro severo de la Fey	13,8% (13)	30,2% (21)	NS

ingreso como evolutivo fue más desfavorable en añosos. La mediana de tiempo ventana y puerta balón fue de 120 minutos. El territorio afectado con más frecuencia fue el anterior. La enfermedad de múltiples vasos se presentó en el 50% de los jóvenes, y en el 62% de los añosos. Con respecto al tratamiento encontramos una diferencia estadísticamente significativa a favor del uso de prasugrel en pacientes jóvenes. La estancia hospitalaria tuvo una mediana de 4 días para ambos grupos. La mortalidad global no mostró diferencias significativas según la edad, sin embargo la mayor parte estuvo representada por el sexo masculino en ambos grupos etarios. Conclusiones: Si bien encontramos diferencias en lo que respecta a ciertos factores de riesgo como tabaquismo, consumo de cocaína y antecedentes hereditarios, la forma de presentación y evolutiva fue más favorable en jóvenes. Por otra parte, no se encontraron diferencias significativas con respecto al territorio comprometido así como con la anatomía coronaria, complicaciones y la mortalidad.

0529 - SÍNDROMES CORONARIOS SIN ELEVACIÓN DEL ST. TROPONINA E INTERVENCIONISMO. ¿SON SINÓNIMOS?

MAURO, Victor(1) | CHARASK, Adrian(1) | CASTILLO COSTA, Yanina Beatriz(2) | FAIRMAN, Enrique(2) | RAFFAELI, Alesia(2) | PEREZ, Roberto(2) | PALACIO, Maria Soledad(2) | BARRERO, Carlos(2) / CLINICA BAZTERRICA (1); CLINICA SANTA ISABEL (2)

Objetivos: Los síndromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST (SCA sin ST) que no son de alto riesgo pueden ser tratados con una estrategia invasiva o conservadora (EC) de acuerdo al criterio médico. El empleo de la troponina ultrasensible (Tus) como marcador de daño miocárdico ha modificado el criterio clínico en la toma de decisiones terapéuticas hacia una mayor indicación de procedimientos de revascularización. Objetivos: 1) Evaluar las características clínicas y los eventos hospitalarios (EH) de los pacientes internados en dos Unidades Coronarias (UCO) con diagnóstico de SCA sin ST y que fueran inicialmente manejados de acuerdo a una EC. 2) Analizar el valor de la Tus en la predicción de EH. Materiales y Métodos: estudio observacional, retrospectivo y consecutivo. Se seleccionaron a pacientes (p) ingresados por SCA sin ST durante el período comprendido enero 2012/diciembre 2015 y que tuvieran al menos 2 dosajes de Tus en las primeras 24 hs. del ingreso. Se analizaron sus características, variables de riesgo clínico y los EH definidos como: angina recurrente, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca y muerte. Se realizó un análisis univariado y

multivariado a fin de establecer las variables predictoras independientes de EH. Se excluyeron los SCA sin ST con indicación inicial de CCG. Resultados: Fueron incluidos 175p La edad (mediana) 66años (57,5-76,5), hombres 74%, hipertensión 71%, dislipemia 52,5%, diabéticos 23%, antecedentes coronarios (infarto/procedimientos) 40%. Cambios ECGs (infradesnivel del ST): 35%, Tus>14 ug/dl: 62,5%, score timi >2: 57%, disfunción ventricular (FEY<50%): 20%. EH: 20% (angina recurrente: 17,7%, infarto tipo q: 0,57%, insuficiencia cardíaca 1,14% y muerte 0,57%). Al efectuar un análisis univariado para EH se comprobó que los cambios ECGs (54,5 vs 30,5%, p=0,008), FEY<50% (42,5 vs 15%, p=0,0008), la Tus positiva > 14 ug/dl (85 vs 57% p=0,002) y el score TIMI >2 (76 vs 52%, p=0,001) se asociaron a mayores EH. En el modelo multivariado solo los cambios ECGs (OR 2,3 IC95% 1-5,4; p: 0,04) y FEY<50% (OR 2,94 IC95% 1,2-7; p: 0,01) fueron variables predictoras independientes de EH. Conclusiones: en una población representativa de los pacientes internados en las unidades coronarias observamos que los criterios clásicos ECGs y de función ventricular continúan siendo los principales predictores de EH. La inclusión en forma aislada de la Tus en la toma de decisiones terapéuticas es insuficiente por lo cual, basados en este único criterio, la posibilidad de indicar procedimientos innecesarios es mayor.

0078 - INSUFICIENCIA CARDÍACA CON FUNCIÓN SISTÓLICA REDUCIDA: DIFERENCIAS CLÍNICAS EN EL TRATAMIENTO Y LA MORTALIDAD SEGÚN EL GÉNERO

MIRABELLI, Leandro Mariano | PERESSOTTI, Bruno | GUILLEMI, Luis | LLORENS, Alejandro | BEREZUOK, Eulalia | DORADO, Jorgelina | DELGADO, Jorge | CUROTTO GRASIOSI, Jorge L. / HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: analizar las características clínicas, el tratamiento y la mortalidad por género en pacientes (ptes) con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (IC). Materiales y Métodos: a partir de una base de 363 ptes ambulatorios en seguimiento en la unidad de insuficiencia cardíaca, analizamos a 268 con diagnóstico de IC con fracción de eyección reducida entre enero de 2000 y diciembre de 2015. Evaluamos edad, clase funcional (CF) de la New York Heart Association, fracción de eyección, etiología, hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes, tabaquismo, fibrilación auricular, infarto agudo de miocardio previo, revascularización previa, internación por IC previa, insuficiencia renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tratamiento al alta y en el seguimiento, internaciones y mortalidad en el seguimiento. Mediana de seguimiento 3,49 años (Q25-75 = 2,33-7,30 años). Se dividió la población en dos grupos: G1=61 mujeres y G2=207 hombres. Resultados: al comparar G1 vs. G2 se obtuvo: edad: 69,1±13,3 vs. 66,1±14,2, CF I: 19% vs. 17%, CF II: 47% vs. 49%, CF III: 34% vs. 34%, fracción de eyección: 26±3 vs. 24±4, coronarios: 51% vs. 48%, hipertensión arterial: 70% vs. 71%, dislipidemia: 38% vs. 40%, diabetes: 40% vs. 38%, fibrilación auricular: 24% vs. 25%, cirugía de revascularización previa: 35% vs. 22%, insuficiencia renal crónica: 29% vs. 24%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica: 26% vs. 20%, todas p=ns. Tabaquismo: 49% vs. 21% (p<0,0001), infarto agudo de miocardio previo: 29% vs. 14% (p=0,007), internación previa: 54% vs. 32% (p=0,002). Al alta sólo se encontró diferencias para G2 en la utilización de betabloqueantes 68% vs. 86% (p=0,002), no hallándose diferencias en el seguimiento. La mortalidad durante la internación fue de 4% vs. 3% (p=ns), mientras que las reinternaciones fueron de 46% vs. 23% (p=0,001) y no hubo diferencias en cuanto a mortalidad en el seguimiento. Conclusiones: en esta serie las mujeres con IC eran más fumadoras, tenían más infarto agudo de miocardio previo e internaciones previas por IC y se les indicó menos betabloqueantes con respecto a los hombres. No encontramos diferencias en mortalidad durante la internación ni el seguimiento pero sí un mayor número de reinternaciones durante éste en relación con los hombres.

0080 - INSUFICIENCIA CARDÍACA E HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO: SEGUIMIENTO A 5 AÑOS

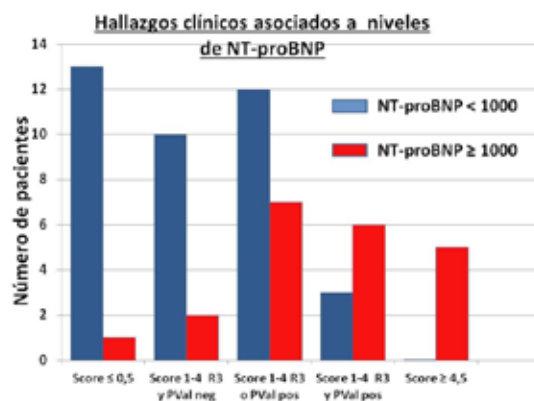
VILLARREAL, Claudia Veronica | PERESSOTTI, Bruno | ABDALA, Antonio | DAK, Marcelo | NIGRO, Ana María | FILIPINI, Eduardo | PARAGANO, Emanuel | CUROTTO GRASIOSI, Jorge L. / HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Objetivos: evaluar si el tratamiento con levotiroxina mejora la sobrevida en pacientes (ptes) con insuficiencia cardíaca (IC) crónica clase funcional (CF) I-III de la New York Heart Association (NYHA) e hipotiroidismo subclínico (HS). Materiales y Métodos: se incluyeron 163 ptes ambulatorios con IC crónica estable y con un mínimo de seguimiento de 6 meses. Se realizó un examen clínico y se solicitaron pruebas de laboratorio que incluyeron hormonas tiroideas, ecocardiograma Doppler y un estudio Holter. La capacidad funcional se evaluó por medio de una caminata de 6 minutos (Cam 6m). Se detectaron los ptes con HS (Grupo 1=G1) que recibieron tratamiento sustitutivo y una vez con valores normales de tirotrófina (TSH), se les realizó una nueva Cam 6m. A los ptes con IC y sin HS (Grupo 2=G2) se les realizó la segunda prueba funcional a los 2 meses de su enrolamiento en el estudio. Se registraron los metros recorridos en cada prueba y se analizó la diferencia de los metros caminados en cada paciente de ambos grupos. Se analizó la sobrevida a los 5 años del G1 con respecto al G2. Resultados: no se observó una diferencia significativa entre el G1 y el G2 respecto de la edad, género, factores de riesgo cardiovasculares, etiología coronaria, CF de la NYHA, fracción de eyección y tratamiento farmacológico. Observamos una prevalencia de HS del 13% (n=21 ptes) con IC. En este grupo mientras se encontraban hipotiroideos, los metros recorridos fueron de 292±63 y una vez alcanzados valores normales de TSH, de 350±76. La diferencia en metros fue de 57 (p<0,011). Los ptes con valores normales de TSH (G2- n=142 ptes) no mostraron diferencias significativas entre las 2 pruebas (312±69 vs. 329±75) diferencia en metros 17 (p=ns). En el seguimiento no se observó una diferencia significativa respecto de la mortalidad entre ambos grupos (33% vs. 51%, p=0,161). Conclusiones: los ptes con IC crónica e HS, una vez eutiroideos, mejoraron de forma significativa su rendimiento físico, pero en el seguimiento alejado no muestran diferencias en la mortalidad.

0137 - PUEDEN LOS HALLAZGOS CLÍNICOS PREDECIR EL AUMENTO DE LOS PÉPTIDOS NATRIURÉTICOS EN LA INSUFICIENCIA CARDÍACA SISTÓLICA?

LIÑADO, Guillermo Ernesto | BECK, Martín Alejandro | CASTIELLO, Gustavo Gabriel | GUTIERREZ, Guillermo Andrés | GAGLIARDI, Juan Alberto / HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH

Objetivos: Introducción: los síntomas y signos de congestión de congestión (SSC) son una herramienta fundamental para la evaluación de la insuficiencia cardíaca sistólica (ICS) sin embargo su precisión diagnóstica está cuestionada. El comportamiento de la presión arterial durante la maniobra de Valsalva (PAVal) podría agregar información a los SSC. Los péptidos natriuréticos (PN) han mostrado mayor poder diagnóstico en diferentes escenarios de la ICS. Objetivo: Evaluar la relación entre los hallazgos clínicos (SSC y la PAVal) y los PN en una población de pacientes ambulatorios con ICS. Materiales y Métodos: En pacientes (p) ambulatorios con ICS (fracción de eyección <= 35%) en CF I-III y ritmo sinusal se evaluó en una misma mañana los SSC con PAVal y PN. Para los SSC se empleó el Score de Framingham (SFr) (1 punto: disnea paroxística nocturna, rales, R3 y reflujo hepatoyugular +; 0,5 puntos: ortopnea, intolerancia al ejercicio, FC > 100, ingurgitación yugular, hepatomegalia y edemas de MMII). La PAVal se evaluó tomando la presión arterial sistólica y, en una segunda lectura, con el manguito insuflado 15 mmHg por encima de la PA sistólica durante 10-15 segundos en los cuales se solicita al paciente que espire a glotis cerrada. El comportamiento de los ruidos de Korokoff permite considerar una prueba negativa (patrón de onda sinusoidal, presiones de llenado normales) o positiva (patrón de onda cuadrada, presiones de llenado elevadas). Se empleó NTproBNP como PN y se consideró elevado si el valor era >=1000 pg/mL. Para evaluar la asociación entre SSC y PN se empleó chi cuadrado y los Odds Ratios (OR) se calcularon con regresión logística. Se consideró significativa a una p < 0,05. Resultados: Se analizaron 59 p (49 varones y 10 mujeres) con edad promedio de 59,6 ± 9 años. En 21 p el NTproBNP fue >= 1000 pg/mL. El SFr fue <= 0,5 puntos (bajo) en 14 p (23,73%) y



1/14 tenía NTproBNP >=1000 pg/mL, un SFr entre 1 a 4 puntos (intermedio) se halló en 40 p (67,80%) y 15/40 tenían NTproBNP >=1000 pg/mL, el SFr fue >= 4,5 puntos (elevado) en 5 p (8,47%) y todos tenían NTproBNP >= 1000 pg/mL (p=0,001). De los 40 p del grupo intermedio 9 p (22,5%) tenían R3 y PAVal positivos y 6/9 tenían NTproBNP >=1000 pg/mL, 12 p (30%) tenían ambos negativos y 2/12 tenían NTproBNP >=1000 pg/mL, en 19 p (47,5%) solo uno de los dos fue positivo y 7/19 tenían NTproBNP >=1000 pg/mL. Tomando los 12 pacientes con R3 y PAVal negativos (grupo de referencia), el tener al menos uno positivo presentó OR=2,92 (IC95%=0,49-17,32; p=0,239) y tener los dos positivos resultó en OR=10 (IC95%=1,28-78,11; p=0,028). Conclusiones: El SFr en sus extremos se asoció en forma óptima con los PN. Un score intermedio identificó una probabilidad intermedia de PN elevado y el agregado del R3 y de la PAVal, mejoró significativamente dicha asociación.

0139 - COLESTASIS EN PACIENTES INTERNADOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA DESCOMPENSADA: VALOR PRONÓSTICO Y RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO MÉDICO

GIORDANINO, Elian Facundo | KLIN, Pablo Alejandro | ZAMBRANO, Carola | ZEPPA, Federico | BILBAO, Andrés | KLEIN, Francisco / FUNDACIÓN FAVOROL

Objetivos: Los pacientes (P) internados por insuficiencia cardíaca aguda descompensada (ICAD) pueden presentar fallas orgánicas al ingreso. La disfunción hepática, más precisamente el patrón coleístico, se asocia a una mayor tasa de eventos. Sin embargo, su verdadero impacto en la práctica clínica no ha sido totalmente estudiado. Nuestro objetivo fue describir la prevalencia y el pronóstico de la colestasis en P internados por ICAD, y su impacto en el tratamiento médico instaurado, tanto en la evolución hospitalaria como en el seguimiento a corto y mediano plazo. Materiales y Métodos: Se definió colestasis a la alteración del hepatograma caracterizada por valores de Bilirrubina total > 1,0 mg/dl, Fosfatasa Alcalina > 149 UI/L o GGT > 50 UI/L. Se analizaron parámetros demográficos, clínicos y bioquímicos así como la evolución intrahospitalaria y en el seguimiento a 30 días, 6 meses y 1 año. Se evaluó el impacto en el tratamiento médico. Se excluyeron del análisis a los P que recibieron un trasplante cardíaco y aquellos de los cuales no se disponía de los datos completos de hepatograma. Resultados: Se analizaron 643 P internados por ICAD entre Julio 2011 y Enero 2016. La prevalencia de colestasis fue del 79,8%. Estos P eran más jóvenes (70 vs 73 años; p<0,05) y en mayor proporción hombres (67,1 vs 54,3%; p<0,01). Su fracción de eyección del ventrículo izquierdo era menor (39 vs 45%; p=0,001), mientras que la presión sistólica en ventrículo derecho (49 vs 43 mmHg; p<0,001) y BNP (1395 vs 870 pg/mL; p<0,01) fueron más elevadas. Al examen físico se observaron con mayor frecuencia signos de hipoperfusión (14,6 vs 3,1%; p<0,001) y congestión derecha (30,5 vs 16,4%; p<0,001). Estos P cursaron internaciones más prolongadas (11 vs 7,7 días; p<0,001), con uso más frecuente de inotrópicos (25 vs 10%; p<0,001) y desarrollaron con mayor frecuencia resistencia a los diuréticos (13,7 vs 5,6%; p<0,01) y empeoramiento de la insuficiencia cardíaca (16,6 vs 9,2%; p<0,05), sin diferencias en la mortalidad hospitalaria. La dosis de furosemida fueron superiores en P con colestasis tanto al ingreso (58 vs 45 mg; p<0,01) como al egreso (49 vs 39 mg; p<0,01). Al ingreso, si bien más P con colestasis se encontraban tratados betabloqueantes (65,5 vs 50,8%; p<0,01), estos fármacos fueron discontinuados más frecuentemente en esta población (34,7 vs 22,3%; p<0,01). A pesar de ello, no hubo diferencias en la tasa de uso de betabloqueantes al alta entre ambos grupos. La discontinuación de inhibidores del sistema renina- angiotensina, antiandrogénicos o la indicación de regímenes farmacológicos alternativos (hidralazina/mononitrato) fue homogénea en toda la población. La presencia de colestasis se asoció a mayor tasa de reinternaciones a un año (29 vs 19%; OR 1,78; IC95% 1,1-2,9; p<0,05), sin diferencias a uno y seis meses. En el seguimiento a un año, los P con colestasis tuvieron mayor mortalidad (31 vs 21%; OR 1,67; IC95% 1,05-2,66; p<0,05), sin diferencias a uno y seis meses. Conclusiones: El patrón coleístico fue prevalente en P internados por ICAD. La alteración del hepatograma permite identificar a P con mayor tasa de eventos en la internación y peor pronóstico al año. Aunque el tratamiento recibido fue distinto en ambos escenarios, queda aun por aclarar cuál es realmente la intervención más apropiada en pos de mejorar el pronóstico.

0400 - DIFERENCIAS EN LA UTILIZACION DE HERRAMIENTAS DE MONITOREO ENTRE CUADROS CARDIOGENICOS Y NO CARDIOGENICOS EN LA REPUBLICA ARGENTINA. RESULTADOS DEL REINA (REGISTRO DE DROGAS INOTROPICAS Y VASOACTIVAS EN LA ARGENTINA)

LEVIN, Ricardo Luis | BILBAO, Jorge | COSTABEL, Juan Pablo | TRIGO, Maximiliano | RODRIGUEZ PARBAL, Leandro | MARTURANO, Maria Pia | MANFREDI, Carlos Eduardo | FERNANDEZ, Horacio / CONSEJO DE EMERGENCIAS SAC

Objetivos: Analizar posibles diferencias en el empleo de herramientas para el monitoreo de pacientes(p)hemodinamicamente inestables con requerimiento de fármacos vasoactivos, comparando entre cuadros cardiogenicos y no cardiogenicos. Materiales y Métodos: Fueron incluidos p admitidos en el Registro multicentrico REINA evaluándose sus características generales, el escenario hemodinámico(EsHem) y las herramientas de monitoreo utilizadas. EsHem: fueron definidos los siguientes diez EsHem: Distributivo No Séptico(DNS), Distributivo Séptico(DS), Hipervolemia hipertensiva (HHiper), Hipervolemia Hipotensiva (HHipo), Hipervolemia Normotensiva(HNormo), Hipovolemia (Hipovol), Obstrucción tracto salida ventricular Izquierdo(OTSVI), Falla

aislada ventrículo derecho (VD), Cardiogénico y Mixto (Cardiogénico más Distributivo). Estos últimos cuatro conformaron la población Cardiogénica mientras que el resto la No Cardiogénica. Resultados: Se incluyeron 376 p en 18 instituciones con una edad promedio de 66 años, siendo el 77.9% de sexo masculino. Los ESHem observados resultaron: DNS 30 p (7.9%), DS 16 p (4.2%), HHiper 39 p (10.3%), HHipo 22 p (5.8%), HNORM 29 p (7.7%), Hipovol 82 p (21.8%), VD 10 p (2.6%), OTSVI 1 p (0.2%), Cardiogénico 111 (29%) y Mixto 36 p (9.5%). Un total de 158 fueron considerados Cardiogénicos frente a 218 No Cardiogénicos. La utilización de Gases en sangre, Lactacidemia, Cateter venoso central, Swan Ganz, Ecocardiografía, Vigileo, cateteres arteriales y determinaciones de saturación venosa mixta (SvO2) y central (ScvO2) son comparadas en la figura. Conclusiones: En los cuadros cardiogénicos se aprecia mayor utilización de Gases en sangre, Lactacidemia, SvO2/ScvO2, Swan Ganz, cateteres venosos centrales y arteriales mientras que no se observó diferencias en el uso de Ecocardiografía y Vigileo. Estas diferencias expresan probablemente preferencias para el monitoreo de p críticos propias de nuestro medio de las que existe escasa información.

0502 - IMPACTO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN EN PACIENTES INTERNADOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN UN CENTRO POLIVALENTE

ACOSTA, Adriana | HERRERO, Leandro | PEZZATI, Laura | MITRIONE, Soledad | DOMINGUEZ, Maria Paz | RODRIGUEZ, Leandro | LALOR, Nicolas | DIEZ, Mirta | SANATORIO ANCHORENA

Objetivos: Evaluar el impacto de un programa de educación en insuficiencia cardiaca sobre la tasa de reinternación a 1 año de seguimiento. Materiales y Métodos: El programa educativo se aplicó a los pacientes internados por IC y a sus familiares o personas a cargo. Eran instruidos mediante material audiovisual y escrito en nociones básicas de la patología y el tratamiento, reconocimiento de síntomas de alerta y aplicación de medidas de autocontrol. Asimismo, los pacientes eran evaluados en consultorio dentro de los 10 días del egreso hospitalario con un turno asignado previo al alta y seguidos de forma frecuente y estrecha, mediante consultas telefónicas o personales. Para evaluar el impacto del programa, se incluyeron en forma consecutiva 100 pacientes previos y 100 pacientes posteriores a la intervención, y se los dividió en dos grupos, grupo 1: atención habitual y grupo 2: intervención: programa de educación. Resultados: Los 200 pacientes fueron incluidos consecutivamente entre el año 2014 y 2015. La edad media de la población fue de 71±13 años, predominó el sexo masculino (128 pacientes (p) (64%)), prevaleció la etiología isquémica (83 p (41%)). La Fey <40% se encontró en 122 p (61%) y 60 p (30%) habían experimentado al menos una internación en el último año. Entre el grupo 1 y 2 se observaron diferencias significativas en internación en último año 19 p (22%) vs 35 p (39,7%) p 0,01, necesidad de inotrópicos 8 vs 18% p=0,05, y reinternación 29 vs 13% p=0,009. En el análisis de regresión de Cox, la variable que se asoció independientemente a reinternación fue la intervención: programa educativo OR 0.4 IC 95% 0.19-0.91 p 0.03 Conclusiones: El programa de educación en medidas de autocuidado y detección precoz de signos y síntomas de insuficiencia cardiaca centrada en el paciente y su entorno, demostró, en esta población, ser más eficaz que la atención habitual en prevenir re-internaciones.

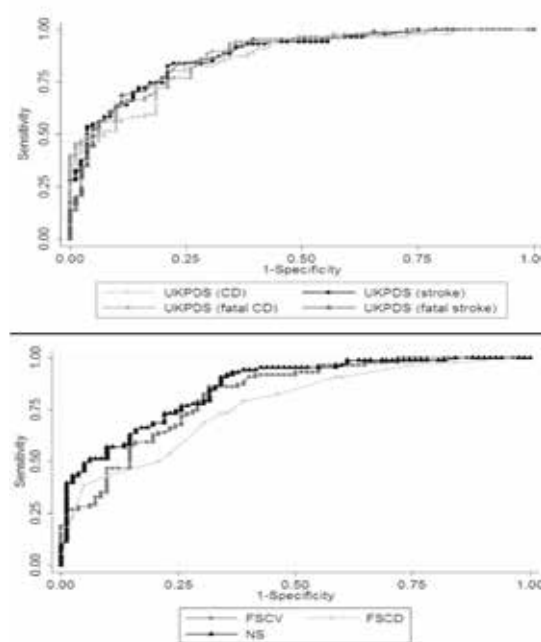
Variable	Población total	Atención habitual N=100 pacientes	Programa educativo N=100 pacientes	Valor de p
Edad, años	71±13	70±13	71±13	ns
sexo masculino n, %	128 (64)	60 (60)	67 (67)	ns
HTA n, %	153 (76,5)	75 (75)	78 (78)	ns
Diabetes n, %	61 (30,5)	31 (31)	30 (30)	ns
Fibrilación auricular n, %	54 (27)	47 (47)	47 (47)	ns
insuficiencia renal crónica n, %	53 (26,5)	29 (29)	24 (24)	ns
anemia n, %	51 (25,5)	24 (24)	27 (27)	ns
internación en el último año n, %	60 (30)	21 (21)	39 (39)	0,01
Fey <40%	122 (61)	66 (66)	56 (56)	ns
etiología isquémica n, %	86 (43)	49 (49)	37 (37)	0,08
uso de inotrópicos	26 (13)	8 (8)	18 (18)	0,05
CDI/TRC	20 (10)	10 (10)	10 (10)	ns

0220 - RELACIÓN ENTRE LAS FUNCIONES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y LA PRESENCIA DE PLACA ATEROESCLERÓTICA CAROTÍDEA EN DIABÉTICOS SIN ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

LOBO, Lorenzo Martin | MASSON, Walter | MOLINERO, Graciela Beatriz | DE FRANCESCO, Salvador | SINIAWSKY, Daniel | MULASSI, Andres | HUJERIN, Melina | MASSON, Gerardo | CONSEJO DE EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR SAC

Objetivos: 1- Describir la prevalencia de placa aterosclerótica carotídea (PAC) en las diferentes categorías de riesgo determinada por los puntajes utilizados. 2- Establecer el punto de corte óptimo (PCO) de cada función que permita discriminar en sujetos con y sin PAC. Materiales y Métodos: Estudio observacional de cohorte transversal, multicéntrico. Se incluyeron pacientes con diabetes sin antecedentes cardiovasculares previos, sin insuficiencia renal severa, y sin tratamiento hipolipemiente. Se calcularon los puntajes de riesgo de Framingham a 10 años para enfermedad cardiovascular, y para enfermedad coronaria (SFCV y SFEC), el nuevo puntaje de riesgo del ACC/AHA 2013 (NP), y el puntaje UKPDS para enfermedad coronaria y ACV total y fatal (UKPDSec, UKPDSecf, UKPDSs, UKPDSsf). Se determinó la presencia de PAC por ultrasonido. Las variables continuas fueron expresadas como media ±DS y la comparación entre grupos se realizó con el test de t si la distribución era normal o con Mann Whitney Wilcoxon si no lo era. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes y el análisis entre grupos se efectuó con el test de Chi2. Se realizó un análisis ROC y se calculó el PCO. Se consideró como significativo un valor de p < 0.01. Resultados: Se incluyeron 170 pacientes, edad media 61.4 ± 11 años, 58.8% hombres. La media de HbA1c fue 7.0%, el 15% recibía tratamiento insulínico, la evolución de la diabetes era de 7.2 ± 6.5 años. El 64% era hipertenso, 18.9% tabaquista y el 3.6% tenía antecedentes de fibrilación auricular. Ver características basales. En los sujetos con PAC se observó una mayor edad (67.2 ± 7.7 vs. 55.3 ± 10.0 años, p < 0.001), una mayor prevalencia de sexo masculino (69.8% vs. 48.2%, p = 0.004), de tabaquismo (25.6% vs. 12.1%, p = 0.002) y de tratamiento antihipertensivo (79.1% vs. 49.4%, p < 0.001) que en los pacientes sin PAC. La duración media de la diabetes fue mayor en los sujetos con PAC (9.3 ± 7.6 frente a 4.9 ± 4.3 años, p < 0.001). Los puntajes promedio fueron significativamente mayores en los pacientes con PAC (SFCV: 44.6% ± 20.0% vs. 22.1% ± 15.2%, p < 0.001; SFEC: 26.0% ± 12.5% vs. 14.9% ± 8.6%, p < 0.001; NP: 35.1% ± 16.5% vs. 13.9% ± 11.8%, p < 0.001; UKPDSec: 31.1% ± 17.0% vs. 12.6% ± 7.9%, p < 0.001; UKPDSecf: 22.8% ± 15.0% vs. 6.9% ± 5.2%, p < 0.001; UKPDSs: 22.8% ± 22.6% vs. 5.3% ± 4.8%, p < 0.001; UKPDSsf: 3.3% ± 3.6% vs. 0.79% ± 0.98%, p < 0.001) en comparación con el grupo sin PAC. La prevalencia de PAC fue 51% (hombres: 60%; mujeres: 38%), siendo mayor en los estratos de mayor riesgo (cuartiles) en todas las puntuaciones evaluadas. 63% de los pacientes con un NP ≥ 7.5% mostró PAC, mientras que sólo un sujeto con un NP < 7.5% tuvo PAC. El análisis ROC mostró un buen poder de discriminación entre los sujetos con o sin PAC. Figura 1. Los PCO para SFCV, SFEC y NP fueron 25.4% (sensibilidad 86%, especificidad 69%, Yunden 0.547); 16% (sensibilidad 79%, especificidad 62%, Yunden 0.405) y 14.3% (sensibilidad 91%, especificidad 66%, Yunden 0.566), respectivamente. Por otro lado, los PCO para el UKPDSec, UKPDSecf, UKPDSs, y UKPDSsf fueron 17.7% (sensibilidad 80%, especificidad 79%, Yunden 0.592); 8.4% (sensibilidad 90%, especificidad 69%, Yunden 0.587), 7.7% (sensibilidad 83%, especificidad 69%, Yunden 0.616) y 1.1% (sensibilidad 84, especificidad 77%, Yunden 0.603), respectivamente. Conclusiones: La prevalencia de PAC aumentó significativamente en los estratos más altos de riesgo estimado. La comprensión de la relación entre las puntuaciones de riesgo y la presencia de PAC podría optimizar la estimación del riesgo cardiovascular en los pacientes diabéticos sin antecedentes cardiovasculares.

Figura 1.



0294 - ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN ADULTOS JOVENES

BOZZO, Raul Alberto | REY, Ricardo Horacio | MANENTE, Diego Guillermo | ROSTAN, Maria Graciela | CALABRIA, Fabiana | VITAGLIANO, Laura Elena | ZEBALLOS, Cecilia | VILLAMIL, Alberto Servando | INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA

Objetivos: 1°- Determinar la prevalencia de diferentes subgrupos de riesgo utilizando el Life Time Risk (eventos totales ateroscleróticos) en adultos jóvenes. 2°- Estudiar la utilidad de la determinación de insulinoresistencia (IR), respuesta inflamatoria (RINF) y aterosclerosis subclínica (ATS) en esta población. Materiales y Métodos: Entre 01/2011 y 12/2015 se seleccionaron pacientes consecutivos de 20 a 40 años de edad, que completaron evaluación clínica, bioquímica y eco doppler carotídeo. Se excluyeron pacientes con diabetes, enfermedad coronaria y/o vascular periférica. Se utilizó el algoritmo propuesto por Lloyd-Jones D y col. basado en la prevalencia y control de factores de riesgo cardiovascular ("FR": Tabaquismo actual, hipertensión y colesterol total), para dividir la población en tres subgrupos de riesgo (bajo, intermedio y alto) según el riesgo de eventos totales ateroscleróticos a lo largo de la vida (<20%; 20-38.9%; >=39%). Se estimó la IR por HOMA estableciendo el valor de corte en 2.5. Se estimó la RINF por nivel de PCRus estableciendo 2mg/dl como valor de corte. ATS fue definida como la presencia de una o más placas ateroscleróticas detectadas por eco doppler carotídeo. Resultados: Se evaluaron 382 pacientes de 34 ± 5 años de edad, 65% de sexo masculino con la siguiente prevalencia de FR: Hipercolesterolemia 39%, hipertensión tratada 20%, tabaquismo 15% y un promedio de riesgo por score de Framingham a 10 años de 1.4 ± 2.8%. La hipertensión arterial fue más prevalente en los varones (24% vs 14%, p < 0.05), siendo los demás factores similares al de las mujeres: hipercolesterolemia (41% vs 36%), tabaquismo (16% vs 13%). Al analizar el grado de control de los FR entre hombres y mujeres, se observó: control óptimo, definido por colesterol total < 180mg/dl y presión arterial < 120/80 mmHg en 6% vs 8%; Uno o más FR con control sub óptimo, definido por colesterol total 180-199 mg/dl y presión arterial 120-139/80-89 mmHg en 31% vs 37%; Uno o más FR elevados definidos por colesterol total 200-239 mg/dl y presión arterial 140-159/90-99 mmHg en 19% vs 23%; Un FR mayor definido por tabaquismo actual o colesterol total >= 240 mg/dl o presión arterial >= 160/100 mmHg o tratada en 37% vs 28% y dos o más FR mayores (7% vs 4%), en ambos grupos respectivamente, diferencias no significativas. Al estratificar la población en los tres subgrupos de riesgo, de eventos totales ateroscleróticos, se observó que 29% (IC 95%: 24-32%) eran de riesgo alto, 43% (IC 95%: 39-48%) de riesgo intermedio y 28% (IC 95%: 24-32%) de riesgo bajo. Los hombres fueron estratificados con mayor frecuencia en el grupo de riesgo alto (110/110; 100%) e intermedio (124/166; 75%) y las mujeres constituyeron el grupo mayoritario de bajo riesgo (90/106; 85%, p < 0.001). Se observó una mayor prevalencia de IR en el grupo de alto riesgo (39%) en relación a los de riesgo intermedio (23%) y bajo (14%), p < 0.01. Los tres subgrupos de riesgo (alto, intermedio y bajo) presentaron una prevalencia similar de RINF (24%; 29% y 27% respectivamente; p: NS), con una baja prevalencia de ATS que fue mayor en los grupos de riesgo alto e intermedio en relación al bajo riesgo (6%; 4% y 0% respectivamente; p: 0,04). Conclusiones: Esta forma de estratificar a la población

es de utilidad para individualizar a un grupo de alto riesgo constituido por hombres jóvenes con mayor prevalencia de síndrome metabólico. Por el contrario, la determinación de la RINFL y de la ATS no han sido de utilidad adicional en la estratificación del riesgo individual. Considerando estos hallazgos no sería recomendable efectuar estudios para detectar RINFL ó ATS en estos sujetos.

0382 - CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO QUE REQUIRIERON TRASLADO A MÁS DE 400 KM DESDE SAN CARLOS DE BARILOCHE. ESTUDIO REGIBAR.

BOCIÁN, Jorge Luis(1) | CALANDRELLI, Matías(1) | TREVISAN, Mariano(1) | SAAVEDRA, María Emilia(2) | ZGAIB, María Elisa(3) | CAMINOS, Mario(4) | CAPURRO, Victoria(5) | ABRIATA, Daniel(4) | SANATORIO SAN CARLOS. BARILOCHE. (1); HOSPITAL RAMON CARRILLO (2); SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGÍA (3); HOSPITAL PRIVADO REGIONAL, BARILOCHE (4); SANATORIO DEL SOL, BARILOCHE (5)

Objetivos: No se hallaron datos en Argentina sobre traslados de pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM), donde el Centro con facilidad de angioplastia de urgencia (C-PCI) se encuentre a más de 400km. Existe en nuestro medio el concepto de que el tiempo de traslado en ambulancia de terapia intensiva móvil (UTIM) al C-PCI más cercano (Cipolletti, RN) es de 5hs; siendo en avión sanitario (a Buenos Aires), de 2hs. OBJETIVOS: Analizar las complicaciones de los traslados a Centro con disponibilidad de angioplastia de urgencia (C-PCI). Asimismo, evaluar los tiempos que éstos requieren. También, conocer las características y evolución de los pacientes trasladados en relación a quienes no lo fueron. Por último: saber proporcionalmente el tiempo que permitió ahorrar el traslado por vía aérea. Materiales y Métodos: Se tuvieron en cuenta para el presente estudio todos los pacientes que fueron internados con su primer IAM del REGIBAR. Éste consiste en un análisis prospectivo de todos los pacientes que sufrieron su primer IAM durante el período de 1 de junio de 2014 al 31 de mayo del 2015 en San Carlos de Bariloche. Las complicaciones y tiempos de traslado se registraron mediante planillas que debían completar los médicos a cargo del mismo. Se definió tiempo de gestión de traslado (TGT) al tiempo que transcurrió entre el primer llamado telefónico solicitando la derivación, y la salida efectiva del paciente hacia el Centro Receptor. Asimismo, se definió tiempo de traslado (TT) como al tiempo que transcurrió entre que el paciente partió del Centro Derivador y llegó al Centro Receptor. Se consideró como traslado de emergencia al que debía realizarse en las próximas 4hs, y traslado programado al que podía hacerlo dentro de las 24hs. Resultados: Se registraron 114 casos de IAM internados. 25 (21,9%) pacientes fueron trasladados a C-PCI. 21 (84%) de los cuales eran hombres. La edad promedio de los pacientes trasladados fue de 55,7 años. Se realizaron 9 traslados de emergencia (6 en ambulancia convencional); y 16 programados (1 en avión sanitario, 14 en UTIM, y 1 en ambulancia convencional). No se registraron complicaciones durante el traslado. La mediana de TGT para derivación de emergencia, tanto para ambulancia como para avión sanitario fue de 8:00hs; en el caso de derivación programada en ambulancia fue de 13:30hs. La mediana de TT para derivación en ambulancia fue de 6:15hs (emergencia) y 6:30hs (programados), y para el avión sanitario fue de 4hs. De la evaluación de la sumatoria del tiempo en ser trasladados los pacientes (TGT + TT), surge que para UTIM fue de 14:15hs y para avión sanitario de 12:00hs. La elección de este último medio de transporte implicó un ahorro de tiempo de sólo 15,8% del tiempo total de traslado. Luego de evaluar las características que diferencian los pacientes trasladados de los no trasladados, resultaron con diferencias estadísticamente significativas a favor de los primeros, el presentar angina post IAM, la menor edad, y la mayor cantidad de derivaciones con supraST. Por el contrario, tener fracción de eyección conservada se asoció con la permanencia en el Centro de internación inicial. Conclusiones: En este estudio encontramos que el traslado de pacientes con su primer IAM a más de 400km de distancia es seguro. Los tiempos de traslado fueron más prolongados de lo esperado, principalmente a expensas de la gestión del mismo. Finalmente, el ahorro de tiempo al trasladar a los pacientes en avión sanitario fue marginal.

0389 - LA AUSENCIA DE SÍNDROME METABOLICO EN PACIENTES OBESOS NO SE ACOMPAÑA DE REDUCCIÓN EN LA PREVALENCIA DE ATEROMATOSIS SUBCLÍNICA CAROTÍDEA

HELMAN, Lorena | GIUNTA, Gustavo Ariel | AGUILLO IZTUETA, María Florencia | SEJO BEHETY, Milagros | ZAMBRUNO, Lucia | SANCHEZ, Ramiro / FUNDACIÓN FAVALORO

Objetivos: INTRODUCCIÓN La obesidad en una enfermedad crónica vinculada con riesgo importante en la salud de los pacientes (pac) que la padecen. Sin embargo, no todos los pacientes obesos presentan alteraciones metabólicas asociadas a su patología. OBJETIVO Evaluar la prevalencia de SM entre pacientes obesos y la relación entre estas variables metabólicas y la presencia de ateromatosis carotídea. Materiales y Métodos: En un estudio de cohorte transversal, se analizaron los datos de pacientes consecutivos que concurren a nuestro centro para evaluación de riesgo cardiovascular. De los 441 pacientes evaluados, 101 pac se consideraron obesos por un IMC > 30kg/m2. Se determinó la presencia de SM según criterios ATP III. La ateromatosis subclínica carotídea (ASC) se estudió por ECO Doppler de vasos de cuello, considerando la presencia de una placa a este nivel si el espesor intimal era > 1.5 mm. Los pac con diabetes, insuficiencia renal y enfermedad cardiovascular conocida fueron excluidos del análisis. Se realizó un análisis comparativo entre pac obesos con SM (OB+SM) y sin SM (OB-SM), seguido de una regresión logística múltiple para determinar las variables independientemente asociadas a la presencia de ateromatosis subclínica carotídea. Resultados: La prevalencia de SM entre los pacientes obesos fue 68,3% (n=69). No se encontraron diferencias en cuanto a edad (OB+SM 56,7±11,5 vs. OB-SM 58,1±11,3 años; p=ns) y presencia de sexo masculino (OB+SM 63,8 vs. OB-SM 62,5%; p=ns). El grupo OB+SM mostró mayor concentración de triglicéridos (191,2±96,3 vs. 122,3±43,1mg/dL; p<0,0001) y glucemia (112,9±33,3 vs. 93,7±12,1mg/dL; p<0,005) y menor nivel de colesterol HDL (42,7±10,5 vs. 53,5±10,5mg/dL; p<0,0001). No se observó diferencia en los niveles de presión arterial sistólica (126,2±12 vs. 124,7±11,5mmHg; p=ns), diastólica (74,2±9,9 vs. 75,7±9mm; p=ns) o IMC (35,4±5,2 vs. 33,6±3,6kg/m2; p=ns). La presencia de ASC fue similar en ambos grupos (60,9 vs. 53,1%; p=ns). El análisis de regresión logística múltiple mostró que la edad y la presión arterial sistólica son predictores de la presencia de ASC, independientemente del sexo y las otras variables relacionadas a SM. Conclusiones: Tanto el SM como la ASC fueron altamente prevalentes en la población estudiada. La obesidad se acompaña de ASC a pesar de la ausencia de SM. Este resultado debe estimular las acciones en cuanto a la reducción de peso, en todo paciente obeso, al margen de la presencia de factores de riesgo metabólicos agregados.

0503 - COMPARACIÓN ENTRE EL LOGRO DE LAS METAS DE LDL COLESTEROL EN FUNCIÓN DE LA ESCALA DE RIESGO EMBLADA FRAMINGHAM O ESTIMACIÓN SUBJETIVA. SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO RISK (ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR DE LOS PACIENTES AMBULATORIOS EN PREVENCIÓN PRIMARIA)

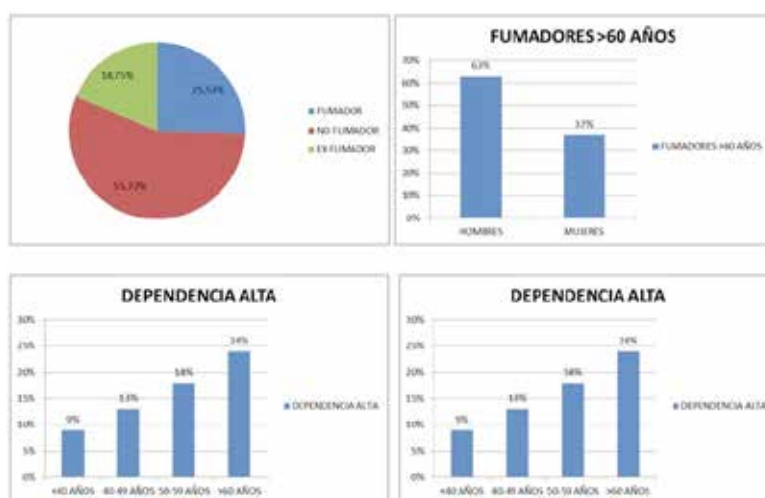
ZEBALLOS, Cecilia(1) | PANDOLFI, Mauro(2) | LAKOWSKY, Alejandro(3) | LERMAN, Jorge(4) | REY, Ricardo(1) | INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES - ICBA (1); SANATORIO LAS LOMAS (2); SANATORIO MATER DEI (3); UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (4)

Objetivos: Primario: Valorar los métodos de cuantificación del perfil de riesgo cardiovascular en pacientes ambulatorios en Argentina. Materiales y Métodos: Estudio de diseño multicéntrico nacional, observacional y de corte transversal. Los médicos participantes completaron un formulario donde especificaban si para la estratificación de riesgo individual utilizaron una escala de riesgo (Framingham, OMS, SCORE) o emplearon la valoración subjetiva (percepción de riesgo). Se analizaron los valores de col-LDL en función de las metas propuestas por ATP III en ambos grupos y se compararon los resultados mediante métodos estadísticos no paramétricos. Resultados: Se evaluaron 499 sujetos con predominio de mujeres (57,9%) y con alto nivel de educación. La edad (media ± desviación estándar) se estimó en 54,25 ± 15,01 años. El puntaje más utilizado fue el score de Framingham, en frecuencia le siguieron el score de la OMS, validado y propuesto para América Latina (6,6%) y el puntaje SCORE (3,2%). El puntaje ATP IV sólo se aplicó en un paciente. La escala de Framingham fue aplicada en 129 participantes, definiéndose a los pacientes como de bajo, intermedio o elevado riesgo en 49,6%, 31% y 19,4% de los casos, respectivamente. Las metas de col-LDL se cumplieron en el 80%, el 17,5% y 4% (p < 0,05 para las diferencias entre los subgrupos). En 147 pacientes el riesgo se valoró exclusivamente de forma subjetiva, la proporción de sujetos de bajo, moderado o alto riesgo alcanzo un 38,7%, 40% y 21%, en orden respectivo, las correspondientes metas de col-LDL se cumplieron en el 86%, 42% y 13% de los casos respectivamente. Sólo se observó una diferencia estadísticamente significativa para ambas formas de valoración entre los subgrupos de moderado riesgo (p < 0,05). No hubo diferencias significativas según el método de cuantificación de riesgo empleado. Conclusiones: El método de cuantificación de riesgo más empleado fue la valoración subjetiva. Dentro de las escalas, la más utilizada fue la correspondiente al estudio de Framingham a pesar de no tener validación en Argentina. El cumplimiento de metas fue bajo en especial para los pacientes que mayor beneficio tienen en la práctica clínica (moderado y alto riesgo). Es importante destacar que no hubo diferencias en el cumplimiento de las metas si el riesgo había sido determinado por Framingham o en forma subjetiva, pudiéndose inferir que el empleo de escalas objetivas no ayudan lograr una mayor adherencia a las guías de práctica clínica.

0543 - TABAQUISMO. PREVALENCIA EN UNA POBLACIÓN ASISTENTE A UN HOSPITAL DE GCABA INTRODUCCIÓN: EL CONSUMO TABACO ES UN FACTOR DE RIESGO TANTO PARA ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES COMO PARA PATOLOGÍA NEOPLÁSICA Y ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA. ES UNA ADICCIÓN SOSTENIDA POR UNA TRIPLE DEPENDENCIA: QUÍMICA, PSICOLÓGICA Y SOCIAL QUE HACE DIFÍCIL SU ABANDONO. LA SUSTANCIA QUÍMICA ADICTIVA ES LA NICOTINA, SIENDO LA DROGA DE ABUSO MÁS DIFUNDA EN EL MUNDO.

TOMASELLA, Marcos Pedro | AVAYU, Daniel Hugo | GORAL, Jorge Luis | PALACIOS, Karina | ABELLA, Adriana | ACUÑA, Luciano Raul | AGUILERA, Alejandro | CIBALERO, Mariano / HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR TEODORO ALVAREZ

Objetivos: 1) Evaluar prevalencia de fumadores, ex fumadores y no fumadores. 2) Relacionar la adicción con edad y sexo. 3) Registrar la edad de inicio a la adicción, la dependencia a la nicotina y la decisión de abandonar la adicción. Materiales y Métodos: A través de una encuesta aleatoria a 915 personas durante 30 días, edad media 52,4 años, varones 28,0%, que concurren a un Hospital de la CABA se registraron sus datos demográficos, tendencia al consumo. Se consideró fumador a la persona que ha fumado diariamente en los últimos 30 días, y ex fumador aquel que tuvo un año de abstinencia absoluta y total, sin recaída. Para medir el grado de dependencia psíquica a la nicotina se utilizó el del Test de Fagerström. Resultados: Se constató que el 25,5% era fumador, el 18,7% ex fumador y



el 55,8% no fumador, siendo significativamente mayor la prevalencia de fumadores en población joven (p < 0,05), aunque los fumadores mayores de 60 cuando lo hacían, fumaban mayor cantidad por día: 14,40 cigarrillos/día y 12,35 cigarrillos/día respectivamente (p<0,04). La prevalencia de tabaquismo fue mayor en hombres que en mujeres: 27,4 y 22,1% (p<0,05). En la población de fumadores mayores de 60 años, el porcentaje de hombres con respecto a las mujeres es mayor: 63% y 37% respectivamente (p<0,001). El promedio de edad de inicio de la adicción fue 18,5 años, sin diferencias por sexo. El porcentaje de fumadores fue menor a mayor edad. Se constató que la mayoría de los fumadores presentaba dependencia baja 56,14%, media 29,10% y alta 14,76%. El grado de dependencia a la nicotina es proporcional a la edad del fumador; antes de los 40 años la dependencia alta es 9%, entre 40 y 49 años es del 13% y de 50 a 59 años es del 18% y de 60 años o más es 24%. La mayoría de los fumadores (61%), intentó una o más veces dejar la adicción sin lograrlo. Conclusiones: 1) Uno cada 4 individuos es fumador activo, con predominio del sexo masculino. 2) La prevalencia de tabaquismo es inversamente proporcional a la edad. 3) Los tabaquistas mayores de 60 años consumen más cigarrillos/día que los jóvenes y tienen mayor dependencia a la nicotina. 4) Más de la mitad intentó dejar el consumo, sin lograrlo.